

PROGRAMA HEMISFÉRICO DE ERRADICAÇÃO DA FEBRE AFTOSA PHEFA

Plano de Ação 2011-2020



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*

Saúde Pública Veterinária
Centro Pan-Americana de Febre Aftosa

PANAFTOSA - OPAS/OMS

PROGRAMA HEMISFÉRICO DE ERRADICAÇÃO DA FEBRE AFTOSA PHEFA

Plano de Ação 2011-2020



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*

Saúde Pública Veterinária

Centro Pan-Americana de Febre Aftosa

Índice

A. Antecedentes e justificativa	02
B. Descrição do Plano de Ação PHEFA 2011-2020	09
1. Propósito.....	09
2. Objetivos	
2.1 Objetivo geral	09
2.2 Objetivos específicos	09
3. Princípios e valores	10
4. Lineamentos estratégicos do Plano de Ação	10
4.1 Lineamentos político-institucionais	10
4.2 Lineamentos técnico epidemiológicos	11
5. Metas - Resultados Esperados (Período 2011 - 2020)	13
6. Pressupostos para o cumprimento das metas	14
7. Planos de ação conforme o zoneamento baseado na condição sanitária	15
7.1 Zona sem reconhecimento de livre	15
7.2 Zona livre com vacinação	21
7.3 Zona livre sem vacinação	25
8. Componentes programáticos necessários para incorporar nos planos nacionais.....	27
8.1 Estruturação e gestão de serviços veterinários	27
8.2 Legislação, normas e regulamentos	28
8.3 Sistema de informação	29
8.4 Vigilância epidemiológica	30
8.5 Diagnóstico de laboratório	32
8.6 Imunização e controle de qualidade das vacinas	33
8.7 Educação sanitária e comunicação social	35
8.8 Programas abrangentes no âmbito da produção familiar	36
8.9 Participação comunitária, com ênfase no nível local	38
9. Gestão do Plano Hemisférico	41
9.1 Planos sub-regionais de gestão e coordenação	41
9.2 Monitoramento e avaliação	42
9.3 Coordenação e fortalecimento da cooperação técnica internacional	43
10. Financiamento	44
Anexos	
Anexo 1 Principais aspectos favoráveis para a execução do novo Plano de Ação do PHEFA	45
Anexo 2 Principais aspectos desfavoráveis que representam desafios para a execução do novo Plano de Ação do PHEFA	46
Anexo 3 Quadro 1 – Papel dos Organismos Internacionais e Instituições vinculadas a Cooperação Técnica do PHEFA	48

Programa Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa – PHEFA

Proposta de Plano de Ação 2011-2020

A. Antecedentes e justificativa

A Febre Aftosa (FA) continua a ser uma das mais importantes doenças da pecuária mundial. Tal importância se deve a seu alto poder de infecção e a sua capacidade de adaptação; ao dano clínico que produz em várias espécies animais, com significativo impacto direto sobre o bem-estar animal, bem como impacto econômico sobre a produtividade do agronegócio, além das sérias dificuldades de acesso a mercados pecuários e de produtos pecuários, resultantes das restrições comerciais impostas pelos serviços veterinários de países importadores, que acarretam seriíssimas consequências socioeconômicas para os países e zonas afetados, como é o caso principalmente das restrições comerciais sul-norte.

A FA prejudica também os pequenos produtores, constituindo uma ameaça para sua segurança alimentar, inclusive para os produtores de aves e suínos, os quais, quando ocorrem focos, não podem mobilizar sua produção e sofrem acentuada queda em sua renda financeira.

Nesta última década, a Febre Aftosa tem sido causa permanente de preocupação em todo o mundo, por causa de freqüentes introduções e do impacto negativo da doença em alguns dos territórios livres com vacinação ou sem vacinação. Exemplos claros disso foram os surtos de FA no Reino Unido e no Cone Sul das Américas em 2001, que tiveram devastadoras consequências socioeconômicas, inclusive prejuízo de oito bilhões de libras no primeiro e de mais de dois bilhões de dólares nos membros do MERCOSUL, com graves repercussões políticas. Em todos esses países, os focos comprometeram não somente a produção animal, mas também outros segmentos importantes da economia, como o abastecimento e o consumo de carne, os serviços agropecuários, a indústria de alimentos e de insumos animais, ocasionando consternação na sociedade por causa dos impactos ambientais, que afetaram seriamente a vida das comunidades rurais e o turismo rural, bem como o bem-estar animal, além da necessidade de sacrificar milhares de animais. A preocupação com os riscos de introdução da FA nos países e zonas livres se reflete também nos elevados gastos com prevenção, preparação para emergências, controles fronteiriços, estabelecimento de bancos de vacinas e laboratórios com alta biossegurança, gastos esses justificados pelas avaliações de risco e de custo/benefício, com base nas estimativas de onerosos impactos econômicos de eventuais introduções da doença nos territórios. Recentemente, por iniciativa dos países e de organizações

internacionais, realizou-se uma conferência mundial sobre a FA em Assunção, Paraguai, na qual **a prevenção, o controle e a erradicação da FA foram consideradas ações importantes para o bem comum internacional.**

Na América do Sul, após sua introdução no século XIX, a Febre Aftosa chegou a ser endêmica em praticamente todo o território com grandes populações bovinas de importância, no começo do século XX. Sua introdução no Canadá em 1949 e no México em 1950 suscitou uma preocupação regional, que levou à criação do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA) em 1951, ao amparo de um acordo entre a Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Governo do Brasil, ficando como sua responsável a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Desde sua criação, o Centro vem prestando cooperação técnica aos países, gerando conhecimento e ferramentas que dão apoio às ações de controle, entre as quais o desenvolvimento de vacinas e de métodos diagnósticos e o estabelecimento da rede sul-americana de laboratórios de diagnóstico, o sistema continental de informação dos países, a caracterização epidemiológica de ecossistemas da enfermidade relacionada aos sistemas de produção bovina, em conjunto com um extenso programa de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, principalmente nos serviços veterinários dos países. Além disso, por iniciativa da OPAS-PANAFTOSA, criou-se em 1972 a Comissão Sul-Americana de Luta contra a Febre Aftosa (COSALFA), instância regional com participação pública e privada, para coordenação e acompanhamento das ações de intervenção. Posteriormente, a OPAS, por intermédio do PANAFTOSA e por mandato dos países, criou o Comitê Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa (COHEFA) e, num trabalho coordenado e harmônico com os serviços oficiais e em estreita colaboração com o setor privado (entidades pecuárias e da indústria pecuária), foi elaborado e implantado em 1988 o Primeiro Plano de Ação do Programa Hemisférico de Erradicação da FA (PHEFA). Esse Plano de Ação levantou o desafio de erradicar a doença até 2009 e formulou as estratégias e objetivos de ação, contando com o compromisso e a vontade política dos países.

Até o momento, o PHEFA tem tido um desempenho notável na consecução das metas e objetivos, chegando a obter que 85% da população bovina da América do Sul, com cerca de 350 milhões de cabeças, tenham conseguido o reconhecimento da Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) como livres da doença, com ou sem vacinação (Quadros 1 e 2). Esses surpreendentes resultados foram obtidos graças ao grande esforço técnico e financeiro dos países, à eficiente cooperação técnica prestada pelo PANAFTOSA, aliada à contribuição positiva de outros organismos internacionais, como a OIE e a FAO, bem como ao sistemático trabalho sanitário dos cerca de 5 milhões de pecuaristas que têm valorizado a saúde de seus rebanhos como prioridade e como um bem comum social. Essa conquista sanitária de âmbito mundial é histórica, tanto pela dificuldade técnica do desafio como pela magnitude da intervenção que se fez na região, ao custo de cerca de um bilhão de dólares por ano, sendo que, na maioria dos países, ela foi financiada em grande parte diretamente pelos produtores.

Quadro 1. Situação da Febre Aftosa na América do Sul em 2009, por países e zonas e por status reconhecido pela OIE.

Zonificación de la Fiebre Aftosa en América del Sur, 2009, según OIE.										
Zonificación	País	Superficie en Km2	No. de rebaños con bov./bub.	Número de bov./bub.	No. de Unid. Locales de Atención Veterinaria	Autos Camionetas y Motos	Casas Rodantes	Personal de campo		
								Veterinarios	Auxiliares	
Zona Libre	Con Vacunación	Argentina	2.290.326	212.245	55.803.147	333	502	43	380	646
		Bolivia	160.143	3.548	443.715	8	27	6	23	15
		Brasil	4.843.117	1.900.408	176.083.433	1.185	4.621	137	3.636	6.930
		Colombia	1.097.429	560.746	21.748.604	91	160	9	96	174
	Subtotal		8.391.015	2.676.947	254.078.899	1.617	5.310	195	4.135	7.765
	Sin Vacunación	Argentina	490.199	5.557	683.392	20	28	4	18	26
		Brasil	95.346	193.238	3.921.993	90	328	13	453	617
		Colombia	17.116	857	103.242	4	11	2	2	4
		Peru	1.100.742	523.792	2.841.526	78	113	4	36	12
	Subtotal		1.703.403	723.444	7.550.153	192	480	23	509	659
Zona no Libre	Con Vacunación	Bolivia	895.238	54.006	6.661.043	79	154	11	127	83
		Brasil	3.474.645	590.469	22.205.156	320	1.383	45	918	1.394
		Colombia	12.248	1.119	135.170	24	86	0	32	37
		Ecuador	248.360	427.217	4.474.917	245	129	0	43	5
		Peru	108.828	198.193	1.083.493	23	49	4	33	13
		Venezuela**	914.873	104.270	12.203.176	134
	Subtotal		5.654.192	1.375.274	46.762.955	825	1.801	60	1.153	1.532
	Sin Vacunación	Ecuador***	8.010	297	11.104	1	179	0	1	0
		Peru	75.646	124.844	570.244	23	12	0	48	0
	Subtotal		83.656	125.141	581.348	24	191	0	49	0
País Libre	Sin Vacunación	Chile	1.813.716	125.402	3.719.507	63	200	26	103	63
		Guyana	98.630	3.618	280.310	18	4	3	13	16
	Subtotal		1.912.346	129.020	3.999.817	81	204	29	116	79
	Con Vacunación	Paraguay	406.752	117.180	11.643.386	78	165	1	119	522
		Uruguay	175.086	51.948	11.735.796	42	244	17	76	341
	Subtotal		581.838	169.128	23.379.182	120	409	18	195	863
Zona Tampón		Bolivia	43.200	562	140.225	3	12	4	5	13
		Brasil	101.769	17.026	1.185.625	16	65	2	31	55
		Colombia	14.975	13.339	319.224	11	30	0	12	8
Subtotal			159.944	30.927	1.645.074	30	107	6	48	76
Total General			18.486.393	5.229.881	337.997.428	2.889	8.502	331	6.205	10.974

* La cantidad de Casas Rodantes se refiere a Embarcaciones

** Información correspondiente a 2007

*** Información correspondiente a 2008

Fonte dos dados: Informe dos países à COSALFA 37.

Preparação: Unidade de Epidemiologia. PANAFOTSA-OPAS/OMS

Quadro 2. Resumo do zoneamento da América do Sul segundo a situação da Febre Aftosa em 2009, conforme o status reconhecido pela OIE.

Situação Sanitária Maio 2010	Superfície		Rebanhos com bovinos e bubalinos		Total de bovinos e bubalinos	
	Nro. (KM2)	%	Nro.	%	Nro.	%
Livre sem Vacinação	3.779.306	20,3	319.671	6,8	11.335.154	3,4
Livre com Vacinação	8.814.564	47,3	2.670.199	56,9	272.578.829	81,0
Zona Tampão	260.168	1,4	73.711	1,6	1.894.285	0,6
Não Livre	5.794.691	31,1	1.628.167	34,7	50.546.192	15,0
Total	18.648.729	100	4.691.748	100	336.354.460	100

Fonte dos dados: Informe dos países à COSALFA 37.

Preparação: Unidade de Epidemiologia. PANAFOTSA-OPAS/OMS

Os países membros do COHEFA, reunidos em Houston, Texas, em 2004, resolveram redirecionar o PHEFA, a fim de apontar aos países as zonas de maior risco no período 2005-2009 e, para isso, criaram o Grupo Inter-Americano para Erradicação da Febre Aftosa (GIEFA) para orientar a elaboração do novo plano e procurar recursos nacionais e internacionais para financiá-lo.

O significativo progresso quanto à situação sanitária em relação à Febre Aftosa propiciou aos países grande melhora nos indicadores bioprodutivos, ao eliminar o impacto da doença nos animais, e possibilitou o lançamento da base sanitária para sustentar exportações crescentes e sustentadas de produtos animais (principalmente carne bovina e suína). Permitiu, ainda, que a América do Sul e particularmente o Brasil e demais países do Cone Sul se transformassem no maior pólo de produção pecuária no mundo. O extraordinário desenvolvimento alcançado nas duas últimas décadas conferiu a essa região uma posição privilegiada no comércio mundial de carne e de outros produtos de origem animal, com inegáveis benefícios econômicos e sociais para os países, calculados pela FAO em mais de 8 bilhões de dólares em 2008. Em alguns países, como no Brasil, os aumentos de produção aumentaram em grande escala o abastecimento interno e, hoje, mesmo com o aumento das exportações, mais de 80% da produção se destina ao mercado interno dos países, melhorando a disponibilidade, bem como o acesso da população, sem variações significativas de preço, redundando em significativo aumento do consumo médio por habitante.

Estimativas de vários organismos internacionais (FAO, Banco Mundial, Departamento de Comércio dos Estados Unidos) indicam que, nos próximos 20 anos, a demanda mundial de carne dobrará, o que confere uma grande vantagem comparativa à América do Sul como supridora mundial, tendo em vista o progresso alcançado nos sistemas de produção, que aumentou significativamente a produção, tanto por número de animais como por área dedicada à pecuária. Além disso, as condições são favoráveis para a pecuária de pastagem, em condições naturais propícias à proteção do meio ambiente e à obtenção de carne menos gordurosa e mais saudável. Esse cenário futuro favorável para a pecuária na maioria dos países da América do Sul acarreta novos desafios de natureza produtiva e sanitária, particularmente o desafio de consolidar e preservar os avanços do PHEFA e conseguir a erradicação definitiva da doença.

Apesar dos avanços descritos e de duas décadas de execução do Programa Hemisférico, a meta de erradicação da FA em todos os países da América do Sul até 2009 não foi alcançada, havendo ainda países e zonas onde a doença persiste em forma endêmica. Isso faz com que toda a América do Sul fique vulnerável e põe em risco o extraordinário esforço feito durante décadas pelos programas oficiais de luta contra a febre aftosa, pelos pecuaristas e por todos os integrantes da cadeia de produção bovina para erradicar esta doença, que constitui ainda a principal barreira ao comércio de animais e seus produtos em toda a região. O Equador e a

Venezuela não conseguiram cumprir a meta do PHEFA, de eliminar os casos clínicos da doença até 2009, e seguem como países endêmicos. Na Bolívia, constatam-se debilidades estruturais no serviço veterinário, com dificuldades operacionais nos sistemas de vigilância epidemiológica, controle do trânsito de animais e detecção e atendimento de focos e, que embora não tenha informado casos clínicos desde 2007, nesses últimos casos não foi possível encontrar a origem da infecção, o que faz supor a existência de nichos endêmicos que ainda não foram identificados. Na Amazônia e em algumas zonas fronteiriças, não foi concluída a caracterização de risco e, portanto, a condição ou não ou o status da febre aftosa, segue sendo desconhecido. É preciso consolidar os esforços de intervenção para diminuir os riscos de focos esporádicos nas zonas de fronteiras da Argentina, Bolívia, Brasil e Paraguai, bem como em outras zonas fronteiriças, como a área andina nas fronteiras da Colômbia, do Equador e da Venezuela.

Por outro lado, os avanços obtidos se sustentam basicamente em campanhas intensivas de vacinação sistemática, sendo aplicadas mais de 500 milhões de doses por ano, financiadas praticamente em sua totalidade pelos produtores. Porém esses atores sociais têm cada vez mais dificuldade em compreender a necessidade de continuar vacinando, visto que, na maioria dos territórios que atingiram a condição de livres com vacinação, a doença não é detectada há mais de dez anos. Caso se prolongue a necessidade de vacinação sistemática nos níveis atuais por causa da persistência da infecção na região e caso os produtores não percebam o progresso da condição sanitária e as melhores expectativas comerciais, poderá haver desmotivação e dificuldades para manter altas coberturas, o que representa um sério risco de aumento da suscetibilidade da população e dos riscos de infecção, com o eventual reaparecimento da doença e do conseqüente retrocesso sanitário, perdendo-se assim grande parte dos esforços despendidos e dos resultados alcançados.

Conclui-se que, a despeito dos significativos avanços do PHEFA, a missão de erradicação na América do Sul ainda não foi concluída, sendo necessário que, ao amparo de um novo PHEFA e com o objetivo final de erradicação da febre aftosa, se fortaleçam os programas nacionais com sua capacidade instalada e as ações de cooperação e de assistência solidária e eficaz aos países prioritários, com conhecimento e acompanhamento em tempo real por parte da Coordenação Executiva do PHEFA.

Diante do grande desafio a enfrentar, a experiência acumulada no desenvolvimento do PHEFA 1988-2009 pelos países integrantes da COSALFA e pelo PANAFTOSA – sem precedentes no mundo – demonstra que o conhecimento dos instrumentos sanitários e de estratégias adequadas já permitiu conseguir a erradicação em vastos territórios da América do Sul, que no início do programa tinham uma situação endêmica ou epidêmica, e que a consecução da meta de erradicação é uma tarefa possível.

De forma sintética, os Anexos 1 e 2 identificam os aspectos favoráveis à execução do PHEFA, bem como os aspectos desfavoráveis que devem ser enfrentados como desafios para a consecução do objetivo de erradicação.

Durante a 36ª Reunião Ordinária da COSALFA, o panorama acima descrito foi exposto pelo PANAFTOSA e analisado pelos delegados oficiais e do setor privado dos países membros. O Diretor do PANAFTOSA, na qualidade de Secretário Ex Officio da COSALFA, frisou também as atuais dificuldades orçamentárias do Centro para manter o nível e o volume de atividades de cooperação técnica necessários para enfrentar os problemas identificados nesta fase final da erradicação da febre aftosa.

Os delegados dos países, sensibilizados e conscientes de que este é um momento decisivo para que a febre aftosa passe a ser história na América do Sul, manifestaram a necessidade: 1) de manter as conquistas obtidas e avançar para que todos os países consigam a certificação de livres da febre aftosa com vacinação e gradualmente as condições para certificação de livres sem vacinação; e 2) de manter o fortalecimento político e financeiro para a execução das estratégias e ações prioritárias preconizadas pelo PHEFA, incluindo a coordenação regional estabelecida.

Nesse sentido, a Resolução III da COSALFA 36 trata do fortalecimento da cooperação técnica em relação à febre aftosa e solicita ao PANAFTOSA que nomeie um grupo de trabalho (GT) para elaborar uma proposta de novas formas de financiamento. Por sua vez, a Resolução IV frisa a necessidade de garantir a provisão de reagentes de referência.

O PANAFTOSA nomeou o GT e apresentou o *Projeto para o fortalecimento da Cooperação Técnica do PANAFTOSA para consolidação do Programa Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA)*, doravante referido como Projeto Bianual de Cooperação, que foi aprovado pela COSALFA 37. Entre seus elementos principais, destacam-se os seguintes:

1. Elaboração, pelo PANAFTOSA, de Projetos Bianuais de Cooperação;
2. Atribuição inicial de prioridade às áreas críticas, particularmente à Bolívia, ao Equador e à Venezuela, sem negligenciar a prevenção em todos os territórios;
3. Indicação do PANAFTOSA como a unidade aglutinadora e coordenadora do Plano de Ação do PHEFA, com a participação ativa e coordenada dos diferentes organismos internacionais que atuam na Região. Essa coordenação requer do PANAFATOSA a elaboração de um novo Plano de Ação do PHEFA, com ênfase em medidas práticas de campo para conseguir a erradicação da doença; e
4. *Constituição de um Fundo Fiduciário*, com diferentes formas de aportes, para financiar as ações do Projeto Bianual de Cooperação. Esse Fundo, cuja criação acaba de ser

aprovada pela Diretora da OPAS, visará principalmente ao financiamento de medidas de campo para assegurar a erradicação da doença.

O primeiro Projeto Bianual de Cooperação aprovado para a COSALFA 37 previu a formulação de um novo Plano de Ação do PHEFA como uma atividade crítica, visto que o cronograma de execução do Plano de Ação 1988-2009 e de sua adaptação 2005-2009 já havia sido cumprido. Mediante sua Resolução II, a COSALFA 37 solicitou formalmente ao PANAFTOSA que preparasse o novo Plano de Ação 2011-2020 do PHEFA, por considerar de vital importância poder contar com um novo Plano de Ação, que proporcione o marco político, estratégico e operacional e que enquadre e oriente as ações de erradicação nos próximos 10 anos. Os Projetos Bianuais de Cooperação serão constituídos de programas de trabalho de dois anos (bianuais) e deles constarão a descrição e o cronograma das atividades necessárias a serem realizadas, com indicadores e metas a serem alcançados, com detalhamento referente a cada biênio.

Este documento descreve a proposta de Plano de Ação do Programa Hemisférico de Erradicação para 10 anos (2011-2020), elaborada por OPAS/PANAFTOSA, com a colaboração de um grupo de profissionais dos serviços veterinários dos países e de consultores vinculados a programas de erradicação e prevenção no continente.

B. Descrição do Plano de Ação PHEFA 2011-2020

1. Propósito

A eliminação e prevenção da febre aftosa nas populações de animais de produção dos países das Américas contribuem de modo relevante para o desenvolvimento socioeconômico de todas as suas sociedades, particularmente do setor rural, graças ao aumento da produção primária, do processamento/industrialização/comercialização (interna, intra-regional e extra-regional) de animais e seus produtos, da prestação de serviços e conseqüente melhoria da renda e do nível de emprego, bem como do consumo, paralelamente ao aumento da receita dos Estados.

Como parte das atividades de erradicação e prevenção da FA nas comunidades pecuaristas de produtores rurais em família e da pecuária de subsistência, é preciso assegurar o acesso equitativo aos serviços sanitários, a fim de elevar o nível sanitário e a capacidade produtiva de seus rebanhos, de modo a melhorar sua segurança alimentar e aumentar sua participação no abastecimento do mercado interno, com o decorrente aumento de sua renda e a melhora de suas condições socioeconômicas e de bem-estar, o que contribuiria para fixar essas comunidades no meio rural.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Erradicação da FA das populações de animais suscetíveis dos países da América do Sul e estabelecimento de mecanismos de prevenção do risco de novo ingresso da doença nos países do continente.

2.2 Objetivos específicos

- a. Promover o alinhamento dos planos nacionais de erradicação da febre aftosa com as diretrizes do programa hemisférico, apoiando sua execução nos países;
- b. Realizar o acompanhamento, monitoramento e avaliação sistemáticos dos planos nacionais e sub-regionais de erradicação da febre aftosa por parte da coordenação regional do Programa Hemisférico;

- c. Conseguir que os territórios não-livres obtenham o status de livres da febre aftosa;
- d. Assegurar os territórios livres de febre aftosa com vacinação e avançar no processo de erradicação da doença para atingir a condição de territórios livres sem vacinação;
e
- e. Preservar os territórios livres de FA.

3. Princípios y valores

O programa se alicerça nos seguintes princípios e valores:

- a. Determinação em obter um bem público sanitário regional e compromisso de responsabilidade dos atores para com as metas do Plano;
- b. Transparência na gestão sanitária e fidelidade aos compromissos de ações conjuntas;
- c. Solidariedade e equidade social;
- d. Base técnica e científica para as decisões; e
- e. Observância dos acordos e diretrizes internacionais (OIE, OMS, OMC, etc.).

4. Lineamentos estratégicos do Plano de Ação

4.1 Lineamentos político-institucionais

- a. Estabelecimento de compromissos políticos claros e decisivos dos países para com os objetivos de erradicação e adesão e cumprimento irrestrito aos princípios e ações estabelecidas no plano. Esse compromisso deve ser amparado por um documento explícito de nível governamental inserido nos acordos regionais e mundiais;
- b. No âmbito internacional, consecução de apoio solidário, preferencial e efetivo junto aos países com maior experiência e maiores recursos técnicos e humanos para os países nos quais ainda persiste a circulação do vírus, a fim de estabelecer, fortalecer e complementar os programas de erradicação que assegurem o status de livre de FA no mais breve prazo possível;
- c. No âmbito nacional, apoio dos setores mais beneficiados pelo avanço da erradicação, destinado aos setores menos favorecidos, a fim de tornar mais equitativos os custos e benefícios das ações sanitárias, promovendo políticas públicas de fomento sanitário

integral nas comunidades de pequenos criadores de gado, na agricultura familiar e nas comunidades indígenas;

- d. Fortalecimento da participação da comunidade pecuarista na gestão sanitária responsável de seus rebanhos;
- e. Fortalecimento da ação conjunta na esfera regional, particularmente da tomada de decisões importantes, que exigem a participação de um ou mais de um país (sistema de atenção veterinária), de forma coordenada e com a participação de todos os envolvidos e a presença permanente do setor privado, reforçando e estimulando todas as instâncias regionais e sub-regionais de cooperação e coordenação;
- f. Fortalecimento da gestão da cooperação técnica do PANAFTOSA, aprimorando suas capacidades de diagnóstico de referência e de avaliação da situação sanitária regional, numa perspectiva crítica e construtiva, e dotando-o de autonomia e idoneidade técnica compatível com os requisitos do processo de erradicação;
- g. Fortalecimento da coordenação do PHEFA, que terá seu eixo no PANAFTOSA/OPAS/OMS, mantendo e reforçando a tarefa de avaliação e direção estratégica que cabe ao COHEFA, no âmbito continental, e à COSALFA, no âmbito da América do Sul. A coordenação deverá dar prioridade à notificação rápida e oportuna, além de assegurar a transparência necessária dos eventuais episódios da doença;
- h. Promoção da formação de um bloco interinstitucional formal de cooperação conjunta com os organismos internacionais que perseguem os mesmos fins que o PHEFA, a fim de evitar esforços não harmonizados e de melhorar a eficiência no uso dos recursos; e
- i. Definição e execução de uma política de comunicação que mostre a conveniência da erradicação dessa doença e ressalte os benefícios econômicos e de outra natureza que recebem sobretudo os pequenos produtores de espécies suscetíveis, às vezes imperceptivelmente.

4.2 Lineamentos técnico-epidemiológicos

- a. Zoneamento das ações de acordo com o status sanitário atual;

Zoneamento do continente segundo a situação sanitária corrente da FA, de acordo com o seguinte: detecção de ocorrência clínica e de evidências epidemiológicas e laboratoriais de circulação viral; a aplicação ou não de programas de vacinação; e

reconhecimento internacional da condição de livre da doença nos respectivos territórios. De acordo com isto, se identificam os seguintes territórios:

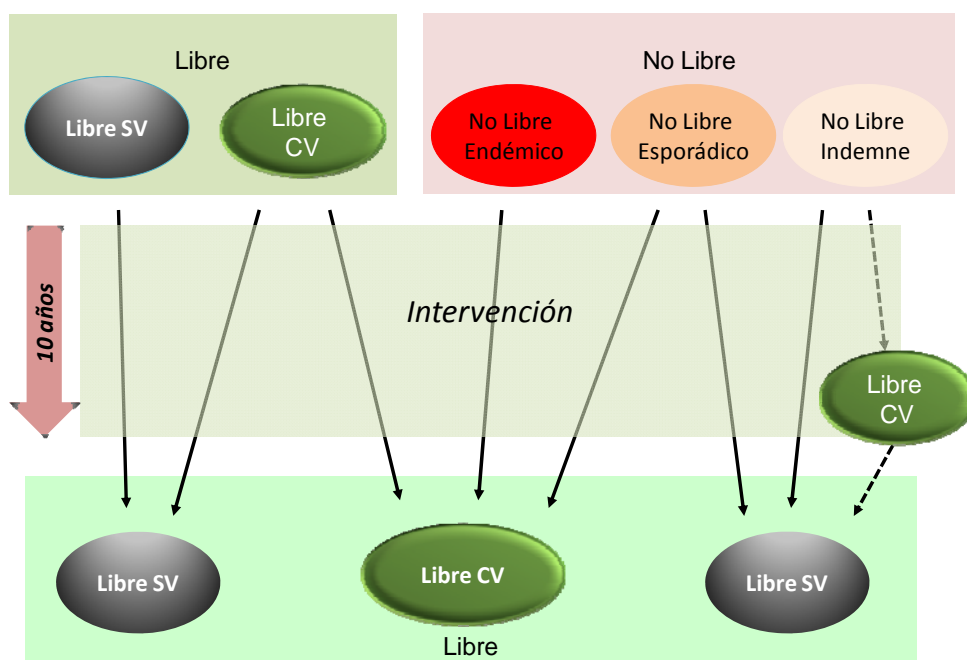
- i. Região Livre, sem vacinação: que abrange os territórios (países e zonas) em que não se pratica a vacinação, que se mantêm indene da doença e têm reconhecimento internacional;
 - ii. Região livre, com vacinação: que abrange os territórios (países e zonas) onde se pratica a vacinação, que se mantêm indene da doença e têm reconhecimento internacional;
 - iii. Região Não-Livre: que abrange territórios (países e zonas), nos quais se podem distinguir:
 - Territórios com circulação viral endêmica;
 - Territórios com presença esporádica da doença, devido ao ingresso de fontes externas de infecção; e
 - Territórios sem evidências de circulação viral.
- b. Utilização, como marco orientador das estratégias de intervenção, a caracterização epidemiológica dos sistemas de produção e dos ecossistemas da FA e dos fatores de risco do processo epidêmico da doença, mediante a aplicação de um conjunto de ferramentas que se têm demonstrado mais eficazes na região para romper o ciclo endêmico-epidêmico da doença e conseguir sua erradicação e preservar a condição de livre;
- c. Priorização e intensificação de ações em zonas deficitárias, direcionando o apoio regional e a cooperação técnica para zonas e países que ainda não estão livres da doença e para zonas livres com risco de vulnerabilidade junto a suas fronteiras;
- d. Consolidação do significativo progresso das ações de erradicação, preservando-se as atuais zonas livres, com ou sem vacinação; e fortalecimento dos mecanismos de prevenção em ambos os tipos de zonas;
- e. Estabelecimento de planos de acompanhamento e avaliação da execução do Plano de Ação do PHEFA e dos compromissos dos países ao amparo de seus programas nacionais, mediante processos de avaliação conduzidos sob a coordenação do PANAFTOSA, em conformidade com os acordos da COSALFA e do COHEFA, que propiciem elementos objetivos para medir o grau de progresso, conforme os parâmetros estabelecidos para as diferentes regiões segundo sua condição epidemiológica;
- f. Manutenção e fortalecimento dos planos sub-regionais, incentivando a integração e a coordenação de ações de diferentes programas entre os diferentes blocos de países, que prevêm ações conjuntas em territórios fronteiriços partilhados;

- g. Em relação à América do Sul, estabelecer a coordenação do programa, que terá o PANAFTOSA-OPAS/OMS como seu eixo, com a participação ativa da COSALFA, por intermédio de um Grupo Permanente de Acompanhamento do PHEFA, formado por um representante do setor público e outro do setor privado de cada uma das sub-regiões, atuando em conjunto com o PANAFTOSA, mantendo e reforçando a tarefa de avaliação e direção estratégica e prestando relatório de seus trabalhos ao COHEFA, no que toca ao continente, e à COSALFA, no que se refere à América do Sul;
- h. Adequação e fortalecimento da estrutura de atenção veterinária, com base na identificação de fatores críticos de desempenho, em conformidade com os requisitos estratégicos e operacionais e com o marco jurídico e regulamentar em que se alicerçam as ações relativas ao bem público (reguladoras), necessárias à execução do programa; e
- i. Estruturação dos programas nacionais de prevenção, controle e erradicação, adequados às necessidades de ação, de acordo com os lineamentos estratégicos e as condições epidemiológicas

5. Metas - Resultados Esperados (Período 2011 - 2020)

- a. Nos territórios com doença endêmica, até o final do período do presente plano, alcançar o status de livre com vacinação;
- b. Nos territórios atualmente livres com vacinação, até o final do período, obter o reconhecimento do status livre sem vacinação da maioria de seus territórios nos quais se tenha avaliado a viabilidade epidemiológica, econômica e institucional para a retirada da vacinação; e
- c. Nos territórios livres de FA sem vacinação, até o final do período, se tenha preservado sua condição de livre e fortalecido os mecanismos de vigilância, detecção precoce e resposta rápida e de prevenção.

Esquema da evolução da situação sanitária proposta como meta do Plano de Ação do PHEFA 2011-2020.



6. Pressupostos para o cumprimento das metas

- Decisão política nacional;
- Compromisso regional;
- Solidariedade e apoio técnico para regiões, comunidades e produtores com menos recursos;
- Suficientes recursos humanos e financeiros destinados às atividades pertinentes em saúde animal, constantes nos Programas de Febre Aftosa de cada país, com o desembolso de recursos sujeito/condicionados à plena execução das tarefas e consecução das metas pré-definidas;
- Autoridade Sanitária fortalecida, com autonomia técnica para suas decisões;
- Firme compromisso de participação ativa no Programa por parte dos pecuaristas e demais segmentos da cadeia de produção pecuária; e
- Governos e organizações internacionais, regionais e sub-regionais comprometidos com a luta contra a Febre Aftosa, consolidando um bloco que permita a efetiva coordenação das ações, complementando suas atividades, e fazendo uso mais eficiente dos recursos.

7. Planos de ação conforme o zoneamento baseado na condição sanitária

7.1 Zona sem reconhecimento de livre

a. Descrição da situação sanitária:

Atualmente, a zona não-livre abrange a totalidade dos territórios do Equador e da Venezuela; territórios da Bolívia, com exceção de Chiquitanía e do Departamento de Oruro (livres com vacinação); parte do norte e do nordeste do Brasil; e a zona costeira centro-norte do Peru. Embora esses territórios ainda estejam numa condição não-livre, há grandes diferenças epidemiológicas que devem ser consideradas quando da formulação de estratégias de intervenção. Em geral, podem distinguir-se três condições epidemiológicas diferentes nessa zona:

- Circulação endêmico-epidêmica: no Equador e na Venezuela, onde coexistem ecossistemas endêmicos primários e secundários, para-endêmicos (surto esporádicos) e onde as ações de intervenção não têm sido eficazes e, portanto, o risco de infecção pelo vírus da FA está praticamente em toda a população de animais suscetíveis.
- Surto esporádico (ocorrência notificada nos últimos seis anos): na Bolívia (Santa Cruz de la Sierra e região dos vales), cuja condição é caracterizada como para-endêmica, dependente de ecossistemas endêmicos primários ainda existentes, porém não identificados; a Amazônia Brasileira (bacia do Rio Amazonas), provavelmente com uma situação endêmica primária, onde até recentemente a intervenção sanitária não havia sido prioridade (Amazônia Brasileira);
- Sem detecção por mais de seis anos: território não-livre do Peru, zona dos vales e do altiplano da Bolívia (exceto o Departamento de Oruro – livre com vacinação), o norte e o nordeste do Brasil (alguns desses territórios sem detecção por mais de dez anos), com uma condição compatível com zona indene à FA, embora em alguns casos com debilidades na estrutura sanitária para sustentar uma zona com reconhecimento como livre. A maioria dessas zonas é dependente do ingresso de animais de outras zonas, o que implica um risco de vulnerabilidade; e
- Zona ainda não colonizada: inclui importantes territórios sem a presença de população bovina e com população humana muito escassa, principalmente nas zonas de reservas biológicas, como a região amazônica.

b. Caracterização do risco:

Os níveis de risco diferem significativamente: territórios do Equador e da Venezuela, com risco muito elevado de infecção; territórios com surto esporádicos, de médio a baixo risco,

dependendo do grau de exposição a fontes externas de infecção e das ações de mitigação; e territórios com ausência prolongada (provavelmente indenes), de baixo a muito baixo risco, dependendo da manutenção das condições de baixa vulnerabilidade, que permitiram a ausência prolongada de surtos. Nas zonas não-colonizadas, o risco dependerá do ingresso de espécies suscetíveis e de sua condição sanitária.

c. Necessidades e desafios:

- **Zona endêmica:** A condição sanitária endêmico-epidêmica tem-se mantido estável nos últimos dez anos. Nesse tempo, os serviços sanitários dos países têm tido sérias dificuldades para elaborar um plano básico de erradicação, em virtude de dificuldades organizacionais e de infra-estrutura, falta de apoio político para o programa e problemas de coordenação com o setor privado. Conseqüentemente, apesar das altas coberturas de vacinação notificadas, o nível de imunidade da população nunca foi suficiente para romper o ciclo endêmico-epidêmico. Além disso, as debilidades ou a inexistência de um controle do trânsito de animais e a dificuldade em impor medidas de controle de quarentena nos focos, tornam possível o deslocamento de fontes de infecção, o que contribui para a disseminação da doença. Faz-se necessário, portanto, a elaboração ou reformulação de um plano de erradicação, com base em campanhas intensivas e obrigatórias de imunização, concebidas de acordo com as realidades epidemiológicas locais e zonais, paralelamente ao estabelecimento de uma estrutura sanitária oficial mínima para gerir o plano, com a participação e apoio do setor privado nas ações que lhe são próprias.
- **Zona de surtos esporádicos:** A ocorrência esporádica revela também dificuldades técnico-epidemiológicas para administrar o risco, tendo em vista que essas zonas têm feito progresso no controle da doença. Embora haja ações executadas ao amparo de um programa de erradicação, constata-se situações de debilidade nas coberturas vacinais e nos controles de trânsito e, em geral, na gestão de aspectos críticos do programa. Fazem-se necessários, portanto, o fortalecimento da estrutura de atenção veterinária e um redirecionamento das ações de vigilância e melhoramento das coberturas imunitárias que mitiguem os riscos de vulnerabilidade, bem como intervenção nas zonas de influência de risco externas, que permitam que essas zonas entrem na fase final do processo de erradicação.
- **Zona com ausência clínica prolongada:** A ausência clínica prolongada da doença por mais de seis anos é um indicador de situação sanitária promissória, apesar de se constatarem debilidades nos serviços veterinários, em virtude da protelação de prioridades de ação nessas zonas, nas quais se têm privilegiado territórios com pecuária mais avançada e com maior potencial de exportação. Faz-se necessário, portanto, o estabelecimento de esquemas de caracterização de riscos e de vigilância, que permitam ratificar sua condição

indene, e o fortalecimento da estrutura de atendimento veterinário, que assegure o cumprimento com requisitos internacionais, a fim de obter a condição de livre.

d. Objetivos:

Estabelecer e fortalecer programas de intervenção para superar a condição endêmica. Para tanto, é necessário seguir as diretrizes de trabalho deste plano, fortalecer as estruturas de atendimento veterinário e melhorar a coordenação com o setor privado.

e. Estratégias de ação:

- Caracterização do risco epidemiológico; e
- Planejamento e operação de um programa de intervenção, que deva considerar:
 - Diminuição da suscetibilidade por meio de uma campanha massiva de imunização, com base nas características epidemiológicas e de dinâmica populacional, juntamente com a mitigação do risco de difusão, por meio do controle, por parte dos serviços oficiais, do trânsito de animais ligado ao cumprimento das campanhas de imunização.
 - Campanha de mobilização social para apoiar as ações de erradicação, inclusive a sua defesa nas mais altas esferas políticas do país.
 - Fortalecimento dos serviços veterinários:
 - Garantindo sua inserção na estrutura jurídica e organizacional do Estado, com mandato jurídico e destinação de verbas orçamentárias e com cargos funcionais estáveis;
 - Fortalecendo as capacidades de gestão sanitária por meio de um plano de erradicação contínua, nas esferas nacionais, estaduais, e locais; e
 - Redefinindo a participação e reinserção do setor privado na execução das ações do programa, nos papéis que lhe são próprios.

f. Resultados esperados:

- **Zona endêmico-epidêmica:** iniciando-se imediatamente um plano de intervenção, espera-se que, dentro de três anos, a estrutura do serviço veterinário oficial (SVO) atinja consistência, força e cobertura territorial e populacional suficientes para a gestão eficiente do programa de erradicação. Simultaneamente ao fortalecimento do SVO, deve-se estabelecer um esquema de vacinação sob controle oficial, para que, dentro de três anos, se obtenha o seguinte: elevadas e sustentadas coberturas de imunidade; um esquema de controle oportuno e eficaz de eventuais focos, com um diagnóstico apropriado em curto tempo; e um eficaz controle de trânsito. Essas medidas resultarão numa drástica

diminuição das ocorrências. Com a manutenção permanente da cobertura imunitária e do controle de trânsito, consegue-se a ausência clínica da doença por dois anos; e, com esquemas de monitoramento da circulação viral, consegue-se, no fim desse período, demonstrar a ausência de circulação viral. Esses resultados se prestam à elaboração de estudos de viabilidade técnica, epidemiológica, econômica e operacional para transformar o território como livre de FA com vacinação, se elabora a documentação pertinente para ser submetida à OIE e se obtêm o reconhecimento de livre com vacinação.

Segue-se uma matriz da evolução dos resultados esperados:

Situación Sanitaria endémico epidémica												
Componentes y Parámetros		Evolución del desarrollo de componentes y parámetros de resultados en programas nacionales (por año)										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Componentes	Desarrollo e implementación del plan nacional de erradicación											
	Formación y fortalecimiento de estructura de atención veterinaria oficial responsable por el programa											
	Implementación y ejecución de plan de inmunización masiva bajo control oficial											
	Implementación y ejecución de un sistema oficial de control epidemiológico-sanitario de tránsito animal											
	Plan de movilización social para que la comunidad comprenda, apoye y participe de acciones											
	Estructuración y operación sistema de información del programa que apoye toma de decisiones											
	Estructuración y operación sistema vigilancia epidemiológica, evaluación de riesgo y monitoreo sanitario											
	Estructuración e implementación sistema de gestión y administración del programa											
Parámetros de Resultados	Cobertura vacinal (% población bovina)	50	60	70	80	90	95	95	95	95	95	95
	Nivel inmunitario (% población bovina)	30	40	55	70	80	85	90	90	90	90	90
	Movimiento ganado bajo control oficial (% del movimiento)	0	10	20	40	70	90	95	95	95	95	95
	Presentación clínica (establecimientos afectados por año)	>200	<200 >100	<100 >50	<50 >20	<20 >10	<10 >2	1 a 2	0	0	0	0
	Tiempo de ausencia (meses sin enfermedad)	0	0	0	0	2	4	6	12	24	36	48
	Estatus sanitario de la enfermedad	End	End	End	End	End	Esp	Esp	Esp	Ind	Ind	Lib CV

% Cumplimiento	0	20	40	60	80	100	End	Endémico	Esp	Esporádico	Ind	Indemne	Lib CV	Libre Con Vac
----------------	---	----	----	----	----	-----	-----	----------	-----	------------	-----	---------	--------	---------------

- **Zona de surtos esporádicos:** Dentro de dois anos, conclusão do fortalecimento da estrutura de atenção veterinária, para que ela possa identificar e gerir apropriadamente os riscos de vulnerabilidade e redirecionar as campanhas de imunização para aumentar as coberturas populacionais, com ênfase especial em zonas de maior vulnerabilidade, bem como para um controle eficaz de eventuais focos e para sua investigação epidemiológica, a fim de identificar as fontes de infecção e melhorar o controle de trânsito, com base em critérios de movimentos de risco. Depois, conseguir a ausência clínica da doença por um período mínimo de dois anos e estabelecer esquemas de monitoramento de circulação viral, que permita demonstrar, no fim do período, a ausência de circulação viral. No fim desse período, realização de estudos de viabilidade técnico-epidemiológica, econômica e operacional para converter o território em território livre de FA, com vacinação, e preparar a documentação pertinente para ser submetida à OIE.

Segue-se uma matriz dos resultados esperados:

Situación Sanitaria de brotes esporádicos															
Componentes y Parámetros		Evolución del desarrollo de componentes y parametros de resultados en programas nacionales (por año)													
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Componentes	Readecuación del plan nacional de erradicación														
	Fortalecimiento de estructura de atención veterinaria oficial responsable por el programa														
	Readecuación del plan de inmunización masiva bajo control oficial														
	Fortalecimiento del sistema oficial de control epidemiológico-sanitario de tránsito animal														
	Fortalecimiento del Plan de movilización social para que la comunidad comprenda, apoye y participe de acciones														
	Readecuación del sistema de información del programa que apoye toma de desiciones														
	Readecuación del sistema vigilancia epidemiológica, evaluación de riesgo y monitoreo sanitario														
	Fortalecimiento del sistema de gestión y administración del programa														
Parametros de Resultados	Cobertura vacinal (% población bovina)	70	80	90	95	95	95	95	95	95	95	95			
	Nivel inmunitario (% población bovina)	60	70	80	85	90	90	90	90	90	90	90			
	Movimiento ganado bajo control oficial (% del movimiento)	70	80	90	95	95	95	95	95	95	95	95			
	Presentación clínica (establecimientos afectados por año)	<10 >2	1 a 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	Tiempo de ausencia (meses sin enfermedad)	4	6	6	12	24	36	48	60	72	84	96			
	Estatus sanitario de la enfermedad	End	End	End	End	Ind	Ind	Lib CV	Lib CV	Lib CV	Lib CV	Lib CV			
% Cumplimiento		0	20	40	60	80	100	End	Endémico	Esp	Esporádico	Ind	Indemne	Lib CV	Libre Con Vac

- **Zona com ausência prolongada de detecção de casos clínicos:** Num período de dois anos, fortalecimento das capacidades dos serviços de atenção veterinária para avaliação de risco de vulnerabilidade e receptividade e redirecionamento das ações, a fim de aumentar a sensibilidade dos sistemas de vigilância e detecção precoce, aumentando a eficácia dos sistemas de informação. Posteriormente, dentro de um a dois anos, estabelecimento de caracterização epidemiológica das condições de risco da população de espécies suscetíveis, paralelamente a estudos soropidemiológicos que permitam demonstrar a ausência de circulação viral e estimar os níveis de cobertura imunitária vigentes na zona. Dependendo dos resultados da avaliação e do nível de cobertura imunitária alcançada, decisão para avançar rumo a uma zona livre, com ou sem vacinação. A opção por uma zona livre, com vacinação, deverá ser justificada com base na análise de risco e ser consistente, então, com uma cobertura imunitária condizente com o risco. Nesse caso, adaptação, dentro de um ano, das campanhas de imunização, com base no risco, e realização dos estudos necessários (já descritos) e elaboração da documentação pertinente para ser submetida à OIE. Caso a opção seja por uma zona livre sem vacinação, suspensão imediata da vacinação e proibição de sua prática na zona. Após dois anos de observância dos requisitos estabelecidos, realização dos estudos soropidemiológicos que demonstrem a ausência de circulação viral e do uso de vacina, e elaboração posterior da documentação pertinente para obter o reconhecimento internacional.

A seguir, vê-se uma matriz da evolução dos resultados esperados:

Situación Sanitaria de ausencia prolongada de casos clínicos													
Componentes y Parámetros		Evolución del desarrollo de componentes y parametros de resultados en programas nacionales (por año)											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Componentes	Readecuación del plan nacional de erradicación												
	Fortalecimiento de estructura de atención veterinaria oficial responsable por el programa												
	Readecuación de plan de inmunización para vacunación estratégica y/o suspensión de vacunación												
	Fortalecimiento del sistema oficial de control epidemiológico-sanitario de tránsito animal												
	Fortalecimiento del plan de movilización social para que la comunidad comprenda, apoye y participe de acciones												
	Fortalecimiento del sistema de información del programa que apoye toma de desiciones												
	Readecuación del sistema vigilancia epidemiológica, evaluación y mitigación de riesgo de introducción y												
	Fortalecimiento del sistema de gestión y administración del programa												
Parametros de Resultados	Cobertura vacinal (% población bovina bajo riesgo)	70	80	90	95	95	0	0	0	0	0	0	
	Nivel inmunitario (% población bovina bajo riesgo)	60	70	80	85	90	70	20	10	0	0	0	
	Movimiento ganado bajo control oficial (% del movimiento)	70	80	90	95	95	95	95	95	95	95	95	
	Presentación clínica (establecimientos afectados por año)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Tiempo de ausencia (años sin enfermedad)	> 5	> 6	> 7	> 8	> 9	> 10	> 11	> 12	> 13	> 14	> 15	
	Estatus sanitario de la enfermedad	Ind	Ind	Ind	Lib CV	Lib CV	Lib CV	Lib CV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	

% Cumplimiento	0	20	40	60	80	100	End	Endémico	Lib SV	Libre sin Vac	Ind	Indemne	Lib CV	Libre Con Vac
----------------	---	----	----	----	----	-----	-----	----------	--------	---------------	-----	---------	--------	---------------

7.2 Zona libre com vacinação

a. Situação sanitária:

Essa zona abrange territórios do Paraguai e do Uruguai, a zona central e norte da Argentina, a zona livre do Brasil (exceto Santa Catarina) e praticamente todo o território da Colômbia, exceto parte do Departamento do Chocó e da Zona de Alta Vigilância de Arauca e Vichada. Essa é a zona onde já se obtiveram os mais significativos avanços dos programas sanitários, que converteram territórios e populações bovinas de uma condição endêmico-epidêmica, com elevada incidência de focos da doença, causados por vários tipos de vírus, em uma condição indene, mantida por eficazes campanhas sistemáticas de vacinação, que permitiram o reconhecimento internacional como zona livre com vacinação. No entanto, já houve

retrocessos consideráveis na condição sanitária de alguns países, visto que, diante do significativo progresso do programa em algumas zonas, tomou-se a decisão de suspender a vacinação, a fim de obter o reconhecimento de zona livre sem vacinação, sem que se fizessem avaliações apropriadas de risco e sem que se estruturassem e fortalecessem os mecanismos necessários de prevenção. Em quase todos esses territórios, ocorreu a reintrodução da doença, ocasionando epidemias de FA, que tornaram obrigatória a retomada da estratégia de vacinação sistemática.

Além disso, sem levar em conta essas epidemias, podem-se distinguir duas situações nessa zona, quanto à ocorrência da FA: uma, em que há prolongados períodos de ausência da doença, que não tiveram episódios da doença depois de sua declaração como livre; e outra zona, onde tem havido repetidas aparições de focos da doença, inclusive depois de seu reconhecimento como zona livre. Em geral, esses episódios foram detectados em territórios próximos a fronteiras internacionais e as investigações epidemiológicas não conseguiram identificar as fontes de infecção responsáveis pelos focos. A ocorrência desses focos revela dificuldades técnicas e operacionais que têm os serviços veterinários em identificar zonas de risco potencial e em intervir devidamente para atenuar o risco de ocorrência, particularmente a dificuldade em conseguir coberturas imunitárias populacionais que evitem a ocorrência de focos. Diante dessas circunstâncias, e após os focos de 2005 e 2006 na Argentina e no Brasil, foi firmado um acordo entre o Comitê Veterinário Permanente (CVP) e a OIE para o estabelecimento, nos territórios fronteiriços da Argentina, da Bolívia, do Brasil e do Paraguai, de uma zona de ações sanitárias intensificadas, a que se chamou “Zona de Alta Vigilância”, como forma de possibilitar o restabelecimento da condição de livre do resto dos territórios, cuja condição de livre havia sido suspensa por causa dos focos (no momento, já está em curso junto à OIE o processo de reconhecimento de zona livre de FA com vacinação). Essa mesma situação ocorreu na zona fronteiriça da Colômbia com o Equador e a Venezuela por motivo de focos nestas zonas de fronteira.

b. Caracterização do risco:

Em geral, as zonas com ausência prolongada de focos são dependentes de zonas onde há ocorrência esporádica da FA e essas zonas, por sua vez, dependem de territórios com circulação viral, que ainda não foram identificados. Nesse cenário e, em vista das evidências históricas, estima-se que o risco de aparecimento da FA deve ser considerado de médio a alto (focos a cada dois ou três anos).

c. Necessidades e desafios:

Essa zona apresenta a melhor evolução do PHEFA em relação à população (81% do total da América do Sul), pois conseguiu mudar sua situação de endêmica para livre com vacinação. No

entanto de um lado, o progresso está estagnado, por apresentar fatores de risco de vulnerabilidade que ocasionam a ocorrências esporádicas, que não foram eficazmente mitigadas, e de outro lado, uma grande parte de seus territórios não registra episódios por longos períodos, o que torna difícil manter campanhas intensivas de vacinação, visto que os produtores não percebem o risco de reintrodução e vêem postergar sua aspiração de obtenção da condição de livre sem vacinação. Diante disso, é necessário consolidar a situação de livre alcançada, melhorando as ações de caracterização de risco dos espaços produtivos sujeitos ao risco de vulnerabilidade (bolsões de susceptibilidade) e reforçando coberturas imunitárias em zonas críticas. Além disso, devem-se estabelecer esquemas de avaliação de risco do grau de desafio externo de fontes de infecção, a fim de se avaliar a possibilidade de evoluir para a condição de zona livre sem vacinação.

d. Objetivos:

Consolidar a condição de livre com vacinação e efetuar análises de viabilidade para avaliar a possibilidade de avançar em certos territórios para a condição de livre sem vacinação.

e. Estratégias:

- ◆ Caracterização do risco de vulnerabilidade; e
- ◆ Fortalecimento das ações de intervenção em territórios mais vulneráveis, particularmente em zonas de fronteira com zonas endêmicas.

f. Resultados esperados:

Estabelecimento, dentro de dois anos, de sistemas de caracterização de risco espacial, a fim de identificar territórios com maior risco de vulnerabilidade, que permita descartar a circulação viral residual e fortalecer as ações de mitigação de risco, inclusive o aumento das coberturas imunitárias e aprimoramento dos mecanismos de controle de mobilização, particularmente nas zonas fronteiriças. Paralelamente, assinatura de acordos de monitoramento do risco regional em zonas epidemiologicamente relacionadas com esses territórios e estabelecimento de planos de vigilância, detecção precoce e resposta rápida, que permitam enfrentar com êxito eventuais reintroduções da FA nesses territórios. Dependendo das avaliações de risco nas zonas com viabilidade epidemiológica e econômica positiva para evoluir para uma zona livre sem vacinação, estabelecimento de um plano de retirada da vacinação sistemática, do qual constem planos de contingência para enfrentar reintroduções, fortalecimento da vigilância em zonas de risco, de estabelecimento de um banco de vacinas e antígenos e de criação de fundos de compensação para emergências. Após um ano sem vacinação, realização de estudos populacionais para descartar a ausência de circulação viral e o uso de vacinação, e elaborar a

documentação pertinente para solicitar o reconhecimento de zona livre de FA sem vacinação. Após a obtenção da condição livre, consolidação e manutenção dos sistemas de prevenção do reingresso da infecção, e manutenção, em permanente atividade, dos mecanismos de alerta e de resposta precoce, bem como dos planos de contingência para emergências.

Segue-se uma matriz da evolução dos resultados esperados:

Situación Sanitaria de Libre con Vacunación													
Componentes y Parámetros		Evolución del desarrollo de componentes y parametros de resultados en programas nacionales (por año)											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Componentes	Readecuación del plan nacional de erradicación												
	Fortalecimiento de estructura de atención veterinaria oficial responsable por el programa												
	Readecuación de plan de inmunización para vacunación estratégica y/o suspensión de vacunación y formación de banco de vacunas												
	Fortalecimiento del sistema oficial de control epidemiológico-sanitario de tránsito animal												
	Fortalecimiento del plan de movilización social para que la comunidad comprenda, apoye y participe de acciones												
	Fortalecimiento del sistema de información del programa que apoye toma de desiciones												
	Readecuación del sistema vigilancia epidemiológica, evaluación y mitigación de riesgo de introducción y monitoreo sanitario continuo												
	Fortalecimiento del sistema de gestión y administración del programa												
Parametros de Resultados	Cobertura vacinal (% población bovina)	90	95	95	95	95	0	0	0	0	0	0	
	Nivel inmunitario (% población bovina)	80	80	85	85	90	70	20	10	0	0	0	
	Movimiento ganado bajo control oficial (% del movimiento)	70	80	90	95	95	95	95	95	95	95	95	
	Presentación clínica (establecimientos afectados por año)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Tiempo de ausencia (años sin enfermedad)	>5	>6	>7	>8	>9	>10	>11	>12	>13	>14	>15	
	Estatus sanitario de la enfermedad	Lib CV	Lib CV	Lib CV	Lib CV	Lib CV	Lib CV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	

% Cumplimiento	0	20	40	60	80	100	End	Endémico	Lib SV	Libre sin Vac	Ind	Indemne	Lib CV	Libre Con Vac
----------------	---	----	----	----	----	-----	-----	----------	--------	---------------	-----	---------	--------	---------------

7.3 Zona livre sem vacinação

a. Situação sanitária:

Essa zona abrange todos os territórios da América do Norte, da América Central e do Caribe e, na América do Sul, o Chile, a Guiana, o Suriname (indene sem reconhecimento) e a Guiana Francesa, a região sul da Argentina, o norte do Departamento do Chocó, na Colômbia, o estado brasileiro de Santa Catarina, e a região sul e central leste do Peru. Podem-se distinguir dois tipos de territórios livres de FA: os que se situam na América do Norte, na América Central e no Caribe, e os que se situam na América do Sul. Uma diferença está no nível de exposição em geral, considerado mais alto na América do Sul do que no resto do continente, por causa de nela ainda haver territórios com circulação endêmica. A outra diferença se deve ao grau de experiência com a FA. Os territórios da América do Sul conseguiram erradicar a doença depois de bem-sucedidas campanhas de imunização e têm acumulado experiência em detecção, controle e erradicação nos últimos 25 anos. Por outro lado, nos territórios do resto do continente, a doença nunca ocorreu, ou as ocorrências datam de mais de 60 anos no Canadá, nos Estados Unidos e no México, ou de mais de 30 anos em alguns países do Caribe.

b. Caracterização do risco:

As evidências indicam que, em geral, os territórios livres da América do Sul têm um nível de vulnerabilidade mais alto do que o resto do continente e vários casos de reinfecção têm sido registrados em territórios livres sem vacinação (Chile, 1984 e 1987; Argentina, 2000-2001; Uruguai, 2000-2001; e Rio Grande do Sul-Brasil, 2001). Por outro lado, todos os territórios livres sem vacinação compartilham o risco de ingresso de vírus existentes na América do Sul, além de vírus exóticos à região. Nesse caso, observa-se que os níveis de risco podem estar mais concentrados nos países com intenso intercâmbio comercial e de viajantes com países em condições endêmicas. Alguns deles revelam sérias debilidades em seus sistemas de prevenção, detecção, alerta e resposta precoce, observadas em alguns países da América Central e do Caribe, que têm um nível mais elevado de vulnerabilidade.

c. Necessidades e desafios:

Reforço dos mecanismos de prevenção, de forma a evitar o risco de introdução da doença, e dispor de planos de contingência capazes de detectar, controlar e erradicar precocemente uma eventual introdução da FA na região.

d. Objetivos:

Manter os territórios livres de FA sem vacinação.

e. Estratégias:

- Caracterização do risco de vulnerabilidade;
- Fortalecimento dos planos de prevenção, alerta, detecção precoce e resposta; e
- Existência de planos de contingência para emergências, inclusive para criação de bancos regionais de vacinas e antígenos, além de programas de compensação.

f. Resultados esperados:

- Manutenção da condição de livre da FA, sem uso de vacinação; e
- Detecção, controle e erradicação, de modo eficaz e eficiente, dos eventuais reingressos da FA nesses territórios, com o mínimo possível de impactos econômicos, sociais e ambientais.

Segue-se uma matriz da evolução dos resultados esperados:

Situación Sanitaria de Libre Sin Vacunación														
Componentes y Parámetros		Evolución del desarrollo de componentes y parametros de resultados en programas nacionales (por año)												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Componentes	Readecuación del plan nacional de prevención													
	Fortalecimiento de estructura de atención veterinaria oficial responsable por el programa de prevención													
	Formación y mantenimiento de banco de vacunas y antígenos													
	Establecimiento y/o fortalecimiento del sistema de emergencia sanitaria													
	Fortalecimiento del plan de educación sanitaria y comunicación social que favorezca la prevención													
	Fortalecimiento del sistema de información del programa que apoye toma de desiciones													
	Readecuación del sistema vigilancia epidemiológica, evaluación y mitigación de riesgo de introducción y monitoreo sanitario continuo													
	Fortalecimiento del sistema de gestión y administración del programa													
Parametros de Resultados	Cobertura vacinal y nivel inmunitario (% población bovina)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Nivel de caracterización de eventos y lugares de riesgo de introducción (%))	50	60	80	90	95	95	95	95	95	95	95		
	Nivel de control lugares riesgo de introducción (% de caract.)	70	80	90	95	95	95	95	95	95	95	95		
	Presentación clínica (establecimientos afectados por año)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Tiempo de ausencia (años sin enfermedad)	>5	>6	>7	>8	>9	>10	>11	>12	>13	>14	>15		
	Estatus sanitario de la enfermedad	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV		
% Cumplimiento	0	20	40	60	80	100	End	Endémico	Lib SV	Libre sin Vac	Ind	Indemne	Lib CV	Libre Con Vac

8. Componentes programáticos necessários para incorporação nos planos nacionais

8.1 Estruturação e gestão de serviços veterinários

O programa de intervenção (controle, erradicação e prevenção) da FA, por ser de caráter eminentemente oficial, deve estar sob a responsabilidade dos serviços veterinários oficiais. A qualidade da gestão técnico-operacional, organizacional e financeira dos SVOs será chave para a consecução dos objetivos sanitários (erradicação e prevenção) do programa de FA.

Para a capacidade de gestão dos SVOs, são relevantes os seguintes aspectos estruturais: organização, dotação, distribuição, níveis de ação e de responsabilidades, bases jurídica e regulamentar. São também relevantes os seguintes aspectos funcionais: planejamento, gestão e avaliação de programas nos níveis estratégicos, táticos e operacionais, apoio técnico para diagnóstico, sistemas de informação, treinamento e capacitação, apoio logístico e serviços gerais. E, finalmente, são relevantes os aspectos orçamentários. A gestão dos SVOs como missão, visão, propósitos e objetivos estratégicos deve coadunar-se com as necessidades e objetivos das políticas públicas do país e ajustar-se aos padrões internacionais de qualidade, especialmente para fins de certificação sanitária de animais e de seus produtos.

No que tange à atividade dos SVOs, a melhora contínua da qualidade é um objetivo importante para assegurar a eficácia e eficiência de sua gestão. Nesse sentido, as recomendações do código da OIE em relação aos SVOs e à FA, bem como ao uso de instrumentos de avaliação como PVS (Desempenho, Visão e Estratégia), são importantes ferramentas para uma gestão de qualidade de um programa nacional. Para a gestão dos programas de Febre Aftosa, são também importantes o planejamento, a execução e a avaliação de seus diversos componentes programáticos. Idealmente, deve-se contar com um marco programático ou plano de ação (anual ou bianual), que descreva os objetivos, estratégias, metas e atividades e indique níveis de responsabilidade e mecanismos de coordenação entre os diferentes níveis da estrutura.

Esse plano deve ser elaborado da mais participativa forma possível e deverá ser do conhecimento de todos e adotado pelos diferentes níveis da estrutura. Além disso, no funcionamento do programa, deverá ser dada preferência ao apoio das unidades operacionais (níveis locais), tanto em matéria de recursos humanos e materiais como de oportunidades de capacitação.

O planejamento do programa deverá levar em conta a situação epidemiológica da doença, seus fatores de risco e as necessidades de intervenção, a fim de destinar e determinar a quantidade de recursos humanos, os espaços jurisdicionais e as respectivas populações animais e unidades de produção que serão atendidas pela ação de cada unidade veterinária local.

O plano deverá explicitar os mecanismos de avaliação (auto-avaliação ou auditorias externas) do progresso do programa e de cada unidade, estabelecendo mecanismos de identificação e correção de deficiências. Finalmente, em todas as instâncias da estrutura, deverão ser amplamente divulgadas as ações previstas no programa e deverão ser mostrados e divulgados seus avanços e dificuldades. Deverá ser também fomentada a participação do setor privado no programa, particularmente dos pecuaristas e de suas organizações, assim como dos segmentos envolvidos da indústria animal.

Todos esses aspectos formam parte da ferramenta PVS da OIE que coloca um enfoque sistemático tanto para a avaliação desses componentes como para sua adequação aos requisitos necessários para o seu correto funcionamento.

8.2 Legislação, normas e regulamentos

As ações de combate sanitário contra a FA, devido a seu alto poder de contágio, rápida difusão e significativo impacto econômico negativo, exige ações rápidas e oportunas para seu controle, bem como ações sistemáticas de prevenção, que devem ser necessariamente de caráter obrigatório, sob a responsabilidade dos serviços veterinários oficiais, assim como os deveres e obrigações dos pecuaristas e do setor privado em geral, no âmbito do Plano.

Nesse contexto, os programas nacionais de controle e erradicação devem estar alicerçados num marco jurídico-regulamentar mínimo, para que as ações se realizem de acordo com os lineamentos técnicos estipulados pelos SVOs e sejam acatadas e executadas pela comunidade envolvida. Idealmente, nesse marco constará o seguinte:

- ◆ Definição das autoridades sanitárias competentes, declarando a luta contra a FA como um objetivo do bem comum e, portanto, objeto de medidas sanitárias de controle, erradicação e prevenção, e estabelecendo as normas, os procedimentos e as ações que deverão ser colocados em prática para a consecução dos objetivos.
- ◆ Indicação das atribuições legais necessárias para que os SVOs façam cumprir os dispositivos regulamentares e os deveres e obrigações dos pecuaristas em relação ao programa, particularmente no que se refere ao controle do seu gado, a abster-se de ações contrárias ao bem público e à notificação de suspeitas de sinais clínicos aos SVOs.
- ◆ As exigências regulamentares relativas ao funcionamento dos locais de concentração de gado e os requisitos para a movimentação de animais, bem como as normas relativas ao funcionamento de indústrias de insumos para o programa (imunógenos e reagentes para diagnóstico) e ao controle desses, além de aspectos de biossegurança industrial;
- ◆ Dispositivos e instrumentos jurídicos para enfrentar emergências, que regulamentem o uso de fundos de indenização e conceda aos serviços veterinários facilidades operacionais urgentes; e

- ♦ A necessidade de incentivar a adequação das normas sanitárias dos países aos padrões da OIE no que diz respeito à febre aftosa, com vistas a facilitar, em bases científicas, o comércio de animais, produtos e subprodutos, estimulando aqueles países que atualmente sofrem restrições comerciais.

8.3 Sistema de informação

Uma gestão adequada do programa de intervenção para controle, erradicação e prevenção da FA exige um eficiente sistema de identificação, registro, comunicação e análise de dados sanitários que, convertidos em informação, sirvam de base para a tomada de decisões apropriadas de intervenção sanitária.

Idealmente, as decisões referentes à FA devem basear-se na melhor e mais oportuna informação de qualidade dos fatores de risco de introdução e disseminação da doença, de modo a assegurar a eficácia das ações de controle e prevenção. Informações críticas a serem administradas, especialmente nas unidades locais de atendimento veterinário oficial, incluem um conhecimento apropriado e atualizado sobre as populações suscetíveis nas unidades primárias de produção, sua dinâmica e fluxos de movimentos, a identificação do universo de proprietários e as características das propriedades rurais, locais de concentração de gado e prestadores de serviços de saúde animal. A informação deve ser organizada de forma integrada em bancos de dados e prestar-se a ser facilmente partilhada com o restante da estrutura (unidades subnacionais e nacionais).

Além disso, no banco de dados deve constar o registro da ocorrência de eventos sanitários, das ações de intervenção realizadas nas propriedades, especialmente as vacinações e visitas de inspeção e seus resultados, bem como o registro das autorizações de movimento de gado (se essas autorizações forem exigidas, como no caso de programas de controle e erradicação da FA).

Para que a gestão da informação seja eficiente, são necessárias instalações para o registro, compilação, armazenamento e ampla acessibilidade dos dados idealmente georeferenciados, para fins de análise integrada dos dados críticos e de sua conversão em informação útil para a tomada de decisões. A esse respeito, pode-se mencionar como exemplo o SIVCONT (plataforma do Sistema Continental de Informação e Vigilância na web), que tem permitido aos países usuários significativas melhoras na capacidade de gestão da informação sanitária em todos os níveis da estrutura. O avanço tecnológico e a redução dos gastos com equipamentos e sistemas de comunicação e transmissão de dados trazem grandes possibilidades de estruturação de sistemas computadorizados de informação, que, por sua vez, possibilitam uma gestão mais eficiente do crescente volume de dados produzidos, encurtando o tempo de processamento e aumentando a capacidade de análise e integração. A implantação de SIS

computadorizados exige um projeto/desenho adequado, baseado num modelo de dados ajustado às necessidades do programa, com especial atenção às necessidades locais, mantendo critérios de simplicidade, operacionalidade, conectividade e portabilidade, bem como ao estabelecimento de padrões e guias de gestão de dados disponíveis a todos os níveis de usuários.

No que se refere à gestão do programa de FA, a informação propiciada pelo SIS é relevante para a gestão de risco sanitário, a começar dos níveis locais, onde é crítico o gerenciamento de eventos sanitários de risco e dos movimentos de animais e de seus produtos.

É importante recordar que os países membros da OIE tem por obrigação a notificação da ocorrência de doenças através dos sistemas que atualmente se encontram em funcionamento, tais como WAHIS (Sistema Mundial de Informação sobre Sanidade Animal). Esta obrigação emana diretamente da condição da OIE como órgão de referencia da OMC nos aspectos relacionados à sanidade animal, sendo um componente fundamental da análise de risco no comercio internacional.

A complexidade e repercussão das decisões tomadas diariamente nos diferentes níveis fazem com que a sistematização, disponibilidade e capacidade de análise sejam elementos essenciais de um SIS que apóie o programa de erradicação.

8.4 Vigilância epidemiológica

A vigilância epidemiológica como componente de um programa de erradicação e prevenção da febre aftosa é responsável pela observação sistemática e permanente das populações animais suscetíveis, das condições de presença ou ausência da FA e do processo epidêmico da doença, dos fatores de risco de sua introdução e disseminação e da manutenção de nichos endêmicos (riscos de vulnerabilidade e receptividade) das populações animais, bem como de suas interações com os sistemas de produção.

A vigilância epidemiológica consiste no uso de ferramentas de sistematização e análise de informações e na caracterização dos níveis de risco da FA, elementos que serão utilizados nas decisões de intervenção. Por isso, a qualidade dos processos de vigilância depende fundamentalmente da eficácia do sistema de informação e do nível e capacidade de análise e de comunicação do risco sanitário.

Em geral, é necessário um bom sistema de vigilância que tenha níveis adequados de sensibilidade para detectar mudanças na situação sanitária, que exigem uma resposta rápida, bem como níveis adequados de especificidade, a fim de não sobrecarregar os serviços sanitários em atividades de investigação. Isso requer níveis adequados de conhecimento dos sinais da doença nos animais por parte da comunidade, bem como um sistema de formação

continua de recursos humanos (veterinários e técnicos) em diagnóstico clínico e investigação epidemiológica, bem como o fortalecimento do diagnóstico de laboratório.

Na observação das populações-alvo, em geral a vigilância epidemiológica utiliza mecanismos de ação, tanto ativos como passivos.

Os mecanismos passivos de observação da condição sanitária incluem o sistema de notificação de doenças, inspeções veterinárias ante e post mortem em lugares de trabalho, bem como inspeções em locais de concentração de gado (feiras, rodeios e leilões). A adequada sistematização e análise dessa informação certamente tornarão os processos de vigilância mais eficientes.

Os mecanismos ativos incluem estudos epidemiológicos, investigações epidemiológicas transversais de populações em risco e observação sistemática (estudos longitudinais) de populações situadas em espaços produtivos de maior risco sanitário. Nisso, um papel importante é desempenhado por processos adequados de planejamento das investigações, bem como pela identificação de procedimentos e metodologias para uma interpretação correta dos resultados. Para tanto, são críticos os conhecimentos sobre a sensibilidade, especificidade e valor preditivo dos diferentes métodos diagnósticos, tanto em campo como no laboratório.

A vigilância deve ajustar seus objetivos e suas estratégias ao grau de avanço dos países e das zonas na luta contra a doença. Em países e zonas onde a doença ainda se encontra de forma endêmica, o objetivo da vigilância será fundamentalmente a identificação de variáveis e fatores críticos responsáveis pela persistência da circulação viral e a definição das melhores opções de intervenção para interromper o ciclo de propagação. Além do monitoramento dos parâmetros de morbi-mortalidade e da frequência temporal e espacial da ocorrência clínica da doença, deve-se também fazer o acompanhamento das condições de susceptibilidade das populações, caso elas sejam submetidas a vacinação sistemática. Nesse sentido, a determinação do nível imunitário da população pode desempenhar um papel decisivo na evolução dos determinantes da circulação viral e da eficácia das campanhas de vacinação.

Em zonas onde há ocorrência esporádica da doença, a vigilância deve concentrar-se na identificação dos fatores de vulnerabilidade das populações, bem como na origem das fontes de infecção que causam esses focos esporádicos e na forma de intervenção neles.

Em países e zonas indenes ou com reconhecimento internacional como livres, a vigilância deverá propiciar análises de risco de vulnerabilidade dessas populações, identificando populações e espaços produtivos de maior risco, nos quais deverão concentrar-se os mecanismos de detecção precoce e resposta rápida.

8.5 Diagnóstico de Laboratório

O diagnóstico de laboratório, tanto no âmbito dos programas nacionais como integrantes de rede regional de laboratórios de diagnóstico, desempenha um papel decisivo nos avanços do programa hemisférico, contribuindo para os processos de vigilância epidemiológica e nas ações de intervenção (controle e erradicação). Portanto, é preciso fortalecer e readequar a capacidade dos laboratórios para diagnóstico e controle de vacinas da região, a fim de enfrentar os desafios impostos pela etapa final de erradicação da FA no continente, especialmente no que tange aos aspectos de biossegurança, bioproteção, garantia de qualidade e diagnóstico diferencial.

As características da exploração de bovinos no continente e a biologia do vírus da febre aftosa conferem ao agente um alto poder de difusão, demandando que diante da ocorrência de eventos sanitários com sinais clínicos compatíveis com doença vesicular, o diagnóstico laboratorial seja realizado o mais breve possível. Para tanto, os laboratórios precisam ter capacidade suficiente para resposta de emergência em caso de diagnóstico primário de doenças vesiculares e diagnóstico diferencial para a FA, nas condições de biossegurança necessárias em relação ao vírus da FA e de conformidade com as normas internacionais de qualidade para laboratórios de diagnóstico.

Especificamente em relação à biossegurança, deve-se restringir a manipulação do vírus da FA infeccioso somente aos laboratórios que têm condições de biossegurança do nível NBS 4 OIE. Além disso, deve-se estabelecer um registro/cadastro dos sorotipos do vírus da FA existentes nos laboratórios da região e criar os mecanismos necessários de verificação e garantia para que eles sejam mantidos em condições de biossegurança NBS 4 OIE. Nesse sentido, e em vista de sua função como laboratório de referência do PHEFA, é preciso fortalecer o laboratório do PANAFTOSA/OPAS/OMS, com a adição de uma área de nível NBS 4 OIE de biossegurança no Laboratório Nacional Agropecuário-LANAGRO/MAPA em Pedro Leopoldo, MG. Entre as prioridades, deve-se dar especial atenção ao estabelecimento de controles administrativos e técnicos para assegurar a confidencialidade da informação manejada pelo PANAFTOSA na unidade descentralizada do LANAGRO/MG, bem como a cuidados técnicos e de engenharia para assegurar as condições de biossegurança NBS 4 OIE do PANAFTOSA nas instalações do LANAGRO/MG.

Entre as funções de referência para o PHEFA, o laboratório do PANAFOSA deverá agir em apoio aos laboratórios nacionais de diagnóstico, especialmente para o fortalecimento das capacidades de diagnóstico primário dos laboratórios em áreas ou países onde a FA é recorrente, e estar em condições de caracterizar e relacionar com as cepas vacinais, isolamentos do agente em amostras que são enviadas periodicamente pelos países. Além disso, é preciso que o laboratório regional mantenha o abastecimento da região de materiais

biológicos de referência (kits e sets, entre outros) para o funcionamento eficiente dos laboratórios de diagnóstico e de controle de vacinas dos países, a harmonização das metodologias empregadas na região e a continuidade dos projetos de investigação, bem como o fomento de alianças estratégicas para definir linhas de investigação destinadas a adequar os instrumentos de diagnóstico e de produção e controle de vacinas à transição epidemiológica do continente (Real Time PCR ou outros). É conveniente que as ações de cooperação descritas sejam coordenadas com o laboratório de referência regional do SENASA-Argentina e com o laboratório de referência mundial de Pirbright, do Reino Unido.

É conveniente que as ações de cooperação para harmonização de metodologias de diagnósticos empregadas na região e o fomento de alianças estratégicas para definir linhas de investigação sejam realizadas com a colaboração de outros laboratórios de referência e centros colaboradores.

No âmbito regional, é necessário estabelecer os parâmetros para a implantação de Bancos de Antígenos Vacinais/Vacinas elaboradas com cepas de interesse para o continente, com vista a eventuais emergências. Essas cepas e seus cepários devem ser manipuladas em laboratórios com biossegurança NBS 4 OIE sob controle oficial.

8.6 Imunização e controle de qualidade das vacinas

A diminuição da suscetibilidade das populações animais ao vírus da FA pela aplicação sistemática de imunógenos através de campanhas de imunização tem-se revelado como um meio eficiente e de baixo custo para interromper o ciclo de transmissão do agente em cenários endêmico-epidêmicos. Consistentes evidências históricas e recentes demonstram que, quando se pratica adequadamente a imunização maciça de bovinos e bubalinos ao amparo de programas de erradicação da FA, consegue-se eliminar a circulação viral no meio prazo, sem necessidade do sacrifício sanitário de animais afetados e expostos (embora o sacrifício seja uma ferramenta muito útil em casos emergenciais). Essas evidências são consistentes com a teoria de processos epidêmicos, de acordo com as quais a diminuição intencional da suscetibilidade populacional (por imunização) a níveis tais que a taxa reprodutiva do vírus (R_0) seja inferior a 1,0, consegue-se a interrupção da cadeia de transmissão na população. Caso não se apresentem novas fontes de infecção, a população atinge a condição indene.

Na América do Sul, onde a vacinação maciça tem sido praticada nas últimas quatro décadas, acumulou-se muita experiência e sólido conhecimento quanto ao uso sistemático da vacinação e conseguiu-se construir uma eficiente indústria de produção de vacinas com adjuvante oleoso de boa qualidade, que produz 600 milhões de doses por ano. Isso permitiu, graças a campanhas sistemáticas, estrategicamente ajustadas às condições de risco dos sistemas de produção, em combinação com outras ferramentas, como o controle de trânsito, conseguir a interrupção do

ciclo de transmissão viral. Atingiu-se assim a condição indene (sem circulação viral), com o reconhecimento, pela OIE, de 80% do rebanho bovino/bubalino da América do Sul como livre, com vacinação. Ao contrário, está provado que, em cenários de circulação endêmico-epidêmica de FA, onde as campanhas de vacinação têm sido deficientes em conseguir altas e sustentadas coberturas, a doença mantêm sua condição endêmica permanente.

Conclui-se que a chave do êxito foram graças aos significativos investimentos da indústria de biológicos veterinários, o emprego de cepas virais estáveis e um amplo espectro de cobertura imunológica, como sementes para vacinas que induzem a imunidade contra cepas existentes no campo, sistemas adequados de controle de qualidade de vacinas, mecanismos eficientes de conservação e aplicação e elevados e sustentados índices de cobertura vacinal.

No âmbito da última etapa de erradicação e enquanto persistirem riscos de vulnerabilidade devido à circulação endêmica em alguns países e zonas, é preciso continuar com os esquemas de vacinação sistemática em grande parte dos territórios. É necessário, pois, manter e reforçar um conjunto de ações que têm demonstrado eficácia quanto ao uso da imunização como estratégia de erradicação. Entre outros fatores, as ações abaixo devem ser realizadas:

- Manutenção e fortalecimento dos controles oficiais de qualidade de vacinas, conforme preconiza o manual terrestre da OIE;
- Manutenção de reservas estratégicas regionais de vacina para situações emergenciais, na forma de um banco de antígenos inativados ou de vacinas completas para uso estratégico, de acordo com as exigências epidemiológicas das diferentes regiões abrangidas pelo plano. Esse banco deve ter antígenos extracontinentais, adquiridos em forma inativada. O uso de cepas exóticas ao continente deve ser autorizado para manipulação por um laboratório oficial em condições NBS 4 OIE de biossegurança;
- Manutenção da capacidade técnica do PANAFTOSA para prestar cooperação técnica aos países que a solicitarem para a adequação/construção/operação de laboratórios que manipulam o vírus da febre aftosa, desde que seja para alcançar a condição NBS 4 OIE, segundo o conceito de Gestão de Risco Biológico em Laboratórios;
- Coordenação, em conjunto com os organismos oficiais, de visitas anuais de avaliação e orientação a cada um dos laboratórios oficiais e privados que manipulam o vírus da febre aftosa para qualquer fim;
- Colaboração com os países e laboratórios produtores de vacina da região no estabelecimento de sistemas de controle de qualidade que considere, além dos requisitos de potência e inocuidade, os de pureza em relação à ausência de PNC, a fim de minimizar a interferência na interpretação de resultados de testes sorológicos para vigilância ativa;

- Prestação de cooperação técnica aos países e exigência de que eles estabeleçam normas de biossegurança harmonizadas com as da região, além da criação e capacitação de Comissões Nacionais de Biossegurança em relação ao vírus da febre aftosa;
- Assessoramento aos países na orientação de projetos de adequação de infra-estruturas destinadas à manipulação de vírus da FA em instituições públicas e privadas;
- Fortalecimento dos sistemas de distribuição de materiais biológicos, a fim de assegurar que as vacinas cheguem oportunamente a seu destino, em condições adequadas de conservação. Os projetos nacionais devem levar em conta o papel da cadeia de frio nesses processos e estimular a cooperação da indústria privada naquilo que se refere à compra e à manutenção de equipamentos de refrigeração que atendam às necessidades do programa e permitam a total rastreabilidade da cadeia de frio. Os produtores de vacina também devem participar ativamente na obtenção e uso adequado das condições exigidas para o manejo e a aplicação de material biológico.
- Fortalecimento do controle da vacinação no campo, a fim de assegurar níveis adequados de imunidade, visto que falhas estão comumente associadas a deficiências no manejo e na aplicação das vacinas. É necessário um controle rigoroso do manejo e da aplicação da vacina contra a febre aftosa. O controle ativo das campanhas deve ser planejado em função dos riscos e dos antecedentes dos estabelecimentos pecuários. Os rigorosos procedimentos de controle deverão estar sob a responsabilidade e de acordo com as normas dos SVOs, mas sua operacionalidade deve ser partilhada com o setor privado, isto é, com veterinários autônomos, a indústria produtora de materiais biológicos, associações de pecuaristas e outros.

8.7 Educação sanitária e comunicação social

A eficácia dos programas de saúde animal pode ser aumentada se, aos componentes técnicos, forem acrescentados programas educativos e de comunicação social que orientem as diferentes atividades, a fim de facilitar o êxito técnico, graças à participação comunitária e à integração entre setores. Espera-se que a utilização de um programa com metodologias apropriadas de educação e de comunicação, ajustadas à realidade de cada país ou região, produza as mudanças comportamentais da comunidade para que sejam conducentes à solução dos problemas pecuários, e torne mais eficiente e menos dispendioso o trabalho das instituições para assegurar uma pecuária mais saudável e produtiva.

No âmbito dos programas nacionais de erradicação, o componente de educação sanitária e comunicação social deve contribuir para moldar condutas individuais e comunitárias que favoreçam a adoção e execução de ações necessárias para o êxito dos objetivos do projeto,

quais sejam: conhecimento dos sinais e sintomas da doença e suas formas de contágio e disseminação, formas de prevenção e, onde seja necessário, a vacinação periódica, em datas indicadas pelas autoridades, de bovinos e bubalinos, além de manutenção dos animais dentro das respectivas propriedades (evitando o contato com animais estranhos), a aquisição de animais de origem sanitária conhecida, a observação permanente do estado de saúde de seus animais e comunicação rápida e oportuna de suspeita de doenças às autoridades sanitárias.

Esse componente deve também facilitar a participação comunitária, promovendo instâncias de participação coletiva que incluam as autoridades locais e regionais. Inclui ainda a promoção de ações vinculadas ao programa, num processo ativo de comunicação social, que devem fazer parte os meios de comunicação que atinjam os criadores de gado, bem como a maioria dos diferentes atores que intervêm no programa, especialmente os proprietários e operadores de locais de concentração de gado (feiras, leilões e matadouros) e de transporte de animais.

Para uma elaboração e execução adequadas do componente, recomenda-se um sólido planejamento do processo educativo, com base num diagnóstico educacional, social e comunitário (valores, atitudes e conhecimentos) em relação às ações previstas pelo projeto, e que permita identificar os fatores essenciais para a adoção das ações. A execução dessas ações deve levar em conta os principais referentes sociais da comunidade, particularmente as escolas rurais, centros comunitários, associações pecuaristas e postos de saúde pública, entre outros. Para tanto, deve-se tomar em consideração os programas de educação sanitária em execução em alguns países, inclusive ao amparo de planos regionais. Um exemplo é o PAMA, da Argentina, que está desenvolvendo um programa em escolas rurais em zonas fronteiriças, com a produção de material didático.

8.8 Programas abrangentes no âmbito da produção familiar

A experiência com o trabalho de erradicação tem demonstrado que o segmento de produção pecuária familiar desempenha um papel importante no avanço dos programas nacionais. A inclusão desse segmento pecuário nas ações de erradicação contribuiu significativamente para a consecução e sustentabilidade das metas de erradicação nos países e nas zonas que obtiveram reconhecimento como livres da FA.

É amplamente sabido que mais de 80% dos rebanhos pecuários estão nas mãos de criadores de médio e pequeno porte, que são donos de cerca de 70% da população bovina. Esse importante segmento de criadores de gado tem condições produtivas, sociais e econômicas diferentes das dos proprietários de maior número de bovinos. Em geral, esses criadores de pequeno e médio porte não estão integrados no processo comercial, sendo sua produção predominantemente para consumo familiar ou comunitário. Têm baixo índice de escolaridade, alto nível de pobreza e marginalidade e pouco acesso às redes de saúde pública e de atenção veterinária. Na prática,

é-lhes difícil conseguir satisfazer suas necessidades, bem como as obrigações decorrentes das ações de erradicação, particularmente quanto ao manejo sanitário de seus rebanhos (uma boa parte dos quais é manejada de forma comunitária). É-lhes também difícil observar o que preconizam as campanhas de vacinação, ou porque não se dão conta dos benefícios dessa prática ou por causa das suas dificuldades econômicas, devido à sua baixa renda.

As evidências indicam que os benefícios resultantes da melhora nas condições da FA em virtude do crescimento do comércio de exportação têm sido marginais ou insignificantes para a pecuária familiar, que não tem condições de participar das exportações. Assim sendo, os benefícios econômicos diretos de suas ações de combate à FA (melhora da renda versus vacinações e gastos sanitários diretos) não são percebidos como investimento para melhora e sim como gasto (obrigatório) quando do financiamento das ações. Isso é agravado pelo fato de que, objetivamente, a FA está longe de ser uma das prioridades entre suas necessidades sanitárias. Portanto, para que as ações sanitárias possam ter resultados satisfatórios e sustentáveis para a comunidade, é necessário que todos participem, contribuam e cumpram com suas obrigações, mas é também necessária a obtenção de benefícios mínimos proporcionais às contribuições e aos ganhos setoriais.

Tendo em vista sua necessidade de inclusão e equidade social, é preciso melhorar seus processos produtivos e as condições sanitárias de seus rebanhos. Portanto, as ações previstas no plano, particularmente nas campanhas de imunização contra a FA, devem ter uma abordagem abrangente nessas comunidades e, idealmente, integrar-se no contexto dos planos de desenvolvimento da produção local, especialmente dos programas pecuários e de produção de alimentos. O objetivo é associar a erradicação da febre aftosa aos programas agropecuários e de saúde animal e, se possível, aos de saúde pública, a fim de utilizar mais eficientemente a estrutura de pessoal e racionalizar o custo operacional. Isso impõe um grande desafio, a ser enfrentado prioritariamente pelos programas nacionais, especialmente por aqueles onde ainda se pratica a vacinação, pois, do contrário, poderá haver significativos efeitos adversos para o grau de avanço ou risco de deterioração do sistema no seu todo.

A esse respeito, indentificam-se algumas ações que poderão contribuir para fortalecer as condições de produção da pecuária familiar, aplicadas conjuntamente às atividades de programas nacionais de FA, que sejam coerentes com as características, a vocação e as potencialidades de cada localidade. Algumas dessas ações são as seguintes:

- Promoção de uma assistência técnica maior e melhor, específica e apropriada, a fim de melhorar a capacidade produtiva dos rebanhos e eventualmente diversificá-la em sua fase primária;
- Como parte desse processo de melhoria da produção, recurso a sólidos programas de Sanidade Animal e Zoonoses, bem como de Sanidade Vegetal;

- Promoção de Boas Práticas de Campo, adequadas às condições locais, e do uso de técnicas apropriadas à situação específica da produção familiar;
- Fortalecimento do potencial previsível de cadeias de produção, acompanhado do desenvolvimento da elaboração artesanal e da comercialização direta de alimentos saudáveis e de qualidade pelos pequenos produtores, segundo padrões sanitários compatíveis com o consumo humano; e
- A fim de dar continuidade a outros segmentos da cadeia produtiva agro-alimentar, promoção do emprego de Boas Práticas de Processamento Artesanal de Alimentos, adequadas às condições locais da produção familiar, que inclua o emprego de técnicas apropriadas e eficazes para essas situações não-industriais.

Essas atividades deveriam ser ainda complementadas por:

- Programas de Inocuidade de Alimentos, bem como de Distribuição Higiênica de Alimentos, em condições artesanais, não-industriais; e
- Identificação e formalização de novos mercados, na região ou fora dela, para ampliar a comercialização da produção local;
- Promoção do apoio e da ajuda solidária a comunidades de produção familiar, desde os grupos de produtores rurais com maior capacidade técnica e econômica às entidades associadas à cadeia produtiva, especialmente aos grupos e entidades pertencentes à mesma localidade ou ao mesmo município.

8.9 Participação comunitária, com ênfase no nível local

A participação comunitária no PHEFA, em especial, porém não unicamente no âmbito local, visa a levar os atores sociais interessados a contribuir com seus diversos pontos de vista e interesses (interdisciplinares e multissetoriais) para interpretações e soluções mais criativas e ajustadas à realidade, convertendo-os em sujeitos históricos na construção do futuro nesse complexo campo. No caso do desafio de erradicação da FA nos países da América do Sul, a falta de participação dos indivíduos e organizações envolvidos poderia ter como consequência, além do desenvolvimento de planos dissociados da realidade, pouco compromisso e identificação com o PHEFA.

A participação social, entendida como **colaboração** dos produtores e de outros usuários com as organizações setoriais (Serviços de Sanidade Animal/Ministério da Agricultura), é “dirigida” pela entidade setorial em Sanidade Animal. A materialização do processo participativo está relacionada com a disposição dos atores sociais de prestar colaboração naquilo para o qual forem solicitados pelo setor oficial de Sanidade Animal.

Com relação ao processo de erradicação da FA, a participação social na **co-gestão** é entendida como a inter-relação ou articulação entre o conjunto de todos os atores sociais protagonistas (funcionários oficiais, produtores pecuários e membros da comunidade interessados) com capacidades, habilidades e oportunidade para definir, realizar e negociar seus interesses do ponto de vista do desenvolvimento da saúde dos animais de produção.

Os Mecanismos Relacionados ou de Articulação da Participação Social são Alianças Estratégicas; Coordenação Intersectorial; Redes Sociais; Poder Social (empowerment); Capital Social; e Governança.

A conjugação de colaboração e co-gestão em todas as fases dos processos sociais que promovem a erradicação da FA permite que as metas propostas sejam mais pertinentes, aumentando assim a viabilidade e o impacto das ações para alcançá-la e gerando benefícios, confiança e auto-estima entre os participantes.

A participação social no âmbito local deve materializar-se em comitês locais, que devem relacionar os problemas e necessidades zoo-sanitárias dos rebanhos ao conhecimento técnico e prático da realidade-alvo e dos recursos internos do setor, bem como de recursos externos a ele, a fim de definir os problemas, as necessidades e as prioridades a ser atendidas, apresentar soluções alternativas, destinando e mobilizando recursos e orientando o processo até a solução ou ao controle dos problemas.

A solução ou controle dos problemas exige necessariamente a melhora contínua da acessibilidade, disponibilidade, cobertura e equidade do atendimento zoo-sanitário, o que, por sua vez, requer do processo participativo as funções de condução e de compartilhamento de responsabilidades na programação de atividades e de gestão.

O veterinário oficial da área deve ser o líder do processo participativo e o promotor mais ativo de seu desenvolvimento, mediante seus esforços para sensibilizar e conclamar a comunidade para assumir seus “deveres” no trabalho zoo-sanitário, em virtude de sua capacidade para ouvir, dialogar e orientar, bem como pela solidez de seus argumentos técnicos, efetividade de suas propostas e integridade de seu comportamento. Além disso, deve levar em conta, em cada caso, o ambiente de cada município, no que se refere à ordem política, social, econômica, administrativa e cultural. A identificação e análise dos problemas de prestação de serviços sanitários e a proposta de soluções não podem ignorar o que há ao redor.

A função de condução deve promover a participação e a co-gestão por meio do seguinte:

1. Promoção e mobilização das diversas forças sociais para que se preocupem com os problemas da erradicação da FA e suas soluções;
2. Criação de “espaços de encontro, diálogo e consenso” entre os participantes, como base para a constituição dos comitês locais;

3. Promoção do consenso, harmonização de interesses, articulação de esforços e estabelecimento de alianças para a aplicação de soluções aos problemas sanitários, a fim de atingir os objetivos propostos;
4. Estímulo e motivação dos participantes para o desenvolvimento de habilidades e destrezas e do trabalho solidário em conjunto, que levem a atitudes sinérgicas, melhorando, com isso, a capacidade de gestão sanitária local;
5. Promoção permanente da mobilização de voluntários, de influências e da comunidade, a fim de que seus agentes assumam compromissos e responsabilidades na gestão sanitária, para tornar as medidas específicas mais eficazes;
6. Reconhecimento da existência de diversas interpretações possíveis na co-gestão sanitária, o que possibilita múltiplas opções para tratar dos problemas de prestação de serviços; e
7. Reconhecimento de que complexidade, incerteza e conflito de interesses fazem parte dos processos dos quais participam diversos grupos sociais e que, portanto, são próprios também do campo do atendimento sanitário. Daí, a necessidade de flexibilidade nas soluções, de monitoramento do que ocorre e de se fazer um balanço entre o desejado e o possível em cada conjuntura.

A função de Responsabilidades Partilhadas (inclui programação) abrange:

1. A caracterização (mapas) dos sistemas de exploração pecuária, dos fluxos de comercialização de gado, da localização de estabelecimentos, leilões, feiras, matadores e frigoríficos. Identificação de “subáreas” de risco;
2. A identificação de problemas que exigem atenção;
3. Propostas de solução;
4. Negociação e busca de consensos;
5. Mobilização de recursos;
6. Assunção de compromissos e responsabilidades;
7. Definição de objetivos e metas a serem atingidos.
8. Definição de ações a ser desenvolvidas para consecução dos objetivos e metas estabelecidos;
9. Monitoramento e orientação do processo de execução; e
10. Exigência e prestação de contas sobre resultados, ações e responsabilidades cumpridas.

A função de gestão deve encarregar-se, uma vez feita a programação, da aplicação de métodos e procedimentos administrativos para:

1. Supervisar e monitorar a execução das atividades no plano local;
2. Coordenar as ações colaborativas com outras instituições e outros setores;

3. Modificar cursos de ação, rever responsabilidades, redistribuir recursos;
4. Dirigir a capacitação de profissionais oficiais e privados e de todos os atores sociais envolvidos;
5. Gerir e controlar os recursos disponíveis.
6. Incentivar a participação social no sistema de atendimento sanitário; mobilizar a vontade social e política e recursos financeiros e materiais;
7. Impulsionar o desenvolvimento do sistema de informação e vigilância no plano local;
8. Fortalecer, no campo, o trabalho em rede dos “grupos comunitários de apoio” que operam em lugares;
9. Fortalecer e promover a comunicação social do programa;
10. Incentivar as comunicações “horizontais” entre áreas com diferentes graus de risco, fomentando o trabalho sanitário preventivo;
11. Avaliação periódica de ações e resultados (indicadores), bem como do cumprimento dos compromissos e do desempenho dos funcionários e de outros participantes;
12. Assegurar o controle social da gestão: avaliação dos êxitos alcançados e dos compromissos cumpridos; e
13. Divulgar os programas, as dificuldades e resultados à comunidade.

9. Gestão do Programa Hemisférico

9.1 Planos sub-regionais de gestão e coordenação

Deve-se dar continuidade aos planos sub-regionais constantes no plano de ação do PHEFA 1988-2009, criados com o objetivo de agrupar territórios que constituem unidades contíguas e que partilham características ecológicas e produtivas. São elementos coordenadores e gestores sub-regionais do plano de ação. Os planos sub-regionais estão configurados:

- Cone Sul: abrange territórios da Argentina, a Região não-pertencente ao altiplano da Bolívia, a Região Sul, Centro-Leste e Centro-Oeste do Brasil, o Chile, o Paraguai e o Uruguai.
- Região Andina: abrange territórios da Região do altiplano da Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela.
- Região Amazônica e Amazônia Brasileira: abrange territórios do Norte e Nordeste do Brasil, da Guiana, do Suriname e territórios amazônicos do Peru, do Equador, da Colômbia e da Venezuela.
- América do Norte: Canadá, Estados Unidos e México.

- Meso-América: Belize, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicarágua, Costa Rica, e Panamá.
- Caribe.

Um tópico de particular relevância a ser abordado pelos programas sub-regionais se refere à gestão do programa nas zonas de fronteiras internacionais, especialmente quando há diferença de condições epidemiológicas entre países e zonas. Nessas zonas devem-se adotar processos de coordenação e cooperação entre os programas dos países envolvidos, como é o caso das zonas fronteiriças binacionais ou trinacionais da Área Andina, do Cone Sul e da Amazônia. Deve-se prosseguir na obtenção de acordos fronteiriços entre dois ou mais países, que estabeleçam um plano de trabalho no qual constem as seguintes ações, entre outras: manutenção dos cadastros pecuários e comunitários atualizados; identificação dos riscos; harmonização das ações ao amparo dos programas nacionais nessas áreas; vigilância epidemiológica; intercâmbio contínuo de informação oportuna e transparente entre países; definição e aplicação de medidas de mitigação de riscos; e realização de avaliações periódicas conjuntas das ações previstas no plano.

9.2 Monitoramento e avaliação

- O PANAFTOSA continuará com a missão e com os mandatos para a coordenação e a gestão do PHEFA. Isso exige a utilização de mecanismos específicos de monitoramento e avaliação da operação e da estrutura dos Serviços Veterinários. O PANAFTOSA deixará esses mecanismos explícitos em seu plano de gestão a ser apresentado à COSALFA e prestará contas do avanço do PHEFA à COSALFA e ao COHEFA. O plano de gestão contará com um sistema específico de informação, ao qual os países fornecerão informações oportunas, relativas tanto ao setor público como ao setor privado. O plano será executado com profissionais do Centro e com especialistas da região. O objetivo da ação do PANAFTOSA será propiciar um retrato transparente, fiel e oportuno da situação sanitária regional, de forma a assegurar a adesão e o apoio político e institucional dos países, bem como doações de recursos dos setores e instituições privados.
- Os países fornecerão à COSALFA, por intermédio do PANAFTOSA, documentos e informação sobre seus planos nacionais de ação e programa de trabalho anuais, que descrevam os objetivos, atividades, metas e recursos envolvidos e explicitamente estabeleçam os compromissos de ação e dêem cumprimento aos acordos e lineamentos políticos, estratégicos e operacionais do PHEFA.
- COHEFA e COSALFA em seus respectivos cenários de atuação e mecanismos serão os responsáveis pela supervisão e apoio a gestão do PHEFA. O GIEFA, em coordenação com

COHEFA e COSALFA atuará nos aspectos de advocacia, apoio político e de mobilização de recursos para o apoio ao PHEFA, preferentemente aos países e zonas prioritárias.

- O PHEFA será avaliado por auditoria externa, com frequência a ser determinada pelo Comitê, em consulta com o COHEFA.

9.3 Coordenação e fortalecimento da cooperação técnica internacional

Os organismos sub-regionais, regionais e mundiais de cooperação técnica, em conjunto com a OPAS, devem participar dos esforços e contribuir para a consecução da meta de erradicação. Essa participação depende de ações concertadas entre os diferentes organismos, para que seus respectivos programas de cooperação estejam alinhados com os objetivos e as estratégias do PHEFA, com vistas à maximização dos recursos dos países e a evitar a duplicação e a superposição de atividades. Assim sendo, esta etapa do PHEFA articulará as diferentes iniciativas dos organismos internacionais, levando em conta e reforçando as iniciativas relacionadas no Anexo 3, Quadro 1: *Papel dos Organismos Internacionais e Institucionais vinculados à Cooperação Técnica do PHEFA*. Essa cooperação deverá ser reforçada, dando-se especial atenção aos países da Sub-região Andina. Como exemplo, cumpre ressaltar que, no âmbito do MERCOSUL, está em execução o PAMA, um programa que, desde o início, aborda vários componentes do PHEFA. Portanto, para os países que dele fazem parte, é de suma importância coordenar as atividades dos dois programas, a fim de maximizar a utilização de recursos e levar em conta o progresso alcançado (principalmente nos projetos fronteiriços).

10. Financiamento

O plano de ação do PHEFA prevê uma série de fontes de financiamento para custear as ações. Algumas dessas fontes seriam:

- Contribuições diretas dos setores público e privado de cada país para seus próprios programas de erradicação. No caso de países e zonas com vacinação sistemática, os gastos de vacinação ficam a cargo dos produtores;
- Convênios de assistência técnico-financeira bilaterais entre países (APHIS-USDA – MAPA-BRASIL) ou multilaterais, entre um grupo de países e uma entidade financeira (MERCOSUR – FOCEM; Projeto FAO-EU-CAN);
- Contribuições de entidades financeiras, na forma de créditos reembolsáveis e não-reembolsáveis para apoiar o fortalecimento dos programas de intervenção; e
- Fundo Fiduciário criado pela OPAS/OMS para apoiar a cooperação técnica do PANAFTOSA com aportes de entidades doadoras de recursos, que estão interessadas em apoiar aos países com dificuldades de modo a acelerar o cumprimento do plano e assim conseguir a erradicação em um prazo mais breve possível.

Anexo 1

Principais aspectos favoráveis à execução do novo Plano de Ação do PHEFA

- Na região da América do Sul, 85% da população bovina já alcançaram a condição de livre da FA, com ou sem vacinação.
- Existência de ferramentas tecnológicas efetivas, desenvolvidas na região, para diagnóstico, investigação epidemiológica, vigilância, controle de vacinas e avaliação da circulação viral.
- Produção, na região, de vacinas de alta qualidade e em quantidade suficiente para atender às necessidades do PHEFA.
- Participação ativa do setor privado, principalmente nas zonas de produção empresarial.
- Em sua maioria, os serviços veterinários estão devidamente estruturados e têm experiência e capacidade suficientes para enfrentar o desafio da erradicação.
- Real apoio político da maioria dos países e setores importantes da cadeia de produção pecuária para as ações de erradicação.
- Benefícios significativos no setor de exportações têm sido conseguidos, graças ao melhoramento sanitário em relação à FA, possibilitando a satisfação das exigências sanitárias internacionais e melhorando as condições de certificação.
- Significativo avanço no desenvolvimento pecuário, com melhora da produtividade e da eficiência na produção, bem como promoção e facilitação da estruturação de sistemas de atenção veterinária num grande número de comunidades rurais, em áreas onde houve progresso na erradicação.
- A América do Sul é a região do mundo com maior potencial de crescimento na produção de carne bovina a baixo custo.
- Existência de um centro de cooperação técnica internacional (PANAFTOSA), que, há 60 anos, trabalha com os países no controle e erradicação da FA.
- Existência de organismos de cooperação técnica regional como a OIE, a FAO, o IICA e a OIRSA, entre outros, bem como organizações de coordenação regional, entre as quais a CMA/CVP/PAMA e a CAN/COTASA, que canalizam apoio e contribuições para os países.
- A incorporação de estratégias diferenciadas a nível dos países e em zonas específicas dos mesmos, o que permitiu incorporar as diferentes realidades produtivas e socioeconômicas de cada país ou zona.
- Momento político regional favorável, com forte tendência para novos acordos de integração política, econômica e social regional.
- Apoio político de importantes setores públicos e privados da região, que estão dispostos a financiar as ações de erradicação e a apoiar zonas e setores menos favorecidos.
- Cenário econômico mundial favorável, devido ao aumento do consumo de carne.
- Grande possibilidade de se conseguirem melhores oportunidades de negociação econômica dos produtos pecuários de espécies suscetíveis, de eliminação de barreiras sanitárias para integração regional e de melhora do perfil de competitividade da indústria pecuária, graças ao progresso sanitário.
- Apoio político institucional da OPAS para dar continuidade à ação do PANAFTOSA e criação do Fundo Fiduciário para financiar a cooperação técnica.

Anexo 2

Principais aspectos desfavoráveis, que representam desafios para a execução do novo Plano de Ação do PHEFA

- Nos territórios que ainda não estão livres da doença, estão concentrados 15% da população bovina; nesses territórios há sérias debilidades estruturais e, em alguns casos, há falta de apoio político para os programas de erradicação e a doença persiste em forma endêmica.
- Uma parcela significativa da população – 81% - tem status livre com vacinação e apenas 3,4% estão livres sem vacinação (objetivo final da erradicação), o que impõe o desafio de conseguir vontade, coordenação e esforços de intervenção de grande magnitude.
- Vultosos custos operacionais e elevados gastos públicos e privados são necessários para manter a zona livre sem vacinação.
- Há desincentivo nas zonas livres com vacinação para praticar uma vacinação sistemática com altas coberturas porque, na maioria dos territórios, a doença não é detectada há mais de dez anos.
- O avanço dos programas e o aumento das exportações geram certo desequilíbrio entre as contribuições feitas e os benefícios obtidos. Os benefícios do avanço sanitário precisam ser estendidos também aos produtores de médio e pequeno porte, visto que tais benefícios se concentram atualmente nos produtores que exportam e que, assim, derivam um maior benefício em relação a suas contribuições.
- Os produtores em escala familiar devem ser mais envolvidos no processo de erradicação e receber contribuições e apoio para a melhoria de suas condições de vida e para seu desenvolvimento no meio rural.
- As zonas livres sem vacinação precisam manter dispendiosos mecanismos de prevenção, devido ao risco regional, decorrente da persistência de zonas endêmicas.
- Deficiências gerenciais na condução dos planos nacionais, especialmente no controle de sua gestão.
- Persistência das condições de risco regional, visto que países e zonas continuam em situação endêmica, o que pode impedir avanços nas áreas livres com vacinação, desestabilizar a situação atual e causar sérios retrocessos, por causa dos impactos econômicos negativos, de difícil recuperação.
- Interesse e prioridade política divergente de alguns governos, principalmente nos países onde a FA é endêmica, em relação aos objetivos regionais de erradicação, que dificultam avanços e exigem grandes esforços de persuasão política em alto nível, em prol da causa da erradicação.
- O melhoramento sanitário ficou estagnado nesses últimos cinco anos. Isso causa desmotivação diante de ações repetitivas sem avanço sanitário perceptível, o que pode provocar desinteresse na manutenção de dispendiosas campanhas de vacinação e baixas coberturas vacinais, aumentando a suscetibilidade e, portanto, o risco de vulnerabilidade.
- Deficiências em certos aspectos da coordenação regional entre os programas nacionais para formar consenso quanto à melhor forma de realizar ações estratégicas conjuntas, o que é

dificultado em alguns casos por falhas na comunicação de eventos sanitários de risco e pela tomada de decisões sanitárias unilaterais.

- A necessidade de incorporar mecanismos específicos para melhorar a coordenação entre os diferentes organismos de cooperação envolvidos no Plano, de modo a tornar as ações mais eficientes e eficazes, incentivando contribuições e apoio por parte dos países e priorizando as atividades em países e zonas críticas (Bolívia, Equador e Venezuela).
- As comunidades pecuaristas com poucos incentivos não colaboram com as ações de erradicação e podem acarretar risco para o programa, por causa de falhas nas propostas de ação abrangente que envolvam criadores de pequeno porte.
- A persistência da situação sanitária dos países com endemismo potencializa o risco de transmissão e reintrodução nas zonas livres.

Anexo 3

Quadro 1 – Papel dos Organismos Internacionais e Instituições Vinculadas à Cooperação Técnica do PHEFA.

OPAS/PANAFTOSA	Coordena a gestão do PHEFA; desenvolve atividades de cooperação técnica em sistemas de informação e vigilância epidemiológica, referência de laboratório, planos para intervenções de prevenção, eliminação e controle da FA; e atua como secretaria ex officio da COSALFA e do COHEFA.
OIE	Processo de PVS e apoio ao fortalecimento dos serviços veterinários; acompanhamento de ações em países e zonas livres; revisão do Código de Animais Terrestres; reconhecimento de países e zonas livres com e sem vacinação e zonas infetadas; e marco para a eliminação global da febre aftosa – iniciativa GF-TAD (perante a FAO).
FAO	Marco para a eliminação global da febre aftosa-iniciativa GF-TAD (perante a OIE); Projeto Regional Integrado de Controle Progressivo da Febre Aftosa na Região Andina (GCP/RLA/178/SPA y GTFS/RLA/172/ITA.
IICA	Promove e apóia o desenvolvimento de capacidades e a modernização da sanidade agropecuária e da inocuidade de alimentos.
CVP	Papel de direção e coordenação de programa sub-regional. Programa de Ação MERCOSUL Livre de Febre Aftosa - PAMA
CAN/COTASA	Papel de direção e coordenação do Programa de FA na subregião andina.
GIEFA	Mobilização de recursos para a execução do PHEFA, apoio e persuasão política e técnica em países prioritários.
CFIA, Canadá	Apoio a laboratórios de diagnóstico da região andina.
MAPA - Brasil	Convênio de cooperação com a OPAS/OMS para financiar a manutenção das instalações do PANAFTOSA e apoiar a cooperação técnica regional.
OIRSA	Coordenação e direção de programas de prevenção na América Central e no México.
SENASA Argentina	Laboratório de Referência da OIE, Centro Colaborador em Capacitação dos Serviços Veterinários e ações de cooperação técnica na região.
USDA/APHIS, USA	Aliança com o PANAFTOSA para a eliminação da febre aftosa e cooperação bilateral com os países da região.