

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Antropologia

**Erradicação da poliomielite: razões e maneiras de pôr em
prática – uma análise teórica**

Ana Filipa Correia Barreiros

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção
do grau de Mestre em Desenvolvimento e Saúde Global

Orientadora:

Doutora Cristiana Bastos, Investigadora Principal,
Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

Co-orientadora:

Doutora Clara Carvalho, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

Outubro, 2012

À minha avó Graça

Agradecimentos

Completar uma dissertação de mestrado é uma tarefa difícil e de caminho duvidoso. Chegar a este momento final implicou o apoio e paciência dos muitos que me rodeiam, quer pessoalmente quer a nível profissional. Os agradecimentos nunca serão demasiados:

Às minhas orientadoras, Doutora Cristiana Bastos e Doutora Clara Carvalho, pelas indicações preciosas, por todo o apoio prestado e pela grande compreensão.

À minha irmã, que esteve aqui ao meu lado estes meses e muito mais.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram e me mostraram o quanto a Saúde representa.

Ao Professor Pereira Miguel, que um dia me convidou para trabalhar com ele e assim abriu (ainda mais) a porta que me liga a "isto" da Saúde Global.

Ao André, por nunca me deixar cair. E pelo CSL.

Aos meus colegas e professores de mestrado, pela companhia nesta aventura e pela troca de ideias e experiências.

Às minhas amigas e aos meus amigos, pelas perguntas carinhosas sobre o meu calendário social e o estado das coisas.

Um agradecimento ainda aos serviços de biblioteca e documentação do ISCTE-IUL, do Palácio Galveias e do Instituto de Medicina Preventiva (FMUL), a prova de que, na era da internet, o livro e os seus guardiões são ainda guias essenciais das nossas descobertas.

Resumo

Prevenir e curar uma doença é um grande desafio e um grande feito, ao permitir apoiar o desenvolvimento pessoal de um indivíduo protegendo-o do grande peso para a vida humana que a doença representa. Este raciocínio aplica-se em particular à poliomielite, uma condição debilitante e já invisível no mundo desenvolvido, graças à introdução e disseminação de duas vacinas efectivas contra o poliovírus durante a década de 1950.

A possibilidade de erradicar esta doença do planeta motivou a comunidade internacional a lançar, em 1988, a Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (Global Polio Eradication Initiative - GPEI), uma parceria público-privada de organizações e países que colaboram em campanhas de vacinação, actividades de vigilância e de consciencialização das comunidades, que tem desde então trabalhado para conduzir o número total de casos de poliomielite a zero.

O trabalho aqui apresentado procura perceber as motivações que levaram ao estabelecimento de um programa de erradicação da poliomielite, incluindo o enquadramento teórico que apoia esta decisão. Procura igualmente analisar os problemas com que o GPEI se depara, nomeadamente a recusa da vacinação pelas populações e a falta de cooperação com a Iniciativa. Uma atenção particular é prestada ao boicote ocorrido no norte da Nigéria entre 2003 e 2004, bem como às suas consequências locais e globais.

Palavras-chave

Erradicação;

Organizações internacionais;

Poliomielite;

Política de saúde;

Saúde Pública;

Vacinação.

Abstract

As disease poses an enormous toll on the life of human beings, its prevention and cure is a great challenge and achievement in supporting an individuals' personal development. This reasoning applies particularly to poliomyelitis, a debilitating condition that has long been an invisible disease on the developed world, thanks to the introduction of two effective vaccines against poliovirus during the 1950s.

The possibility of eradicating this disease from the planet has, in 1988, motivated the international community to launch the Global Polio Eradication Initiative (GPEI), a public-private partnership of organizations and countries cooperating in immunization campaigns, surveillance activities and community awareness, which has since been working to bring the total number of cases to zero.

The work here presented aims to understand the motivations that drove the establishment of a poliomyelitis eradication programme, including the theoretical framework supporting this choice. It also intends to analyse the problems that the GPEI has been facing, namely the refusal of populations to be vaccinated and cooperate with the Initiative. Particular attention is paid to the 2003-2004 Northern Nigeria boycott and its local and global consequences.

Keywords

Eradication;

Health policy;

Immunization;

International organizations;

Poliomyelitis;

Public Health.

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Índice	vii
Índice de figuras	viii
Glossário de siglas	ix
Introdução.....	1
I _ Poliomielite: etiologia, sinais clínicos, prevenção e situação epidemiológica	5
A poliomielite hoje	9
II _ A decisão de erradicar: teoria e critérios.....	13
É a economia!	25
III _ Global Polio Eradication Initiative (GPEI): o programa e a sua implementação... 	31
As principais dificuldades.....	35
O sucesso da Índia	39
IV _ Vacinação: a sugestão externa contra a escolha individual	43
Nigéria: o boicote à vacinação de 2003	51
Conclusão	57
Bibliografia	63
Anexos	71

Índice de figuras

Figura 1.1 – Casos de poliomielite reportados anualmente e cobertura vacinal contra o poliovírus (dados oficiais dos Estados e estimativas WHO/UNICEF) entre 1980 e 2010	8
Figura 1.2 – Percentagens da cobertura vacinal em 2010: crianças que completaram a terceira dose da vacina para o poliovírus (dados da WHO)	9
Figura 1.3 – Casos de poliovírus selvagem (por tipo) entre 1 de Janeiro e 9 de Outubro de 2012 (mapa disponibilizado online por GPEI)	11
Figura 2.1 – Mapa Institucional: tipos de actores envolvidos num processo de erradicação (adaptado de Stoever, 2011:163)	22
Figura 2.2 – Efeitos da imunização contra a poliomielite na prevenção de casos e de mortes entre 1970 e 2050 (adaptado de Khan e Ehreth, 2003:704)	27
Figura 2.3 – Custos da imunização contra a poliomielite entre 1970 e 2050, custos médicos poupados e custo por morte evitada (adaptado de Khan e Ehreth, 2003:704-705)	27
Figura 3.1 – Evolução das campanhas de imunização e do número de países com circulação de poliovírus endógenos entre 1985 e 2010 (disponível em Aylward, 2011:15)	33
Figura 3.2 – Evolução dos casos de poliomielite na Índia entre 1998 e 2010 e principais marcos da utilização de vacinas (disponibilizado pelo GPEI, 2012)	39

Glossário de siglas

- AFP – Paralisia flácida aguda (“acute flaccid paralysis”)
- AFR – Região Africana da WHO
- AMR – Região Americana da WHO
- bOPV – Vacina oral bivalente contra o poliovírus
- cVDPV – Poliovírus derivados de vacinas e em circulação (“circulating vaccine-derived polioviruses”)
- EMR – Região do Mediterrâneo Oriental da WHO
- EPI – Expanded Programme on Immunization (Programa Alargado de Imunização)
- EUR – Região Europeia da WHO
- GPEI – Global Polio Eradication Initiative (Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite)
- IHR (2005) – International Health Regulations (Regulamento Sanitário Internacional, versão aprovada em 2005)
- IPV – Vacina inactiva contra o poliovírus
- mOPV – Vacina oral monovalente contra o poliovírus
- NID – National Immunization Day (Dia Nacional de Imunização)
- OPV – Vacina oral contra o poliovírus
- PHC/CSP – Primary Health Care / Cuidados de Saúde Primários
- PIB – Produto Interno Bruto
- PNV – Programa Nacional de Vacinação português
- Polio – Poliomielite
- PPS – Post-polio Syndrome (Síndrome pós-poliomielite)
- SEAR – Região do Sudeste Asiático da WHO
- TB – Tuberculose
- UNICEF – United Nations Children’s Fund
- USD – Dólar norte-americano
- VAPP – Poliomielite com paralisia relacionada com vacinação (“vaccine-associated paralytic polio”)
- WHA – World Health Assembly (Assembleia Mundial de Saúde)
- WHO – World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)
- WPR – Região do Pacífico Ocidental da WHO

Introdução

Quando algo foi feito uma vez, as pessoas pensam que é fácil; quando a estrada está feita, esquecem-se de quão duro costumava ser o caminho.

Robert Burton, 1621, *The Anatomy of Melancholy*
(citado em Henderson, 2009:301, tradução da autora)

Trabalhar para a erradicação de uma doença é uma tarefa árdua, que envolve o compromisso activo e demorado dos actores, um empenho prolongado no tempo e um investimento financeiro avultado. A proeza foi conseguida uma vez, no caso da varíola, inspirando os trabalhadores e actores da saúde internacional a prosseguir outros esforços, com o entusiasmo característico de quem conseguiu levar a cabo uma tarefa difícil.

Em 1988 o contexto tornou-se favorável a uma nova iniciativa de erradicação, tendo os esforços sido apontados à poliomielite, doença aterrorizante do início do século XX, quando uma epidemia semeava o pânico entre comunidades, como nos conta magistralmente Philip Roth na sua obra *Nêmesis* (2011) passada em Nova Jérquia durante a Segunda Guerra Mundial. No rasto da doença ficavam as crianças paralisadas, e em particular as vítimas mortais, até que, nos anos 50, a invenção de uma vacina (e de outra logo a seguir) permitiu começar a diminuição da incidência da doença.

A comunidade internacional, liderada pela Organização Mundial de Saúde (WHO), resolveu assim trabalhar para diminuir a incidência da poliomielite, promovendo em 1988 uma campanha de erradicação, concretizada na Global Polio Eradication Initiative (GPEI), que já permitiu a imunização de 2,5 mil milhões de crianças, a redução do número de casos em 99%, juntando os esforços de 20 milhões de voluntários e um investimento superior a 8 mil milhões de dólares (GPEI 2012: History).

A oportunidade de erradicar é agora considerada como uma oportunidade única que surge “uma vez numa geração”, uma questão da mais elementar justiça, que permitirá que todas as

crianças do mundo usufruam do seu direito a estar protegidas contra uma doença tão facilmente prevenível (UN, 2012, tradução da autora), um esforço que exige o compromisso de todos.

São estas as decisões para as quais procuraremos aqui olhar, tentando compreender o porquê da aposta da comunidade internacional nesta iniciativa e analisar o modo como tem vindo a ser desenvolvida. O nosso principal objectivo é assim o de compreender se na génese do programa e no seu actual desenvolvimento se encontram presentes os melhores princípios e práticas descritos na literatura sobre estas questões, permitindo fazer uma leitura crítica deste esforço global de erradicação e avaliar o seu sucesso actual, em particular nos países onde a poliomielite é ainda endémica.

Questionamos assim se a GPEI corresponde aos parâmetros teóricos a seguir por um trabalho de erradicação de doença a nível internacional e qual a influência destes factos na implementação e sucesso da iniciativa. Para melhor perceber esta questão analisaremos ainda as resistências à vacinação no seio das populações, questão essencial para o sucesso do programa.

Como estudo de caso, analisaremos o boicote à vacinação ocorrido no norte da Nigéria entre 2003 e 2004, recorrendo aos trabalhos de terreno de alguns antropólogos que procuraram já explanar a complexa interacção entre crenças religiosas, motivos políticos e decisões pessoais que motivou o início do boicote e a participação das populações no mesmo.

O trabalho aqui apresentado procura analisar e relacionar a literatura disponível sobre esta questão, tentando ligar o discurso académico que tem vindo a ser produzido sobre a erradicação à realidade concreta experimentada e implementada pelo GPEI (e divulgada nos seus materiais informativos), procurando assim ligar o mundo ideal da teoria e a prática concreta da saúde, moldada por interesses, jogos políticos e contestações.

Procurámos portanto fazer uma revisão de literatura abrangente, juntando autores de diferentes áreas como a saúde pública, a economia da saúde, a antropologia e mesmo a gestão, dado que apenas pela complementaridade entre estas disciplinas é possível compreender a dimensão de uma iniciativa deste género, mas também o seu potencial e os factores que a moldam e determinam quotidianamente. Só juntando estas várias componentes, incluindo os relatos sobre o que se passa no terreno e as percepções das populações sobre o programa de

erradicação, é que é possível fazer uma reflexão abrangente sobre o estado actual da erradicação da poliomielite, que vá além dos números entusiasticamente anunciados. Esta reflexão conduziu-nos assim a atentar nas várias dimensões do programa e a considerar os multifacetados aspectos que para ela confluem, em particular as questões ligadas à participação das comunidades.

Para agora apresentar esta reflexão, tentaremos num primeiro capítulo perceber a magnitude do problema e do desafio que a poliomielite representa, analisando brevemente as características da doença e a sua situação epidemiológica.

Tentaremos depois compreender quais os motivos que impulsionam uma tentativa de erradicação, quais os critérios essenciais para a sua prossecução e que motivam a comunidade internacional a apostar recursos numa iniciativa deste género, marcada pela complexidade e necessidade de contínuo empenho e esforço de todos. Procuraremos ainda ver se estes critérios descritos na literatura se verificam no caso da poliomielite e como motivaram e/ou influenciaram a decisão.

Veremos de seguida o caso concreto do GPEI, analisando o início do processo de erradicação e a sua estrutura e desenho enquanto programa internacional de saúde. Procuraremos melhor perceber as suas dificuldades, para que possamos realmente compreender todo o trabalho que foi necessário para atingir os 99% e perspectivar o desafio ainda pela frente para concluir o processo, não deixando de atentar no caso de sucesso da Índia, país endémico desde sempre que conseguiu entretanto interromper a transmissão do vírus. Tentaremos igualmente entender como se articulam as vertentes de implementação nacional e de cooperação internacional do programa, interrogando a sua contribuição para o desenvolvimento das comunidades e para o sucesso do programa de erradicação nos países onde a infecção é ainda endémica.

Por fim, e face às dificuldades identificadas, tentaremos analisar melhor uma componente específica do programa: a vacinação, ponto fulcral do sucesso da iniciativa. O trabalho para que se atinja a imunização universal das crianças do planeta tem deparado com vários obstáculos, pelo que analisaremos brevemente, com recurso a vários autores do campo da antropologia que têm desenvolvido trabalho nesta área, a questão da adesão e recusa da vacinação, os argumentos e razões por trás deste debate. Com base nesta reflexão sobre a aceitação e recusa da vacinação por parte das populações (em particular os pais e prestadores

de cuidados das crianças), procuraremos ainda perceber o boicote à vacina da poliomielite que teve lugar no norte da Nigéria em 2003, as suas motivações, o modo como foi resolvido e as suas implicações mais latas para o processo de erradicação.

Perto de ser alcançada a erradicação da doença, concluído o esforço a 99%, esperamos conseguir olhar para o GPEI e as suas actividades com um olhar lúcido e construtivo, que permita compreender e esclarecer as falhas da sua implementação e assim contribuir para alimentar as esperanças da comunidade internacional (mas também pessoais) num futuro sem poliomielite.

I _ Poliomielite: etiologia, sinais clínicos, prevenção e situação epidemiológica

A doença denominada poliomielite existirá provavelmente desde os tempos do antigo Egito, tendo sido descrita clinicamente pela primeira vez em 1789 e finalmente categorizado de acordo com os seus diversos tipos clínicos em 1907 (GPEI, 2011a). Atinge maioritariamente as crianças com menos de 5 anos, sendo causada por qualquer um dos três serotipos conhecidos (1, 2 e 3) do poliovírus selvagem (que ocorre naturalmente), pertencente à família dos enterovírus humanos (Reingold e Phares, 2006:130). O poliovírus selvagem de tipo 2 foi pela última vez detectado na natureza em 1999 na Índia, continuando os vírus de tipo 1 e 3 em circulação nas áreas endémicas (GPEI, 2011e).

O vírus é transmitido com grande eficácia pela via orofecal e invade posteriormente o sistema nervoso, sendo a poliomielite e todos os casos de paralisia flácida aguda (para despiste da sua origem) regulados como de notificação obrigatória a nível internacional (nos termos do Regulamento Sanitário Internacional aprovado em 2005)¹, visto que a doença é considerada como altamente infecciosa (WHO, 2012c).

A ingestão do poliovírus conduz a infecções pouco severas e assintomáticas, com posterior libertação do agente pelo tracto gastrointestinal por parte da maioria dos infectados (Reingold & Phares, *op.cit.*). No entanto, como nos referem estes mesmos autores (*ibidem*), um número compreendido num intervalo entre 1 em cada 100 infectados a 1 em cada 850 infectados desenvolve poliomielite, podendo estes ser ou não atingidos por paralisia. Os dados da WHO (*op.cit.*) apontam para paralisia irreversível de 1 em cada 200 infectados, normalmente nos membros inferiores, podendo vir entre 5% a 10% destes a falecer ao serem afectados os seus músculos respiratórios.

Os sintomas iniciais da poliomielite (descritos pela WHO no documento já referido) são “febre, fadiga, dores de cabeça, vômitos, rigidez no pescoço e dor nos membros”, não havendo cura para a doença. Para além dos possíveis 10% de infectados que chegam a falecer, cerca de

¹ A notificação obrigatória dos casos de poliomielite, tal como prevista no IHR (2005), encontra-se explanada em documento da WHO, apresentado no anexo A: *Case definitions for the four diseases requiring notification in all circumstances under the International Health Regulations (2005)*, documento disponível no endereço http://www.who.int/ihr/Case_Definitions.pdf e acedido a 9 de setembro de 2012.

10% a 15% dos doentes ficarão permanentemente incapacitados de andar e igual estimativa ficará incapaz de caminhar normalmente (Reingold & Phares, *op.cit.*). Antes da introdução da vacinação, a poliomielite era a principal causa deste género de incapacidades nos países de menores rendimentos (*idem*:131), implicando em muitos casos uma assistência permanente e motivando o estabelecimento de várias associações de doentes. Entre as consequências da doença, conta-se também o síndrome pós-poliomielite que atingirá, segundo diversos estudos, entre 25 a 40% dos sobreviventes de casos agudos da doença, que podem vir a desenvolver (ainda que décadas mais tarde) problemas respiratórios e musculares, provavelmente causados pela degeneração das células neuronais (Headley, s.a.).

A prevenção por via de imunização é assim a única opção na luta contra a poliomielite, estando a vacina contra o poliovírus disponível em dois formatos principais: IPV², vacina com vírus inactivo e formato injectável, que integra actualmente o Programa Nacional de Vacinação português; e OPV³, que é uma vacina de vírus activo e formato oral. Ambos os tipos de vacina são seguros e bastante eficazes, sendo administrados principalmente a recém-nascidos e crianças como parte dos programas nacionais e internacionais de imunização.

² Desenvolvida por Jonas Salk em 1955, a vacina inactivada (IPV) combina os três serotipos de poliovírus, produzindo anticorpos que previnem que o vírus se espalhe pelo sistema nervoso central e assim protegendo contra a paralisia. Embora não apresente riscos de causar paralisia derivada da vacinação e gere boas respostas imunitárias, o vírus pode continuar a reproduzir-se no intestino grosso do infectado e, após expulsão, continuar o ciclo infeccioso, não sendo por isso aconselhável o seu uso em caso de surto epidémico. A IPV é também cinco vezes mais cara que a OPV e precisa de ser administrada por profissionais de saúde treinados e com recurso a equipamentos esterilizados, sendo principalmente utilizada como imunização de rotina em grande parte dos países desenvolvidos onde a poliomielite já foi erradicada. (GPEI, 2011b)

³ A vacina com vírus activo enfraquecido e tomada por via oral (OPV) combina igualmente os três serotipos de poliovírus, tendo sido desenvolvida por Albert Sabin em 1961. Funcionando de modo semelhante à IPV, a vacina cria também anticorpos (sendo particularmente efectiva contra o vírus de tipo 2), gerando igualmente uma resposta imunitária na membrana mucosa dos intestinos e prevenindo assim a replicação do vírus neste local, facto essencial para o rápido controlo de surtos epidémicos. O vírus enfraquecido da vacina pode sim replicar-se durante várias semanas, ser expulso e contagiar contactos próximos, originando uma imunização passiva. Sendo administrada oralmente (em 4 doses a partir do nascimento), a OPV pode ser facilmente dispensada por voluntários e é também bastante barata (a imunização completa fica por €0,46, segundo informação da End Polio Now relativa a Fevereiro de 2012). Em casos extremamente raros (cerca de 1 em cada 2,7 milhões de primeiras doses) a vacina enfraquecida pode, eventualmente por causa de uma deficiência imunitária, causar casos de paralisia (VAPP). Igualmente rara é a alteração genética do vírus enfraquecido da vacina e circulação deste novo vírus (cVDPV) pela população. (GPEI, 2011c)

Erradicação da Poliomielite

Para além destas duas vacinas, estão igualmente disponíveis eficazes versões monovalentes (mOPV, apenas com tipo 1 ou tipo 3) e bivalentes (bOPV, combinando os tipos 1 e 3) da vacina OPV, muito utilizadas nos últimos anos em campanhas suplementares de imunização e na resposta a surtos específicos, dado que, como atrás referido, o tipo 2 do poliovírus já não se encontra em estado selvagem (GPEI, 2011d).

A utilização generalizada destas vacinas contra a poliomielite permitiu iniciar o controlo da doença, que estava disseminada por todo o mundo no início do século XX e paralisava milhares de crianças por ano (GPEI, 2011a). Nos países industrializados o controlo da doença, iniciado na segunda metade do século XX, foi facilitado pela alargada e rápida utilização das vacinas, distribuídas por sistemas de saúde com boas taxas de eficácia e cobertura da população, deixando rapidamente a poliomielite de ser um problema de saúde pública (*idem*) que aterrorizava adultos e paralisava crianças.

A doença manteve-se porém como endémica em grande parte dos países menos desenvolvidos, causando casos assintomáticos e sendo uma das prováveis causas da relativamente elevada prevalência de incapacidades físicas ao nível dos membros inferiores (Reingold & Phares, 2006:131). Os estudos disponíveis para a primeira metade do século XX estimam a possível incidência anual da poliomielite entre 20 a 40 em cada 100 mil indivíduos, número de infecções que viria a diminuir com a introdução da imunização (*idem*).

Continuou no entanto a verificar-se a existência de inúmeros indivíduos susceptíveis, produto de níveis de cobertura vacinais entre os 40% e os 80% aliados a cerca de 85% de eficácia das vacinas, números apontados por Reingold & Phares (*op.cit.*) como despoletadores de vários surtos em países com “bons” programas de imunização (aspas utilizadas pelos autores, citando Sutter *et al*).

A decisão de erradicar a poliomielite, tomada em 1988 na Assembleia Mundial de Saúde (como veremos a seguir), ocorre num momento em que os casos de poliomielite tinham apenas recentemente descido da barreira dos 50 mil por ano e em que as taxas de cobertura vacinal efectivas, tal como estimadas por WHO e UNICEF, pouco passavam dos 50% (WHO, 2011d).

Como podemos ver na figura da autoria da WHO (*idem*) abaixo reproduzida, em 1988 os casos ultrapassavam ainda os 30 mil, com a cobertura vacinal a situar-se entre os cerca de

65% estimados pela WHO e UNICEF e os quase 80% das estatísticas oficiais. Os países endémicos eram ainda 125 (Reingold & Phares, 2006:132) e o objectivo ambicioso traçado para a poliomielite, que pretendia a interrupção da transmissão até 2000 e a certificação da erradicação da doença até 2005 (*idem*:131), viria a falhar.

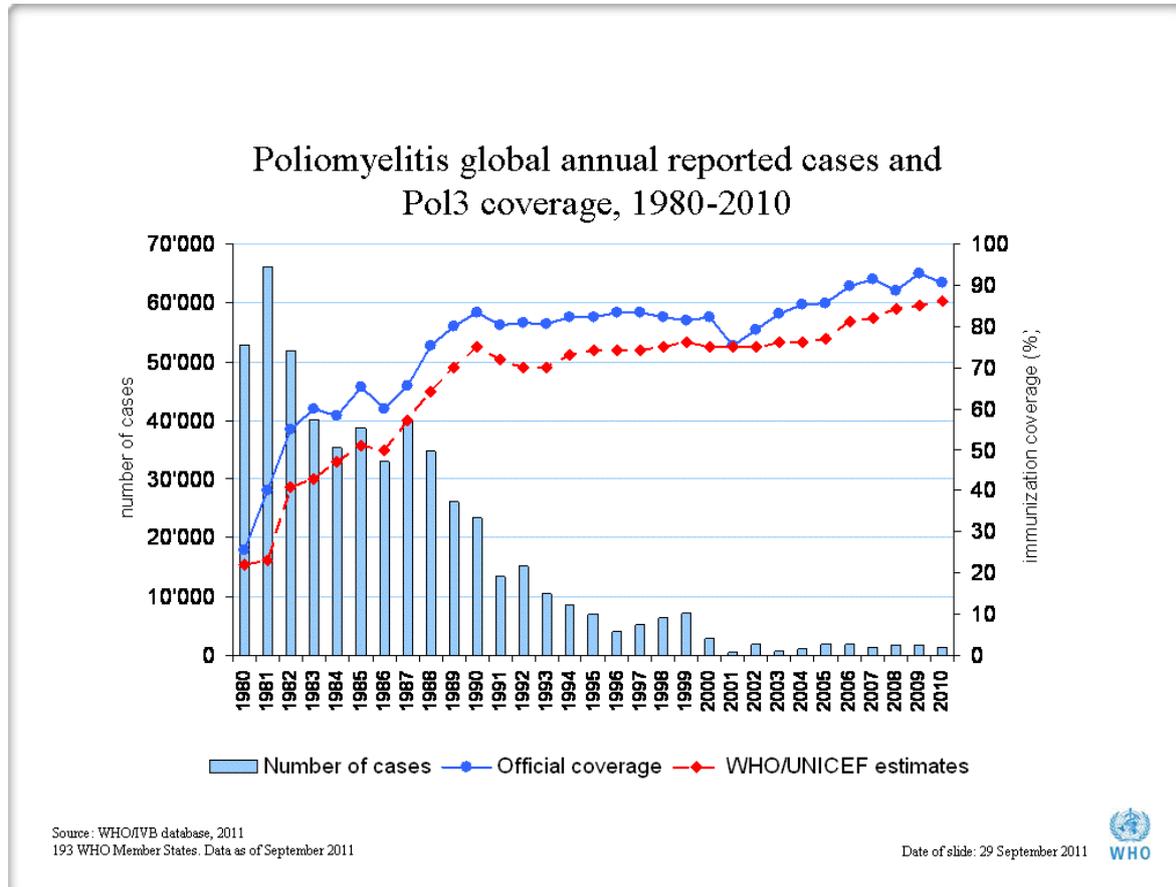


Figura 1.1 – Casos de poliomielite reportados anualmente e cobertura vacinal contra o poliovírus (dados oficiais dos Estados e estimativas WHO/UNICEF) entre 1980 e 2010

Em 1991 os casos a nível global desceram a barreira dos vinte mil (figura 1.1) e foi detectado, no Peru, o último caso do hemisfério ocidental de poliomielite com paralisia causada por um poliovírus selvagem (Reingold, 2006:131). Os casos detectados baixaram pela primeira vez a barreira dos dez mil em 1994 (figura 1.1). Os agrupamentos regionais Américas, Europa e Pacífico ocidental (tal como definidos pela WHO na sua organização em escritórios regionais) foram declarados “polio free” em 2002 (*ibidem*) e em 2003 o número de países endémicos diminuíra para apenas 6: Afeganistão, Egipto, Índia, Níger, Nigéria e Paquistão (*idem*:132).

Erradicação da Poliomielite

Embora os objectivos de erradicação não tenham sido alcançados, a evolução dos casos de poliomielite e de AFP a partir de 1980 (figura 1.1) e entre 1996 e 2012 (dados da WHO e GPEI por regiões, disponibilizados no Anexo B) mostram bem o trabalho positivo alcançado na vigilância e monitorização de casos, bem como na diminuição dos casos de poliomielite à escala global.

A poliomielite hoje

Os países considerados como endémicos são actualmente 3: Afeganistão, Nigéria e Paquistão, onde se concentram agora os olhares da comunidade global e as actividades mais intensas de imunização, procurando levar até ao fim o processo de erradicação da doença.

A cobertura vacinal das crianças com as 3 doses de vacina contra o poliovírus é também mais abrangente no momento actual, como podemos verificar no mapa abaixo reproduzido (WHO, 2011: Immunization), atingindo valores superiores a 90% em 129 países do mundo, ou seja em 67% dos territórios da Terra.

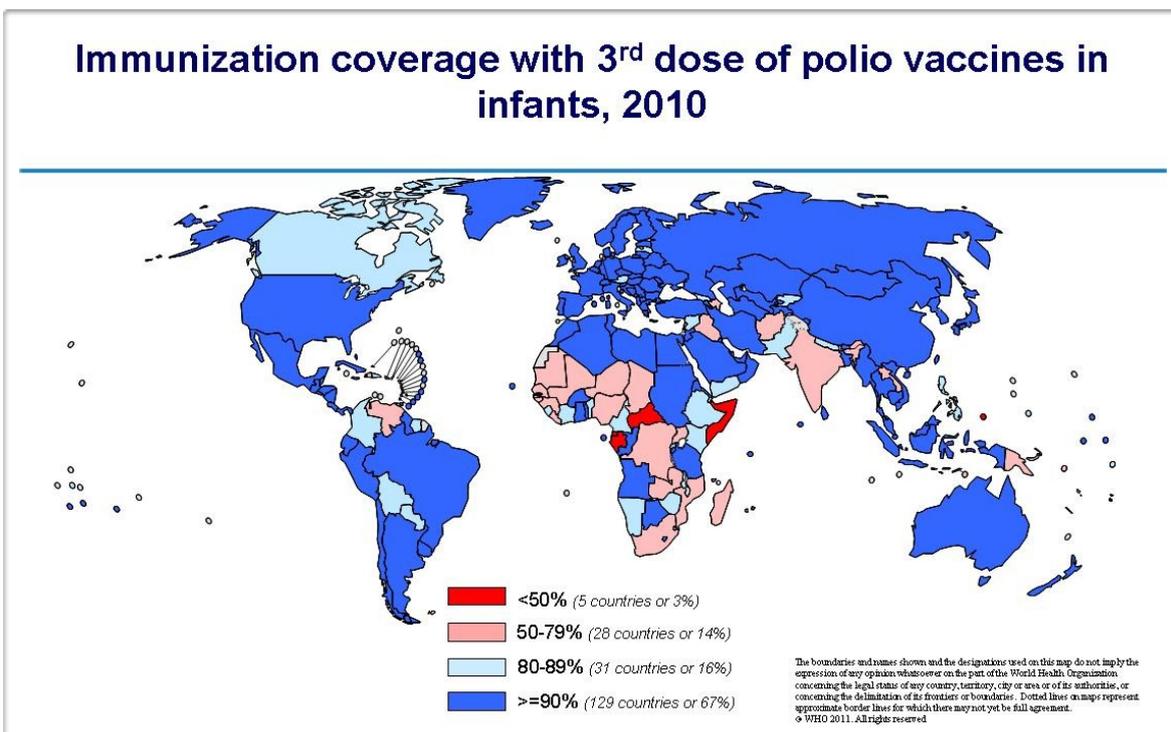


Figura 1.2 – Percentagens da cobertura vacinal em 2010: crianças que completaram a terceira dose da vacina para o poliovírus (dados da WHO)

No entanto, as falhas na cobertura vacinal em importantes e populosas áreas do globo como a África subsariana e o subcontinente asiático são ainda preocupantes, constituindo reais obstáculos aos esforços de erradicação da poliomielite. O mapa da figura 1.2 permite-nos assim verificar que 28 países apresentam percentagens de cobertura vacinal entre os 50 e os 79%, incluindo-se neste grupo o Afeganistão, a Índia e a Nigéria, pontos-chave da acção do GPEI, e outros países que partilham fronteiras com a Nigéria e por isso estão particularmente susceptíveis à importação de vírus e à ocorrência de surtos no seu território, sendo inclusivamente denominados como “poliovirus importation belt” (GPEI, 2012b).

Podemos ainda observar que 5 países do planeta (Guiné Equatorial, Gabão, República Centro Africana, Somália e Palau) apresentam uma cobertura vacinal inferior a 50%. Os primeiros 3 destes países situam-se bastante perto da ainda endémica Nigéria (pertencendo à acima referida cintura de importação), aumentando assim o risco da ocorrência de surtos de poliomielite por importação do vírus. A Somália não regista nenhum caso de poliomielite com vírus selvagem desde Março de 2007, mas mantêm-se dificuldades no acesso a populações mais isoladas (GPEI, 2012c).

Em 2010 registaram-se 1352 casos de doença por poliovírus selvagem, com 1120 dos casos a ocorrer em países não-endémicos. Os dados para o ano de 2011 apontam para um total de 650 casos, 309 dos quais em países não endémicos (GPEI, 2012c). Para além desta redução dos casos para menos de metade, é ainda de observar que a Índia regista já 21 meses sem novos casos de poliomielite no seu território, datando o último de 13 janeiro de 2011 (*idem*). O país foi assim declarado como tendo interrompido a transmissão de poliovírus selvagem (não encontrado desde Janeiro de 2011 em amostras humanas ou ambientais recolhidas no território indiano), mantendo fortes actividades de imunização e de vigilância e procedimentos de emergência que permitam responder rapidamente a casos importados (GPEI, 2012).

Para o ano de 2012 estão actualmente disponíveis os dados até 16 de Outubro, apontando para a ocorrência de 171 casos de infecção com poliovírus selvagem até ao momento, 166 dos quais nos países ainda endémicos. No período homólogo de 2011 tinham já sido registados 467 casos, dos quais a maioria (271) foram em países não-endémicos. (*idem*) Os dados do GPEI mostram ainda que a Nigéria tem sido o país mais afectado por casos de poliomielite

Erradicação da Poliomielite

em 2012, com um total de 97 casos, ultrapassando já o total de casos que registou o ano passado inteiro que foi de 62. Seguem-se o Paquistão com 44 e o Afeganistão com 25. Os últimos casos nestes três países datam dos últimos 2 meses.

Registou-se ainda um surto epidémico no Chade, que terminou em Junho deste ano e somou 5 casos. Na figura seguinte é possível ver em maior pormenor a distribuição dos casos nos diferentes países, bem como o tipo de poliovírus causador dos vários casos.

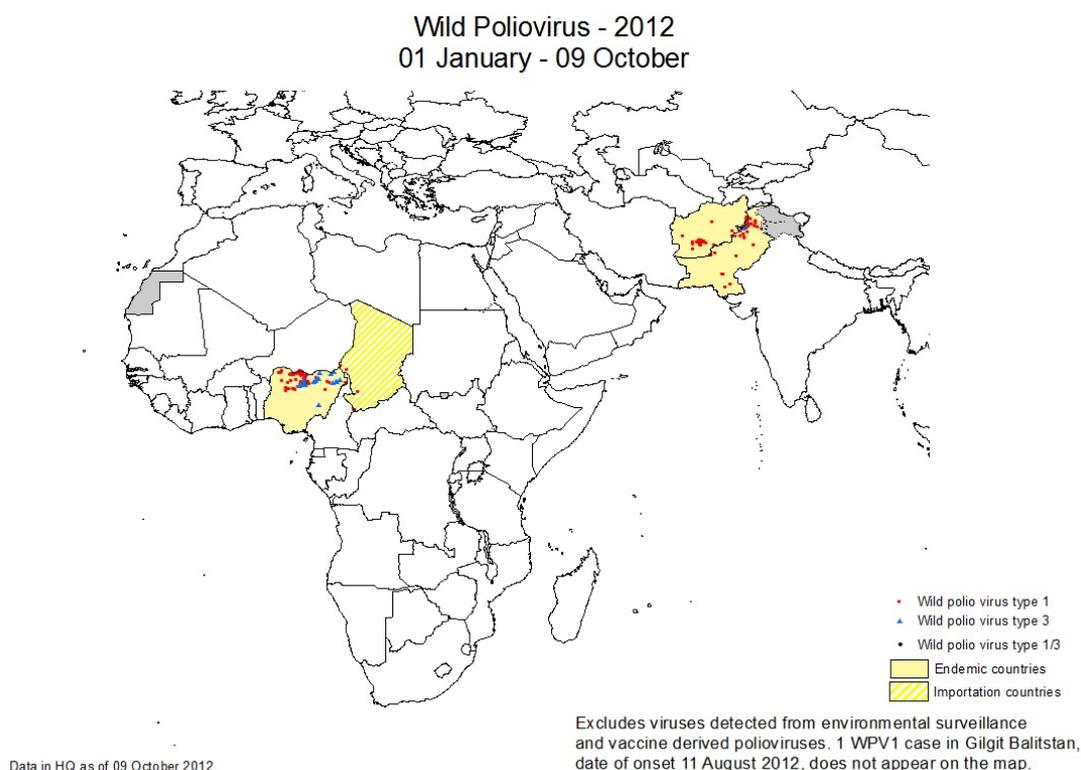


Figura 1.3 – Casos de poliovírus selvagem (por tipo) entre 1 de Janeiro e 9 de Outubro de 2012 (mapa disponibilizado online por GPEI)

Em 2012 já se registaram também 22 casos por cVDVP de tipo 2, 17 dos quais ocorreram na República Democrática do Congo, aos quais se juntam 2 casos por cVDPV de tipo 3 que ocorreram no Iémen.⁴

⁴ Incluem-se no anexo C os dados por país dos casos de poliomielite registados entre 2010 e 2012, tal como disponibilizados pela WHO e GPEI na presente data.

II _ A decisão de erradicar: teoria e critérios

As tentativas de erradicação de uma doença começaram na passagem do século XIX para o século XX, principalmente através do trabalho inicialmente desenvolvido pela Fundação Rockefeller contra a febre amarela e a malária, procurando diminuir a incidência destas doenças (em particular no continente americano), trabalho este que foi depois retomado pela comunidade internacional e por organizações de saúde como a WHO. O grande e nobre objectivo deste esforço era fazer, por fim, desaparecer estas doenças, como nos conta Nancy Leys Stepan (2011) na sua história da erradicação e do trabalho de Fred Soper, um dos grandes defensores deste ideal e o seu principal porta-voz:

A erradicação das doenças transmissíveis é um objective lógico da prática moderna da saúde pública (...) Quando está disponível o conhecimento para prevenir uma dada doença, a consciência do mundo quanto à saúde não deveria permitir que essa doença continue a ser uma desgostosa mas inevitável aflição da humanidade. (Fred Soper, citado em Stepan, 2011:158, tradução da autora)

†‘O conceito de erradicação de uma doença e do seu agente causador significa a “ausência total e certificada de casos humanos, a ausência de um reservatório para o organismo na natureza, e a contenção absoluta de qualquer fonte infecciosa”, permitindo a diminuição e fim das actividades de controlo (Miller *et al*, 2006:1165).’ O significado comum da palavra erradicação, derivada do Latim, é o de extirpação, correspondendo o acto de erradicar a um arrancar pelas raízes (Priberam, 2012). O termo foi sempre vagamente usado em contextos de saúde pública para expressar noções sobre controlo e redução de incidências de doença, mas adquiriu este significado mais preciso durante o século XX, através das tentativas infrutíferas da comunidade internacional para erradicar a febre amarela e a malária (Stepan, 2011).

Importante será aqui alertar para a base ideológica e fortemente biomédica deste tipo de argumentos, realçada por Apffel-Marglin (1987:24, tradução da autora): “A doença é o

† Sendo utilizados neste trabalho vários excertos antes redigidos para um ensaio sujeito a avaliação na Unidade Curricular de Saúde Global e..., optou-se por assinalar esses excertos sempre através do sinal de apóstrofe no seu início (‘) e fim (’), para que não fosse necessário referir repetidamente a sua autoria, que está indicada na bibliografia em Barreiros, 2011.

inimigo, um negativo absoluto que deve ser procurado e destruído, ou seja erradicado. Uma visão deste género assenta numa noção mutualmente exclusiva de doença e saúde, na qual a saúde é definida como a ausência de doença”, totalmente contrária a visões mais holísticas e associadas à medicina tradicional (particularmente ayurvédica) na qual a saúde é “um estado de coerência harmoniosa entre os humores do corpo e entre estes e os elementos correspondentes no ambiente natural, social e cosmológico” (*ibidem*, tradução da autora).

‘Em 1988 [a ideia de erradicação] viria a ser preconizada para a poliomielite, com a definição de um plano de trabalho destinado a garantir a imunização da totalidade das crianças em todas as regiões afectadas pela doença, seguindo o lema de *Every last child*, a pôr em prática pela Iniciativa Global para a Erradicação da Poliomielite (GPEI), e prevendo a erradicação da doença até 2005.’

O conceito procura assim traduzir uma noção absoluta de redução a zero dos casos de doença, tornada possível pelos avanços da biomedicina e sua aplicação universal, implicando o próprio conceito um zelo extraordinário da parte daqueles dedicados ao projecto da erradicação, visto como um “imperativo moral” (Stepan, 2011:63). À luz destas ideias, “a frente de saúde [é] também uma frente de batalha, e é um passo fácil a partir daí emprestar ao corpo, aos órgãos, aos micróbios e às partículas os instintos bélicos que animavam a sociedade” (Bastos, em Cunha & Durand, 2011:116), estruturando-se a acção contra as doenças infecciosas segundo um modelo guerreiro de campanhas (Bastos, 2011).

A maior parte destas acções de erradicação, como no caso da campanha contra a poliomielite, virá a ser desenhada com limites temporais precisos, compondo-se de intervenções técnicas de carácter estritamente biomédico e dirigidas à doença em questão, sem atenção a quaisquer outros determinantes económicos e sociais que possam igualmente contribuir (positiva ou negativamente) para o estado de saúde das populações (Stepan, 2011:23).

O facto da conclusão da erradicação permitir o fim das actividades de controlo deliberado de uma doença (indo além do conceito de eliminação⁵) marca a erradicação como um “pináculo”

⁵ Tal como debatido durante o Ernst Strungmann Forum de 2010, o conceito de eliminação traduz “a ausência de uma doença causada por um agente específico numa determinada área geográfica como resultado de esforços deliberados de controlo que devem ser perpetuamente continuados para prevenir a re-emergência da doença (ex. tétano neonatal).” (Cochi e Dowdle 2011:5), não apresentando por isso os benefícios económicos ligados à erradicação (Barrett, 2003:598) que discutiremos de seguida.

do progresso humano, como entusiasticamente defendido por Robert G. Hall ao relembrar os benefícios da erradicação da varíola que vê como um dos grandes contributos sociais, apontando os ganhos económicos e a legitimidade política (em Cochi e Dowdle, 2011:47):

A erradicação de uma doença comporta benefícios múltiplos, grandes e de longo prazo, melhorando a quantidade e a qualidade de vida, trazendo benefícios económicos e crédito político àqueles que dirigiram o esforço. (tradução da autora)

Foi este ‘sucesso obtido com a erradicação da varíola em 1979 [e a legitimidade depois conferida às acções empreendidas que] levou a um entusiasmo generalizado entre a comunidade internacional com a perspectiva de erradicar outra doença, [o que viria a motivar a posterior adopção do programa contra a poliomielite] e assim produzir um outro bem público global⁶, conceito aplicado por Barrett (2003:599) à ideia de erradicação.’ A noção de bem público global está aqui intimamente ligada ao argumento moral que transparece da defesa dos processos de erradicação, como nos refere Stepan (2011:63) e como amplamente discutido por Cláudia I. Emerson (2011:103-113) na obra já citada de Cochi e Dowdle.

Nesta sua contribuição, Emerson questiona quais as obrigações éticas que tornam imperativo o prosseguir de actividades de erradicação, mostrando que “onde é possível a erradicação de uma doença, as motivações éticas oferecem razões que impelem à acção e que não podem ser ignoradas sem que se incorra em responsabilidade moral” (*op.cit.*:104, tradução da autora). É de resto interessante observar como a campanha de sensibilização e recolha de fundos End Polio Now, promovida pela Rotary International, apela exactamente a esta noção de responsabilidade moral ao realçar como principal mensagem que “temos uma hipótese de fazer história como geração ao erradicarmos a segunda doença” (Carol Pandak, citada pelo Chicago Sun-Times, 2012), utilizando para isso as ferramentas de comunicação mais modernas e sociais (website e *social media*) e procurando angariar fundos e apoios em toda a sociedade.

As motivações éticas discutidas por Emerson (2011) estruturam-se em três principais argumentos e obrigações, acrescentando ao caso pró-erradicação uma componente normativa

⁶ De acordo com a definição do UNDP (2003) um bem público global é um bem público (ou seja, partilhável pela comunidade e não exclusivo) com benefícios universais, na medida em que abrange vários países, vários grupos populacionais e gerações actuais e futuras.

essencial, que nos ajuda porventura a melhor compreender o papel social e moral dos indivíduos e grupos no seio da comunidade global:

- 1) o dever de salvar uma pessoa ou uma população do dano iminente que lhe pode suceder (ser vítima de poliomielite) quando há oportunidade e capacidade para o fazer através de uma determinada acção (a vacinação) que não venha a causar um dano maior do que aquele evitado (*idem*:106-108) - a obrigação e a validade do argumento mantêm-se mesmo face a outras necessidades de saúde igualmente urgentes pelos benefícios económicos e sociais que a erradicação de uma doença representa, a par da eficácia e retorno do investimento nestas acções, e ainda que o seu peso para a colectividade possa ser considerado excessivo a dado momento (*idem*:108-109);
- 2) o dever para com as futuras gerações, prevenindo-as de ser vitimadas por danos associados com uma doença e procurando garantir universalmente o máximo de saúde para todos (*idem*:110-111) - os indivíduos futuros são assim incluídos numa “comunidade moral” que partilha uma noção comum de bem e um interesse colectivo no bem-estar e para quem a liberdade face à doença é um “ideal social” partilhado (Martin Golding, citado por Emerson, *op.cit.*:111);
- 3) a erradicação como um bem público global, trazendo benefícios partilháveis por todos os grupos populacionais (no momento actual e no futuro) e assim aumentando a equidade em termos de saúde e promovendo a solidariedade e justiça social no seio de toda a comunidade global (*idem*:111-112).

Este último argumento que compõe o caso moral a favor da erradicação apresentado por Emerson (Cochi e Dowdle, *op.cit.*) apresenta ainda uma outra dimensão interessante, intimamente ligada com o conceito económico de *free rider*⁷ e com o desenrolar gradual de um processo deste género:

Quando o último país eliminar a doença, isso erradica a doença globalmente, mas o último país apenas considerará o benefício que tal representa para si mesmo. Pior, como os outros países eliminam entretanto a doença, o risco de infecção no último país é reduzido pela externalidade

⁷ Traduzindo-se literalmente como aquele que viaja de graça, um *free rider* é o indivíduo (ou grupo ou até um país) que aproveita os benefícios de um bem sem para ele contribuir, comportamento que é particularmente difícil de evitar no caso dos bens públicos (UNDP, 2003).

gerada pela imunização colectiva [das populações dos outros países], tornando a eliminação por este país ainda menos atractiva (Barrett, 2003:599, tradução da autora)

Esta possibilidade de falhar o objectivo de erradicação no último momento, não garantindo a colaboração do último país eventualmente afectado, obriga a um esforço de coordenação acrescido para que seja garantida a cooperação de todos, nunca esquecendo que para alguns dos Estados envolvidos a participação no esforço de erradicação pode não ser a escolha óptima⁸, devendo ser encontrado um mecanismo de coordenação que permita que o resultado global seja o óptimo desejado e com custos mínimos (Hall, 2011:58-59).

É assim essencial que o programa de erradicação encontre previamente um bom modelo de governação internacional, que permita uma implementação eficaz das actividades de controlo e eliminação da doença e a correcta coordenação de esforços globais em prol do objectivo traçado (*op.cit.*:49), ajudando a distribuir os benefícios e custos de erradicação entre todos, para que tenham interesse em participar e adoptem a coordenação como estratégia conjunta e ideal (*idem*:58). Este mecanismo deverá manter-se operacional por tempo indeterminado e incorporar todos os actores governamentais, mesmo que não se reconheçam mutuamente ou mantenham outras relações de cooperação (*ibidem*) pelo que deverá ter capacidade de impor decisões e consensos. Foi esta a tarefa confiada ao GPEI (que analisaremos seguidamente), que deve não só juntar todos os Estados no esforço de erradicação, mas lidar com as forças internas a cada um que poderão usar os argumentos da segurança e legitimidade política para desafiar a escolha da erradicação como estratégia (*idem*:59).

A dificuldade de assegurar e manter a cooperação necessária até ao momento final e a amplitude das intervenções necessárias para alcançar o objectivo levanta no entanto dúvidas sobre a exequibilidade do mesmo, como nos dizia René Dubos em 1965, antes da erradicação da varíola ser completada: “Mesmo se a erradicação genuína de um patogéneo ou vírus à escala mundial fosse possível teoricamente ou na prática, o esforço enorme para se alcançar o objectivo tornará a tentativa insensata do ponto de vista económico e humano” (Dubos, citado em Henderson, 2009:13, tradução da autora).

⁸ As escolhas dos Estados são assim analisadas à luz da teoria dos jogos, desenvolvida por inúmeros economistas ao longo do século XX, dado que as opções disponíveis para cada país a qualquer momento da erradicação são tomadas individualmente, mas a escolha óptima para cada um depende das acções dos outros (Hall, 2011: 58).

O teor deste tipo de afirmações é companheiro habitual das tentativas de erradicação, mostrando-nos a grandeza do desafio e a necessidade de utilização de critérios rigorosos para que haja uma intervenção com vista à erradicação de uma doença. Afirmações semelhantes têm de resto acompanhado o processo de luta contra a poliomielite, levantando várias dúvidas sobre a capacidade de concluir a erradicação.

As dúvidas sobre a exequibilidade da erradicação e a capacidade de manter o esforço ao longo do tempo com vista àquele objectivo de carácter absoluto ganha redobrada força nos últimos momentos da erradicação. O último bocadinho de trabalho a fazer é assim o ponto crítico, intitulado por Donald Henderson como “o reino da última polegada” (citado em Stepan, 2011:215, tradução da autora), o momento em que a doença quase desapareceu, a sua visibilidade diminui e os custos económicos incorridos por cada caso detectado aumentam, tornando-se um momento no qual tudo se joga e decide:

Quase invariavelmente, a urgência da perseguição também desaparece, a vigilância diminui, [as actividades de] controlo enfraquecem, e a doença na qual se gastou tanto tempo e esforço eventualmente regressa. (*ibidem*, tradução da autora)

É este momento que a erradicação da poliomielite agora atravessa, ao estar concluída a 99%, como referem os vários materiais de divulgação tornados públicos durante 2012. Importa assim garantir que a finalização do programa de erradicação recolhe todo o apoio e os fundos necessários para as suas actividades, sendo esta noção de estarmos numa “encruzilhada particularmente crítica da luta” (Gates, 2012, tradução da autora) utilizada pelas entidades envolvidas na erradicação para promover o programa, os seus feitos e assim apelar a um “momento extraordinário de solidariedade global” (*idem*, tradução da autora) que permita atingir os 100% e tornar a erradicação um absoluto. Não esqueçamos que este carácter de absoluto obriga ao compromisso universal de todos os Estados, mas também a um “geralmente elevadíssimo compromisso das populações de cada país.” (Hall, 2011:49, tradução da autora)

A dificuldade de empreender um projecto deste género e de o concluir com sucesso é o motivo pelo qual ‘ao decidir empreender a erradicação terão assim de ser consideradas questões científicas, como qual a tecnologia disponível para interromper a transmissão de doença (Miller *et al*, 2006:1165), mas também questões operacionais e económicas. Os

programas de erradicação deverão assim incluir componentes de vigilância da doença e intervenção, que deverão ser prosseguidos na comunidade e a nível local, nacional, regional e global (*op.cit.*:1166), implicando esforços económicos conjuntos dos diferentes intervenientes e que devem equacionar os benefícios a curto e longo prazo, benefícios de carácter privado ou social e com implicações além do nível local. (*op.cit.*:1167).’

A participação dos Estados e da comunidade internacional em campanhas de erradicação assentará portanto em inúmeras razões, a primeira das quais será (provavelmente) o assegurar do estado de saúde da população de um país ou mundial, sendo a eliminação absoluta da doença o principal benefício a retirar do processo. Convém no entanto lembrar que a atenção pública para uma doença não é conseguida pelos indicadores de saúde concretos e pelo prejuízo que a mesma representa:

Descobrimos afinal que o alarme expressado, a atenção prestada e a acção contra uma doença é determinada pelo que eu [Stepan] chamo a “política da doença”, com o que quero traduzir a sua ligação a assuntos políticos e simbólicos quotidianos e mais latos, bem como a outros prioridades económicas e de classe. (Stepan, 2011:36, tradução da autora)

A “política da doença” (*ibidem*) é assim o tabuleiro onde se joga o apoio de uma população a um programa de erradicação, sendo necessário garantir um compromisso social e político alargado, como é apanágio de qualquer prática de Saúde Pública, disciplina cuja essência passa pelo projecto colectivo e comunitário (Hall, 2011:52), dando origem a inevitáveis tensões entre o ideal da ciência médica universal e as práticas de Saúde Pública elaboradas localmente (Löwy, citado em Saavedra, 2010:218). Para que este compromisso possa ser garantido, é então essencial cumprir quatro critérios de carácter sociopolítico, o primeiro dos quais é a peça-chave deste jogo de prender a atenção das populações: “uma larga percepção social da importância de uma doença” (Hall, 2011:49, tradução da autora).

Assegurar que a quase totalidade de uma população partilha uma percepção semelhante sobre a importância de uma doença é uma tarefa difícil, e ainda mais complicada pelas necessidades de saúde concorrentes e as avaliações de cada indivíduo face à utilização dos recursos disponíveis. Segundo Nichter (2011:115, tradução da autora) o interesse da comunidade local numa acção de saúde pública assenta em 3 pontos principais: “ [1] a importância dos problemas abrangidos, [2] os motivos do governo para promover uma actividade ou iniciar

uma campanha, e [3] a relevância imediata do programa para a população local”, sendo necessário que os problemas a ser objecto de intervenção representem não só um risco para a população mas que também não impliquem o negligenciar de outras questões.

Alertar para a importância da intervenção no caso de uma erradicação é ainda dificultado pela própria natureza do processo: não sendo a incidência e peso da doença o mesmo em todos os países, garantir o seu apoio universal e absoluto a um programa, quando colocados perante outras necessidades prementes no campo da saúde, exige esforços redobrados de informação ao público sobre os benefícios da erradicação a longo prazo (Hall, 2011:52). Estamos ainda perante um outro problema paradoxal, identificado por Nichter (2011:115): quanto maior o sucesso no curto prazo, maior a possibilidade de desinteresse da população, pondo em perigo as práticas que levaram inicialmente ao controlo da doença.

Conclui Nichter (*ibidem*) que é preciso explorar como manter o interesse do público numa doença mesmo quando este se torna menos visível, uma tarefa essencial no caso da erradicação para garantir o sucesso dos esforços finais. Este trabalho implica também um envolvimento forte com a comunidade local e os seus líderes, de modo a permitir ligar os programas de saúde pública às necessidades locais e aumentar os níveis de consciência sobre a importância de uma acção concreta quanto a uma doença (*ibidem*).

Esta dificuldade em conseguir a adesão dos indivíduos que compõem uma comunidade espelha de resto um paradoxo descrito por Rose em 1985 (citado em Nichter, *ibidem*, tradução da autora) dado que uma “medida preventiva que traz muitos benefícios para a população oferece pouco a cada indivíduo participante” (o caso sem dúvida da vacinação), obrigando a grande investimento na informação e educação que permita apoiar os indivíduos na sua reflexão sobre a doença, os mecanismos de intervenção em causa e o interesse em apoiar a acção de erradicação, procurando alargar a base social dos que partilham uma percepção e que por isso estão dispostos a adoptar certas acções. No caso concreto de iniciativas que recorram à vacinação, a participação da população é da maior relevância importando garantir a sua adesão à vacinação e a oferta adequada da mesma (Hall, 2011:53). A importância do processo vacinal (da adesão e recusa do mesmo) será ainda analisada no capítulo 4, onde procuraremos melhor explicar e compreender os vários episódios relacionados com a vacinação que têm afectado o sucesso do programa de erradicação da poliomielite.

De referir apenas que a importância desta percepção partilhada e do apoio alargado de uma população tem sido particularmente evidente no caso da poliomielite, doença já com pouca expressão em muitos países e por isso vista como pouco relevante pelas populações dos mesmos, que questionam, particularmente em África, a prioridade dada ao processo de erradicação face aos recursos existentes e ao maior peso de outras doenças (*idem:52*).

As questões levantadas pelas populações relacionam-se de resto com os outros critérios identificados por Hall (*op.cit.:49*): o custo do processo, a integração com outras actividades do sistema de saúde e a escolha entre erradicação e controlo. Atentemos primeiro neste último ponto, a opção por actividades de erradicação face a outras opções de controlo: o principal argumento em favor foi já referido acima, o carácter perene da erradicação, exigindo “maior esforço a curto prazo” compensado pelo benefício da eliminação a longo prazo de uma doença (*idem:51*, tradução da autora), o que permitirá cessar as despesas com essa doença em vez de obrigar à manutenção de actividades de controlo (sendo este o cerne do argumento económico).

É assim necessário encontrar argumentos que apelem aos líderes políticos e às populações, apelando ao seu altruísmo e ao compromisso para com gerações futuras (como antes referido) para demonstrar o valor ulterior da erradicação (*idem:57*), utilizando porventura a retórica de Bill Gates (2012, tradução da autora) para apontar, ainda que reconhecendo a dificuldade do processo, as lições que serão aprendidas, em particular no domínio da vacinação, e os benefícios que outras áreas da saúde tirarão do sucesso no caso da poliomielite, reconhecendo o esforço conjunto já em curso para juntar recursos financeiros, métodos inovadores e o empenho político necessário para:

... fazer algo extraordinário, proteger todas as crianças contra esta doença prevenível.

Quando tivermos sucesso, a doença desaparecerá (...) [Nós] seremos capazes de (...) mobilizar mais países para doarem para saúde global e de inspirar mais Chefes de Estado para que coloquem o desenvolvimento no topo da sua lista de prioridades.

A alusão repetida à primeira pessoa do plural, ao nós que implica a humanidade, apela ao empenhamento colectivo e à importância da coordenação internacional de uma iniciativa deste género e à absoluta necessidade de cooperação de todos os países: a medicina apenas pode chegar a certo ponto, a interferência da política e da administração é essencial para que

sejam garantidas os compromissos e planeadas as actividades de acordo com as necessidades realmente sentidas (Foster, 2009: 683).

Terão assim de ser procurados esquemas de colaboração para prestação de ajuda e cuidados de saúde envolvendo entidades públicas e privadas, actores nacionais, supra-nacionais e também sub-nacionais (Bhattacharya & Dasgupta, 2009:1180) e que garantam níveis elevados de coordenação e cooperação. O apoio a esta mega-comunidade⁹ deverá considerar o prazo longo da acção, a possível instabilidade do contexto global e a multiplicidade de actores envolvidos (ver figura 2.1), como nos é dito por Stoever na sua contribuição para o volume organizado por Cochi e Dowdle já aqui referido (2011:159-174).

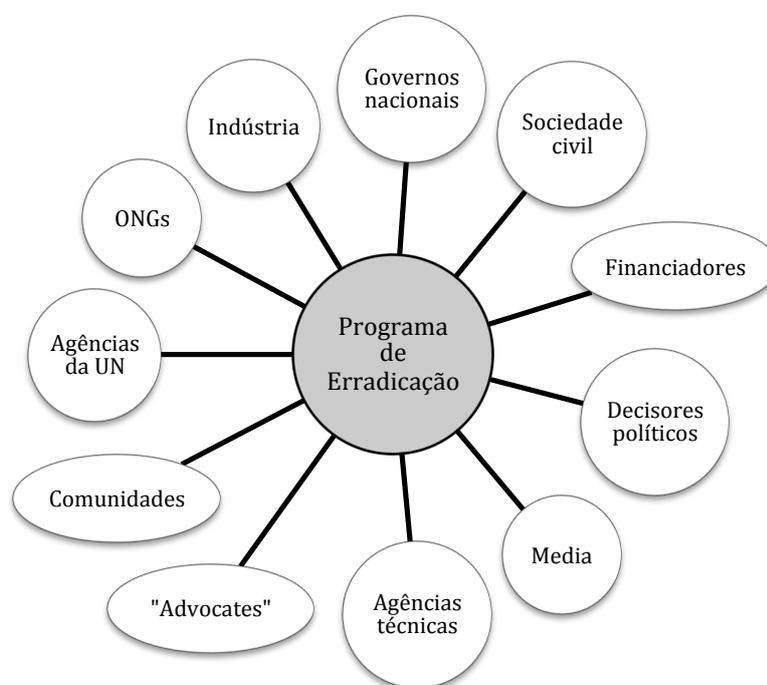


Figura 2.1 – Mapa Institucional: tipos de actores envolvidos num processo de erradicação (adaptado de Stoever, 2011:163)

As especificidades de culturas e modos organizacionais dos actores aqui referidos ditam que cada um deles queira manter a sua identidade e autonomia, bem como os seus próprios

⁹ Definida por Gerencser *et al* como “the means in which organizations and people deliberately join together around a compelling issue of mutual importance, following a set of practices and principles that make it easier for them to achieve results”, citados por Stoever (2011:160).

objectivos, o que deverá ser acomodado no sistema transorganizacional¹⁰, multicultural e não-hierárquico criado para a prossecução da erradicação (Stoever, 2011:159). Embora estas estruturas sejam normalmente mais leves e flexíveis do que uma tradicional agência internacional, não devemos esquecer que assentam ainda assim em modelos burocráticos já estabelecidos (herdados das agências que ajudaram a criá-los) e que funcionam como verdadeiros sistemas socioculturais no seio dos quais, tal como nos é dito por Foster (2009:688), os actores não querem perder poder, procurando assegurar a sua satisfação e a das várias partes que o compõem, sejam estas as forças políticas dentro de um Estado ou as diferentes doutrinas técnicas sobre um problema.

Por estes motivos não devemos descurar que as “iniciativas de erradicação requerem o desenvolvimento de processos que formalizem e apoio a estratégia de trabalho em grupo. Para além disso, a prestação de contas [*accountability*] entre organizações interdependentes requer uma monitorização e gestão activa, embora seja muito difusa” (Stoever, 2011:160, tradução da autora). A estratégia de *governance*¹¹ adoptada deve assim contribuir para as boas relações de trabalho entre os vários intervenientes, facilitando os fluxos de comunicação, a harmonização das suas diferenças e o encontrar de soluções, para que o principal ponto de atenção de todos seja a meta comum a que se propuseram não desperdiçando energias em conflitos e questões menores (*idem*:161).

Os factores de sucesso para uma iniciativa são também descritos por Stoever (*op.cit.*), retirando lições dos grandes manuais de gestão de empresas:

- Mapeamento institucional – importância de perceber as motivações e características de cada actor envolvido no processo, procurando compreender como irão interagir e antecipar problemas que possam surgir neste relacionamento, trabalhando também a correcta monitorização de expectativas e compromissos (*op.cit.*:162-164);

¹⁰ Definido por Roberts como uma “organization of organizations able to make decisions and perform tasks on behalf of member organizations, while the member organizations maintain their separate identities and goals”, citado por Stoever (2011:160).

¹¹ Segundo a definição apresentada por Stoever (2011:159), o termo refere-se aos instrumentos usados pelas organizações para influenciar a contribuição para um objectivo, implicando não só poder e autoridade mas capacidade de liderança e persuasão.

- Mistura de liderança e capacidades – necessidade de combinar vários tipos de liderança (desde momentos de maior autoridade a outros mais democráticos) e de assegurar que esta é partilhada entre as várias entidades envolvidas no processo, procurando que o(s) líder(es) e as suas equipas estejam altamente motivados e reúnam um amplo leque de capacidades abrangendo as questões médicas, técnicas, os assuntos económicos e de gestão, as competências políticas e negociais (*op.cit.*:164-166);
- Processos de tomada de decisão não-tradicionais – é necessário perceber como funcionam os mecanismos de decisão, quais as modalidades de participação e expressão de opinião disponíveis e as suas implicações para a força da decisão e a responsabilidade das partes, mas também compreender quais as ferramentas de persuasão ao dispor dos intervenientes, incluindo o incentivar da participação dos actores locais (*op.cit.*:166-169);
- Cultura organizacional – importância de identificar quais os princípios e valores em que se baseia o esforço de colaboração, para procurar perceber como devem ser usados para gerar uma cultura organizacional coerente com os mesmos e orientada para os resultados pretendidos (*op.cit.*:169-171);
- Mobilização e alinhamento de recursos financeiros – há uma forte necessidade de angariar fundos do modo mais produtivo possível, juntando esforços para tal e promovendo igualmente a alocação posterior destes recursos sempre escassos de acordo com as actividades previstas, as necessidades do terreno e as prioridades apontadas pelos dadores, garantido que o fluxo de financiamento se mantém sustentável (*op.cit.*:171-173).

As características essenciais para a boa governação de um processo, de uma estrutura de erradicação são essenciais para o sucesso do processo, mas são também cruciais para que o processo arranque. Mostrar que o projecto tem “pernas para andar” é vital para garantir a mobilização dos actores e o seu compromisso para com um processo moroso e complicado, dando provas do valor moral e da utilidade do objectivo apresentado, e não descurando a apresentação de argumentos convincentes também do ponto de vista económico, como veremos de seguida.

É a economia!¹²

As razões económicas e os benefícios financeiros a nível global que motivam estas campanhas são efectivamente os argumentos mais relevantes a considerar, dado que ‘as actividades de erradicação podem ser consideradas muito custosas, em particular se não se considerarem os benefícios que a longo prazo ultrapassarão os custos, como nos indicam Khan e Ehreth (2003:702).’ As despesas mundiais em saúde ultrapassam cada ano largos milhões de dólares, valores que subirão a par do crescimento da população e do aperfeiçoamento tecnológico no campo dos serviços de saúde. Sendo os recursos financeiros finitos e as necessidades em saúde muito avultadas, torna-se essencial seleccionar as melhores opções para investir estes recursos.

É assim necessário analisar qual o retorno em ganhos de saúde que é conseguido através do investimento na prestação de um determinado cuidado, nomeadamente da erradicação. Este tipo de estudos económicos são realizados maioritariamente através de análises de custo-eficácia ou de custo-benefício, comparando o custo de uma intervenção (a erradicação neste caso) e os ganhos que esta representa, em comparação com intervenções alternativas (que apenas seriam de controlo da doença), como nos descrevem Thompson e Tebbens na sua contribuição para o volume organizado por Cochi e Dowdle (2011:115-130).

Para calcular o custo de uma iniciativa de erradicação é preciso considerar os meios que serão necessários para a levar a cabo: administração de vacina e necessidades para tal (cadeia de frio, por exemplo), estabelecimento de um sistema de vigilância epidemiológica, eliminação de vectores, isolamento e tratamento de pacientes, outras medidas preventivas; e as despesas que a adopção destas medidas implicarão. O objectivo é identificar posteriormente quais os benefícios a ganhar com a sua adopção, benefícios que se traduzem em poupanças que o Estado não teria caso não se promovesse a erradicação: gastos com tratamentos médicos dos afectados, manutenção das actividades de controlo, prevenção e vigilância. Os benefícios traduzem-se também no aumento da esperança de vida e do estado de saúde da população e inclusivamente (sendo a poliomielite uma doença debilitante) no aumento da população activa

¹² A frase ‘The economy, stupid’ foi adoptada pela campanha presidencial de Bill Clinton em 1992 e depois parafraseada em inúmeros momentos políticos ou cómicos através da expressão ‘It’s the economy, stupid!’ destinada a mostrar a suprema importância das questões económicas.

e na sua produtividade, com reflexos para a capacidade económica do país (Thompson, 2011:127). As despesas futuras que a não erradicação representaria em todos estes domínios são, no entanto, particularmente incertas pois implicam uma projecção dos casos de doença que viriam a acontecer num certo horizonte temporal, sendo os gastos calculados com base nas estimativas disponíveis sobre a incidência e severidade da doença no seio da população e as despesas que o seu tratamento e prevenção implicaria (*idem*:121).

No caso da erradicação da poliomielite, podemos encontrar um exemplo dos parâmetros usados para esta análise de custo-benefício em Khan e Ehreth (2003:703), aqui reproduzidos:

- Proporção dos casos de poliomielite que originam paralisia;
- Proporção dos casos de poliomielite com efeito no sistema nervoso, mas sem paralisia
- Anos de paralisia (após infecção, normalmente em idades jovens);
- Peso da deficiência associada à paralisia (perda de qualidade de vida e capacidade produtiva);
- Número de mortes por cada 100 casos de paralisia e ataque ao sistema nervoso central;
- Anos de vida perdidos em caso de morte prematura do doente
- Custo da imunização de rotina contra a poliomielite (por dose e por conjunto de países, de acordo com os seus níveis de rendimento)
- Custo da erradicação (por dose e por conjunto de países, de acordo com os seus níveis de rendimento)
- Custo dos cuidados médicos por caso e percentagem de casos que recorreriam aos cuidados médicos

Começamos assim por atentar nesta intervenção específica, olhando para os números e valores que apoiam a decisão de erradicar, baseados nos parâmetros atrás identificados, e começando pelo número de casos e fatalidades evitadas.

Erradicação da Poliomielite

Regiões WHO	População (milhões)		Casos prevenidos (milhões)	Mortes evitadas (milhares)
	2000	2050		
AFR	640	1230	6,89	131
AMR	833	1184	9,33	193
EMR	485	957	4,33	90
EUR	873	797	4,21	88
SEAR	1536	2355	9,05	188
WPR	1688	2037	7,92	165
Mundo	6055	8560	41,73	855

Figura 2.2 – Efeitos da imunização contra a poliomielite na prevenção de casos e de mortes entre 1970 e 2050 (adaptado de Khan e Ehreth, 2003:704)

Como os objectivos principais das intervenções em saúde se destinam a reduzir os valores da mortalidade e morbilidade, a análise económica tende a valorizar os resultados de saúde estimando quais as poupanças derivadas do não tratamento de um caso, face aos valores que seriam gastos caso a doença continuasse a ter o impacto previsto e a obrigar ao dispêndio de recursos com as suas vítimas (Thompson, 2011:122). Devemos assim olhar para os custos de levar a cabo a erradicação ou de, pelo contrário, manter indefinidamente actividades de imunização numa óptica de controlo da doença.

Regiões WHO	Custo da imunização de rotina (milhões USD)	Custos médicos poupados (milhões USD)	Custo líquido da imunização (milhões USD)	Custo por morte evitada (USD)
AFR	3 942	1 100	1 942	14 938
AMR	25 460	76 900	- 50 968	- 264 083
EMR	3 512	1 930	1 650	18 539
EUR	17 249	38 250	- 19 581	- 225 069
SEAR	6 519	1 270	6 990	37 581
WPR	10 327	8 670	2 550	15 644
Mundo	67 009	128 120	- 54 417	- 67 709

Figura 2.3 – Custos da imunização contra a poliomielite entre 1970 e 2050, custos médicos poupados e custo por morte evitada (adaptado de Khan e Ehreth, 2003:704-705)

O primeiro ponto que devemos observar ao olhar para estes números é que para os países desenvolvidos (maioritariamente concentrados na região das Américas e da Europa), a não adopção da imunização é irracional, dado o elevado nível de poupança que permite alcançar em termos de gastos em cuidados médicos (Khan, 2003:705).

No entanto, para os países em desenvolvimento, os gastos com a poliomielite estão em competição directa com outras necessidades ao nível da saúde, não sendo a relação entre gastos em imunização e poupança ‘tão proveitosa, com a estimativa para África a apontar para uma poupança de apenas 1,1 mil milhões de dólares em custos com tratamento de saúde, face aos 3,9 mil milhões de dólares a gastar em vacinação e erradicação.’ (*idem*).

Os governos destes países poderão assim optar pela utilização dos seus escassos recursos em actividades de saúde que sejam mais vantajosas, o que comprometerá o desenvolvimento das iniciativas de erradicação. No entanto, a tendência actual parece não corresponder a este receio, verificando-se, um aumento do financiamento doméstico para as actividades da GPEI: de menos de 10% em 2003-2005 para mais de 30% em 2007-2009, um factor essencial para assegurar o empenho dos governos e a adequação das actividades de erradicação à realidade de cada país (GPEI, 2010:57), peça chave para o sucesso da campanha dada a complexidade do programa e o necessário envolvimento dos parceiros locais (como nos relatam Bhattacharya e Dasgupta no caso concreto da Índia).

Para além destes benefícios directos, são igualmente considerados na análise os ganhos indirectos (Thompson, 2011:123) como a diminuição do sofrimento e medo das populações (libertando-a, por exemplo, para gastar os seus recursos de outro modo), a maior produtividade global por aumentar a população activa (os que afinal não ficaram doentes e os que não tiveram que abandonar uma actividade produtiva para cuidar dos primeiros) e outras externalidades ligadas ao melhor funcionamento do sistema de saúde (ao ser-lhe retirado o peso de lidar com uma doença). A estes junta-se ainda a perspectiva global, dado o carácter definitivo da erradicação e a temporalidade infinita dos benefícios que comporta (*ibidem*).

Sendo a erradicação um programa universal, o seu valor económico deve ser considerado como um todo, dado que todos os países têm a ganhar com o sucesso das intervenções nos seus vizinhos, o que abre portas à cooperação nas intervenções (nomeadamente através da transferência de tecnologia) e igualmente ao nível económico (*idem*:121).

Erradicação da Poliomielite

Realce em particular para a justificação económica para o permanente envolvimento dos países mais desenvolvidos, dado que a erradicação lhes permitirá poupanças significativas, que em si só chegam para apoiar o programa:

Alocar só 10% das poupanças líquidas dos países de elevados rendimentos ajuda a financiar 20% dos custos de vacinação contra a poliomielite no mundo em desenvolvimento. Claramente, os países de rendimentos elevados devem manter-se activamente envolvidos no programa de imunização, de modo a protegerem as poupanças que ganharão com a erradicação da poliomielite (Khan, 2003:705, tradução da autora)

A partilha de custos e actividades pode finalmente abrir espaço para a criação de um mecanismo internacional e ao envolvimento de uma instância supranacional, de que é exemplo a criação do GPEI e o apoio que recebe dos governos nacionais, da WHO e de outras entidades.

III _ Global Polio Eradication Initiative (GPEI): o programa e a sua implementação

Em Maio de 1988, a Assembleia Mundial de Saúde foi chamada a analisar a possibilidade de empreender um esforço global para a erradicação da poliomielite e virá a decidir fazê-lo proclamando o “compromisso da WHO com a erradicação global da poliomielite até ao ano 2000” através da sua resolução 41.27 (WHA, 1988:2; disponibilizada no Anexo D).

Os argumentos para optar pela erradicação referidos no texto da resolução são o sucesso que o EPI vinha colhendo na época e o facto da poliomielite ser a doença “mais susceptível a erradicação global” e já objecto de esforços regionais de erradicação. No preâmbulo da mesma não há lugar à referência de motivos económicos como os que atrás analisámos, mas a dimensão ética de um projecto deste género está bem presente ao ser considerado um “presente apropriado (...) do século XX para o XXI” (*idem*:1, traduções da autora).

A resolução (*op.cit.*) refere ainda o quão essencial é a manutenção da aposta política num projecto deste género, a necessidade de assegurar os recursos para a execução do programa e a importância de continuar a reforçar o EPI para alcançar a cobertura universal para todo o tipo de doenças, chamando os Estados a investirem e apoiarem as actividades, empenhando-se externamente e no seu território.

O plano de trabalhos apresentado à WHO através da resolução (garantir a implementação da vacinação, das actividades de vigilância e o reforço das competências dos países nestas diferentes áreas) virá depois a concretizar-se nas tarefas confiadas à GPEI e que hoje representam o principal aspecto do trabalho da iniciativa, a par da sempre necessária busca de fundos que ainda hoje constitui o maior desafio. O prazo inicialmente colocado (o ano 2000) já foi largamente ultrapassado, devido a vários factores apontados por responsáveis do GPEI, como o atraso no início das actividades, a falta de fundos, o diminuído compromisso de várias autoridades nacionais e das próprias sociedades (falta de “sociopolitical buy-in”) e a inadequada compreensão da enormidade da tarefa (Aylward, 2011:14).

O orçamento inicial para o projecto de erradicação era muito pequeno, o apoio dos profissionais da própria WHO era fraco (duvidosos da capacidade de levar a cabo a tarefa) e

apenas o apoio de outras organizações, entre elas o extenso trabalho desenvolvido pela Rotary International, permitiu realmente levar o processo para o terreno no início dos anos 90 (Stepan, 2011:237). O crescimento do projecto, congregando esforços de agências internacionais, governos nacionais e entidades privadas numa ambiciosa parceria público-privada, permitiu que, no pico das suas operações de terreno no início do século XXI (sensivelmente entre 2003 e 2006), o GPEI empregasse mais de 4 mil pessoas a trabalhar em 75 países, com um orçamento anual de quase mil milhões de dólares (Aylward, 2011:13).

De acordo com a redacção da resolução (WHA, 1988:2), a iniciativa de erradicação da poliomielite deveria igualmente contribuir para o reforço da sustentabilidade dos cuidados de saúde em todo o mundo em desenvolvimento, em particular para o reforço das infra-estruturas e do trabalho de imunização levado a cabo pelo EPI, o que não veio a verificar-se. ‘Os programas de erradicação deverão [ainda] incluir componentes de vigilância da doença e intervenção, que deverão ser prosseguidos na comunidade e a nível local, nacional, regional e global (Barrett 2006: 1166). Implicando esforços económicos conjuntos dos diferentes intervenientes, as campanhas de imunização (actividade essencial no caso da poliomielite) e outras actividades do processo de erradicação são fenómenos políticos e sociais complexos, requerendo compreensão de todos os envolvidos (Bhattacharya & Dasgupta 2009: 1177). Os benefícios a curto e longo prazo deverão ser equacionados, sendo estes de carácter privado ou social e com implicações além do nível local. (Barrett 2006: 1167).’

Os pressupostos iniciais, de que a adopção do GPEI permitiria a melhoria da imunização de rotina e dos métodos de vigilância epidemiológica para qualquer outra doença, nomeadamente através do treino das equipas de vacinação e do estabelecimento de avançados laboratórios de diagnóstico clínico, não foram atingidos, tomando a luta contra a poliomielite a primazia total e ditando a negligência de outros aspectos essenciais dos cuidados de saúde (Renne, in Hahn, 2009:514-515).

‘Nos já longos 22 anos de trabalho da GPEI a cobertura vacinal das crianças tem sido grandemente aumentada, permitindo uma enorme redução dos números de casos de doença e a erradicação da poliomielite de continentes como a América e a Europa, estimando-se que foram prevenidos 5 milhões de casos entre 1988 e 2007 (WHO, 2007:4).’ Os avanços que a

iniciativa já permitiu estão bem explícitos na figura seguinte, que nos mostra a evolução das operações de imunização de massa face ao número de países com vírus endógenos.

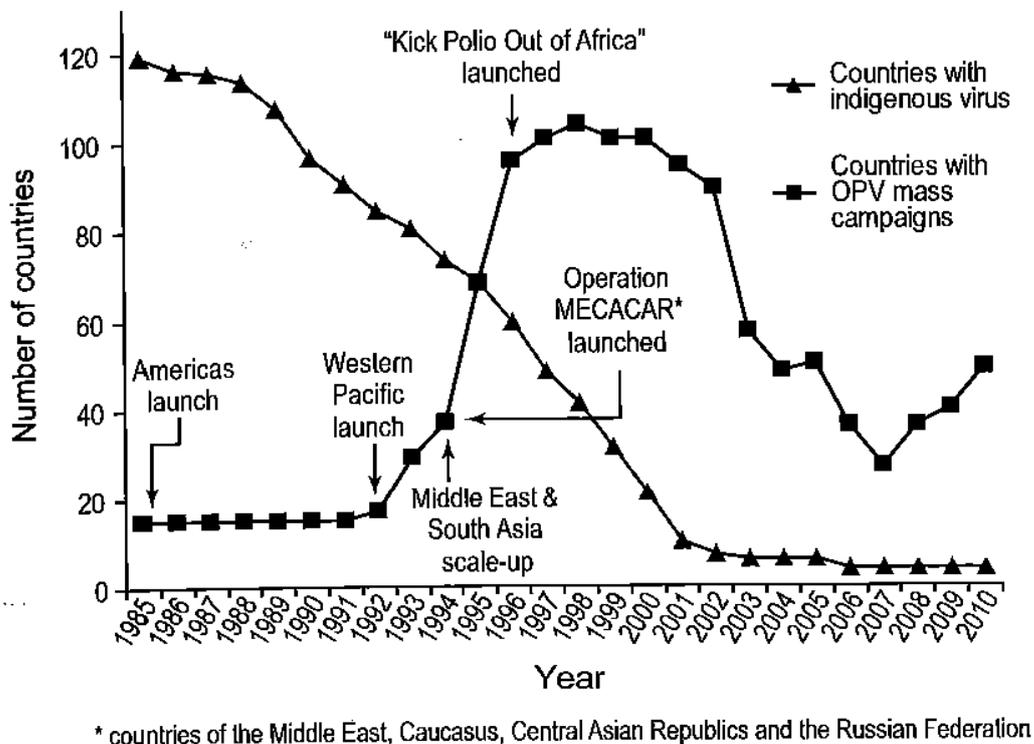


Figura 3.1 – Evolução das campanhas de imunização e do número de países com circulação de poliovírus endógenos entre 1985 e 2010 (disponível em Aylward, 2011:15)

‘As lições aprendidas desde a criação do programa permitem identificar as acções a tomar nos tempos mais próximos, concretizadas num Plano Estratégico de Acção para 2010-2012 que deverá continuar a trabalhar para a interrupção da transmissão de poliovírus selvagem em África e na Ásia, aumentando a vigilância à escala global, a capacidade de resposta a surtos e reforçando os sistemas de vacinação (GPEI, 2010:7), em particular na “cintura de importação de poliovírus selvagens” (GPEI, 2010:13).’

Cumprir a erradicação a breve trecho é actualmente um dos grandes objectivos da saúde mundial, tendo a última Assembleia Mundial de Saúde declarado que o último impulso em falta até à erradicação constitui uma “emergência programática para a saúde pública global”

(UN, 2012, tradução da autora). Representaria um enorme sucesso para o GPEI e seria um marco da maior relevância para a Década das Vacinas¹³ em que agora estamos (*idem*), estando a ser actualmente iniciada a implementação de um plano a longo prazo que apoie também os objectivos traçados para as outras doenças evitáveis pela vacinação.

‘A erradicação da poliomielite contribuirá também para os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, dado que, através do trabalho abrangente das suas equipas de terreno, a campanha gera dividendos extra: uma estimativa de 1,25 milhões de mortes evitadas graças à distribuição de suplementos de Vitamina A, contribuindo através de actividades de redução da mortalidade por sarampo para evitar cerca de 2,3 milhões de mortes (WHO, 2007: 4). Este efeito cumulativo das actividades de erradicação é uma evidência dos benefícios tangíveis gerados por uma campanha deste género, ajudando a compreender o contínuo apoio internacional ao esforço de erradicação’, mas que não deixa de ser objecto de críticas dada a estrutura ainda demasiado vertical do programa, focada somente na poliomielite e ignorando as falhas gritantes ao nível dos cuidados de saúde primários (Renne, 2009:526). A existência de um programa com elevado financiamento e actividades intensivas é paradoxal num contexto onde é comum a falta de profissionais de saúde para atender às necessidades das populações (para acompanhamento, por exemplo, na área da saúde materno-infantil) e onde os meios para tratar doenças simples e frequentes (vacinas, medicamentos) são escassos.

‘As estratégias actuais de erradicação, assentes na vigilância contínua dos casos de poliomielites e paralisia flácida aguda, na vacinação universal das crianças até aos 5 anos de idade e na resposta rápida aos surtos detectados, beneficiam grandemente das ferramentas actualmente disponíveis, de que são exemplo as novas vacinas monovalentes (desenvolvidas graças a uma parceria público-privada) e que permitem a imunização de crianças contra o tipo de vírus mais comum no seu local de residência (WHO, 2007:3). Para além do melhor controlo dos surtos, resultado de melhorias a nível laboratorial e de uma maior sensibilidade dos sistemas de vigilância, os programas de vacinação têm permitido uma melhor cobertura

¹³ Lançada em Dezembro de 2010, a Década das Vacinas estende-se até 2020, juntando numerosos actores internacionais, como a WHO, o GAVI, a UNICEF, a Fundação Bill & Melinda Gates, numa Colaboração internacional (Decade of Vaccines Collaboration) que traçou um plano global de imunização, aprovado pela WHA em Maio de 2012, com vista à obtenção de um mundo onde todos os indivíduos estejam protegidos das doenças evitáveis pela vacinação e o acesso universal à imunização seja uma realidade (DVC, 2012).

Erradicação da Poliomielite

da população em risco, incluindo a sincronização de campanhas em diferentes países, o acompanhamento mais activo das populações nómadas e o contacto com líderes locais tradicionais e religiosos que se têm também empenhado na campanha, a par do envolvimento directo dos Chefes do Governo dos quatro países ainda endémicos (WHO, 2007:4).’

O número de casos actuais (171, segundo os dados recolhidos até 16 de outubro) mostra o trabalho ainda por fazer para que se deixem de verificar casos de poliomielite. Importa continuar activamente a imunização, nomeadamente através de Dias Nacionais de Imunização e campanhas suplementares que permitam proteger todas as crianças de um determinado território, mantendo simultaneamente as actividades de vigilância epidemiológica para detecção de casos humanos e estudo de amostras ambientais.

Após a redução a zero do número de casos em todo o mundo, a certificação da erradicação implica a manutenção das actividades de vigilância durante 3 anos, para que se confirme a efectiva ausência de circulação de poliovírus selvagens na totalidade de uma região epidemiológica (Bhattacharya & Dasgupta, 2009:1181). O processo de erradicação implicará portanto ‘a certificação do fim da transmissão do vírus causador da poliomielite e a verificação da não existência de reservatórios, permitindo o fim das intervenções de controlo, como a vacinação (Barrett 2006: 1171)’, e a obtenção do desejado bem público global que a todos beneficiará.

As principais dificuldades

Erradicar uma doença é mais do que um acto médico, não podendo os planos para tal e a própria doença ser tratadas como uma mera questão médica (Bhattacharya & Dasgupta, 2009:1176), sendo preciso sim atentar no desenvolvimento de um programa consistente. A complexidade do desenho de um programa de saúde é-nos assim lembrada pelos autores citados (2009:1178) ao apontarem o que está para lá da ciência médica, as condições político-sociais que rodeiam o fenómeno da doença e a necessidade de preparar cuidadosamente a implementação no terreno de um programa de saúde internacional.

‘A compreensão do envolvimento dos governos nacionais e a sua disponibilidade para tomar a liderança do processo, em parceria com agências como a WHO e outras de âmbito nacional e internacional (como o Rotary International, importante actor no campo da poliomielite, como nos alerta Beigbender no seu texto de 1997), é essencial para perceber a dinâmica de

intervenção neste processo, a definição de prioridades e a obtenção de fundos para as necessárias actividades (Bhattacharya & Dasgupta 2009: 1180).’

Verifica-se no entanto uma excessiva concentração de recursos numa só doença, numa lógica de aposta em trabalho intensivo na mesma, que levou a críticas das populações, observando o perfil de alto nível destes eventos, marcadamente separados das actividades de rotina e estruturados segundo uma lógica *top-down* (Leach, 2007:104). Cansadas de ouvir falar de poliomielite (sofrendo de “polio fatigue”), quando tantos outros problemas de saúde, porventura mais prioritários da sua perspectiva, ficavam sem atenção (Renne, 2009:517) as campanhas são percebidas pela população como um corpo estranho, um desvio à decisão política que devia ser assumida em conjunto com a comunidade mas que privilegia afinal uma “soberania não-nacional” (Leach, 2007:132).

‘As principais dificuldades que se colocam actualmente à implementação do Plano Estratégico 2010-2012 da iniciativa são apresentadas no próprio documento programático da iniciativa (GPEI, 2010), que procura também definir estratégias de intervenção nos países endémicos e naqueles países onde se verificam também casos de poliomielite.’ São cinco as principais dificuldades identificadas pelo GPEI (*op.cit.*):

1) O risco de falta de empenho, quebra de actividades e complacência nas regiões onde a transmissão do vírus tem descido rapidamente, mas onde a população ainda não tem o nível de imunidade desejado para que se possa interromper a vacinação, um desinteresse que, como vimos anteriormente, aumenta as hipóteses de falha na recta final, prejudicando o esforço antes desenvolvido e arrastando a conclusão da erradicação pela continuidade da existência de pequenos surtos e casos isolados onde a cobertura vacinal não foi completa;

2) A distribuição eficiente das vacinas está comprometida (como também acontece com os programas nacionais de imunização de rotina), devendo ser assegurada uma gestão eficiente dos novos produtos de vacinação, tendo em conta as actividades de imunização planeadas e nunca esquecendo em particular as acções que pretendem atingir os grupos mais marginalizados e vitais para o esforço de erradicação e conjugando esta acção com a realização de Dias Nacionais de Imunização em vários territórios, permitindo maximizar o efeito de protecção não só a nível nacional como também a nível regional (de que é exemplo a coordenação dos calendários de vacinação na África Central); é aqui essencial lembrar que o

reforço das redes de distribuição de vacinas, através do fortalecimento da cadeia de frio por exemplo, é uma das maneiras como o esforço contra a poliomielite pode ajudar ao reforço dos sistemas de saúde no geral, deixando atrás de si estruturas mais funcionais e que melhor sirvam as comunidades, e mostrando os benefícios da “tecnocracia muito internacionalizada” (Leach, 2007:102) que sustenta as campanhas mundiais de vacinação;

3) A repetição intensiva das campanhas de vacinação (de modo a assegurar uma cobertura universal da população de risco) começa a causar fadiga nas comunidades, sendo essencial um contínuo acompanhamento e interacção entre as equipas no terreno e as populações, garantindo-lhes informação adequada e monitorizando simultaneamente a sua resposta a estas mensagens e o seu nível de participação, permitindo precaver as consequências negativas de eventuais rumores e medos das comunidades e procurando aumentar a sua confiança face ao GPEI, como alerta Nichter (2011:171);

4) O fraco (ou inexistente) empenho das lideranças políticas ao nível local e regional, particularmente em áreas de crónica resistência à vacinação, constitui ainda um obstáculo à eficácia da campanha de erradicação, como de resto veremos ao analisar o caso específico do boicote que teve lugar no norte da Nigéria; importa enquadrar o programa global nos contextos específicos de governo e nas relações de poder político que se estabelecem nestas comunidades, procurando melhor entender as necessidades das populações e as suas acções e decisões no campo da saúde (*ibidem*);

5) Embora o investimento na erradicação seja essencial e proveitoso para todos numa perspectiva de longo prazo, a falta de financiamento internacional e doméstico (nos países de intervenção) acarretou um necessário estabelecimento de prioridades para as actividades em 2010 e nos anos que se seguiram, o que poderá atrasar a implementação de algumas actividades. É assim absolutamente essencial que os próximos anos sejam frutuosos na recolha de fundos, de modo a permitir fechar as falhas no orçamento do GPEI e levar a cabo todas as acções de imunização e apoio à vigilância epidemiológica previstas para os diversos países onde a poliomielite é ainda frequente, seja por endemicidade ou importação. Segundo o Independent Monitoring Board do GPEI, as dificuldades orçamentais sentidas, um *gap* financeiro de 945 milhões USD, poderão colocar em risco a realização de 68 campanhas de

imunização em 33 países, afectando a distribuição de 144 milhões de vacinas a 94 milhões de crianças (Rotary International, 2012) e a vigilância dos casos.

Os problemas identificados são no entanto passíveis de resolução, como o têm provado recentes notícias divulgadas pela GPEI (2011f) sobre a dotação de financiamento para actividades de erradicação (por parte do Reino Unido, por exemplo), o maior empenho de líderes políticos (como actualmente visível no caso do Paquistão e Angola) e a utilização de tecnologias mais eficazes aquando de campanhas de vacinação, de que é exemplo a melhor monitorização das populações através de sistemas de informação geográfica. Verificamos assim a real necessidade de desenhar um bom programa de saúde, considerando as componentes técnicas, políticas, económicas e a sua implantação no terreno concreto, tentando antecipar problemas.

Devemos assim analisar o programa de erradicação da poliomielite, percebendo as considerações iniciais que o motivaram e as dificuldades de que tem sido vítima, em particular as que resultam de questões políticas e se revelam lições essenciais para a comunidade de saúde pública (Kaufmann, 2009:1098). Esta interferência da política na saúde é uma constante facilmente observável no mundo actual e particularmente relevante no caso em análise, de que é exemplo o boicote à vacinação ocorrido no Norte da Nigéria em 2003.

O longo processo de erradicação da poliomielite parece ainda não ter fim à vista, continuando a verificar-se um número significativo de casos, como vimos anteriormente. A continuação das actividades, particularmente das grandes campanhas de vacinação, permite no entanto perspectivar uma melhoria da situação global.

A quebra nesta aposta concertada na erradicação, a falha de apoio à campanha, particularmente no que diz respeito aos meios financeiros, poderá ser desastrosa, em particular para as populações mais pobres do mundo residentes em país de baixo rendimento. O regresso à mera imunização de rotina (numa lógica estratégica de controlo, que seria mais barata que o completar da erradicação) poderá resultar, segundo alguns estudos, em mais 200 mil crianças paralisadas por ano. O efeito da quebra da vacinação activa, a nível do número de casos e custos acrescidos daí decorrentes, foi já evidente na Nigéria e países vizinhos em 2003, no âmbito do boicote acima mencionado (WHO, 2007: 3).’

O sucesso da Índia

Segundo os dados oficiais disponibilizados pelo GPEI (e disponibilizados no Anexo C) a Índia não regista nenhum caso de poliomielite desde 13 de janeiro de 2012. Este sucesso, a manter-se e a permitir a certificação da Índia como *polio-free*, será um facto que tornará a erradicação global “uma possibilidade mais viável” (Bhattacharya, 2009:1180, tradução da autora), replicando a importância da erradicação de uma doença neste país para o sucesso global (dado o seu peso populacional e as complicadas condições de saúde no terreno), como aconteceu no caso da varíola. O país mantém assim uma agenda muito agressiva, quer ao nível da vacinação, quer no que respeita à vigilância epidemiológica e à resposta de emergência para eventuais casos importados (GPEI, 2012), um empenho manifestado publicamente por vários responsáveis governamentais de alto nível.

Entre 2006 e 2009, a Índia foi um dos países com mais casos de poliomielite, perdendo terreno que havia vindo a conquistado desde a introdução do seu programa nacional de vigilância em 1997 e em particular desde 2003. A introdução da bOPV em 2010 permitiu voltar a baixar os casos verificados, como se pode verificar na figura 3.2.

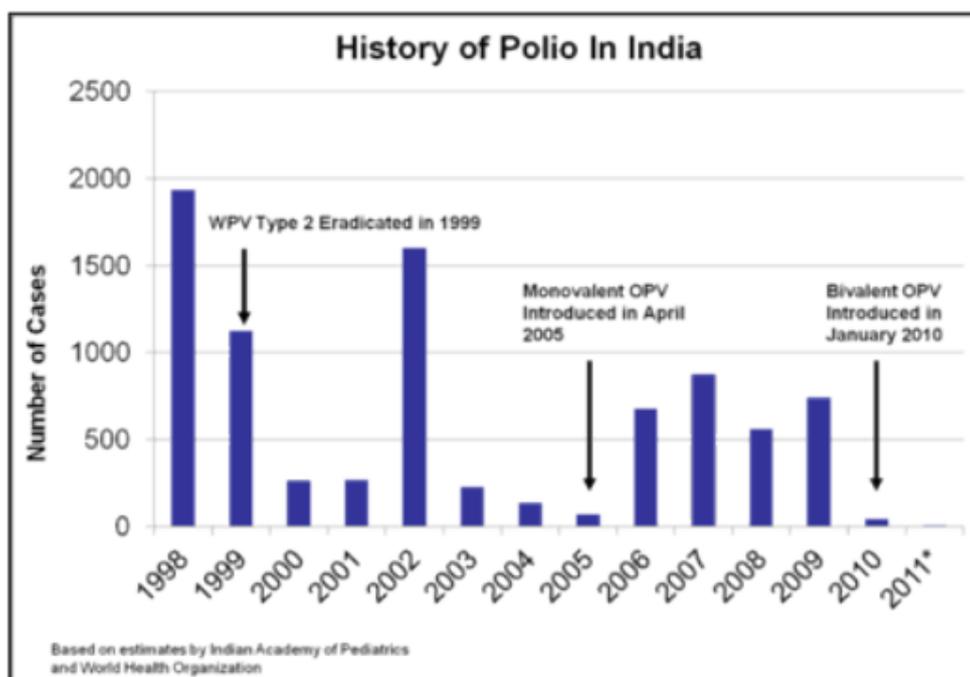


Figura 3.2 – Evolução dos casos de poliomielite na Índia entre 1998 e 2010 e principais marcos da utilização de vacinas (disponibilizado pelo GPEI, 2012)

O fim da transmissão do poliovírus selvagem foi apenas possível graças a um forte investimento do Governo indiano e seus parceiros nacionais e internacionais, que permitiram a realização com sucesso de um programa de imunização de grandes dimensões: em 2011, cada um dos dois NID realizados envolveu quase 2,5 milhões de vacinadores em 35 regiões do país, procurando vacinar cerca de 172 milhões de crianças com menos de 5 anos, para o que foram visitadas cerca de 205 milhões de habitações e permitindo por fim atingir elevadas taxas de cobertura na casa dos 99% (GPEI, 2012).

Estes dias foram complementados com dias sub-nacionais, onde a imunização foi igualmente massiva e particularmente dirigida a zonas de alto risco, em particular 107 zonas (*blocks*) considerados cruciais em Uttar Pradesh e Bihar e que para além da vacinação contra a poliomielite e outras doenças foram também alvo de acções específicas sobre doenças diarreicas, saneamento e práticas de higiene (*idem*).

A chave do sucesso indiano estará no modo como as comunidades foram contactadas e as campanhas conduzidas, permitindo que num país multicultural e com fortes tradições de resistência à vacinação (até como expressão de dissidência política e contestação ao Governo centralizado e de influência britânica, como nos conta Apffel-Marglin, 1987), fosse completada a vacinação de praticamente todas as crianças em idade de risco. Este contacto directo (também ajudado pelos meios de comunicação) permitiu não só completar a imunização, mas também ajudar a alertar as populações para a importância da erradicação da poliomielite, explicando o porquê da forte aposta nestas actividades desligadas dos normais cuidados de rotina (Bhattacharya, 2009:1182).

Para além dos funcionários do Governo envolvidos na campanha, foi ainda mobilizado um verdadeiro exército de trabalhadores comunitários (cerca de 8500)¹⁴, que em cada local exerceram a função de vacinadores e comunicadores quanto à importância de trabalhar em conjunto para a erradicação da poliomielite (GPEI, 2012a). O recurso a trabalhadores locais, permitindo um melhor diálogo com as comunidades, havia já sido demonstrado essencial aquando da campanha de erradicação da varíola (Bhattacharya, 2009:1178), durante a qual

¹⁴ O trabalho destes “soldados” comunitários foi abordado e elogiado no documentário de 2008 “The Final Inch”, que procura divulgar o seu trabalho e a importância da erradicação da poliomielite (Anon, 2008).

foram frequentes os abusos contra a população, quer por via da imunização forçada, quer por imposição de uma visão estritamente biomédica a populações com uma relação mais holística e religiosa com a doença (Apffel-Marglin, 1987:21).

Infelizmente, a campanha contra a poliomielite na Índia não foi também imune a abusos de poder, com episódios em que a vacinação foi administrada à força, gerando inevitável ressentimento nas comunidades e obrigando a trabalho redobrado de contacto com estas (Bhattacharya, 2009:1182).

Esta abordagem localizada dos profissionais de saúde foi complementada, segundo nos descreve o GPEI (2012), com intervenções específicas junto das famílias nas regiões mais remotas do país e das famílias sem domicílio fixo (realizando-se vacinação em estações de autocarro e comboios, que em 2011, permitiu vacinar cerca de 5 milhões de crianças em cada NID), incluindo igualmente um largo trabalho de contacto com as comunidades muçulmanas e os seus líderes religiosos para afastar os receios ligados à vacinação e sua eventual contaminação (preocupação partilhada pelas comunidades muçulmanas do norte da Nigéria, como veremos).

Vemos assim que no centro do sucesso indiano está a ligação às comunidades, procurando perceber as suas dúvidas e esclarecer devidamente as questões colocadas, ajudando a educar as populações sobre as questões de saúde e as vulnerabilidades e disparidades neste campo. A educação das populações fornece-lhes igualmente instrumentos para a tomada de decisões em saúde, não permitindo o enraizamento de preconceitos comunitários assentes em ideias erradas (Nichter, 2007:46, 165) ligadas a receios sobre a segurança e eficácia da vacina.

O contínuo trabalho com as populações, permitindo manter a alta cobertura vacinal e a sua atenção aos sinais de alarme da poliomielite (essencial para a vigilância de eventuais casos importados), é um dos factores essenciais para que não se verifique um retrocesso.

As autoridades indianas têm continuado a dar a maior relevância aos esforços de imunização e vigilância e garantiram já a disponibilidade financeira para apoiar a continuidade da vacinação (GPEI, 2012), dando grande visibilidade a todo o processo e procurando colaborar estreitamente com os seus vizinhos e os organismos internacionais no processo de erradicação.

Este apoio governamental é igualmente essencial para a moral dos trabalhadores locais e comunitárias, valorizando os seus esforços para completarem a imunização de todas as crianças nas difíceis condições em que vive grande parte da população indiana (Bhattacharya, 2009:1183).

IV _ Vacinação: a sugestão externa contra a escolha individual

A vacinação, sinónimo de imunização, pressupõe a introdução deliberada no corpo humano de um elemento estranho, a “administração de [um estímulo antigénico específico, sob a forma] de um agente vivo modificado (como na febre amarela), de uma suspensão de agentes mortos (como na tosse convulsa) ou de uma toxina inactivada (como no tétano)” (Last, 1995:104; sinais gráficos conforme o original), com vista a gerar uma reacção do sistema imunitário que permita o desenvolvimento de uma protecção e resistência contra a doença que seria eventualmente causada por esse agente ou outros semelhantes. Habitados que estamos a proteger o nosso corpo da invasão de micróbios e outros agentes (mantendo hábitos de higiene, protegendo as feridas que tenhamos), o primeiro instinto contra uma vacina será o receio, um recuo involuntário e muitas vezes inconsciente, visando a protecção do nosso organismo contra o que consideramos contraintuitivo e capaz de nos prejudicar.

Como bem nos relata Emily Martin (1994), a noção de defesa da nossa saúde contra doenças infecciosas que nos possam atingir tem sido construída e mantida em estreita relação com os comportamentos individuais de protecção (em particular no mundo ocidental), recorrendo a metáforas quase bélicas como as acima usadas: o corpo é um local de vitalidade, que quando sob ataque deve defender as suas fronteiras e assegurar que não permite a entrada do inimigo, protegendo todas as aberturas físicas que representem uma falha na muralha (*op.cit.*:24).

O processo de vacinação é portanto uma contradição em si mesmo, já que pressupõe uma introdução deliberada no organismo, um ataque à harmonia do corpo, gerando na população uma natural dificuldade em aceitar o gesto médico assim praticado (Moulin, em Cunha & Durand, 2011:128). Esta recusa da vacinação tem-se verificado desde sempre, acompanhando a criação da vacina contra a varíola por Jenner em 1798 e a rápida difusão do procedimento como ferramenta de política sanitária ao serviço dos Estados com interesse em proteger os seus cidadãos (*idem*:126-127) e em garantir a força produtiva necessária ao crescimento do país, tornando-se a vacina mais um instrumento para o exercício do biopoder do Estado (tal como equacionado por Foucault e outros). Ainda durante o século XIX, começarão a surgir por todo o mundo ocidental e suas colónias (havendo recursos financeiros para tal) diversas

leis tornando obrigatória a vacinação (Moulin, 2007:429), anulando a possibilidade de afirmação da autonomia do indivíduo e gerando, também já no século XX, movimentos de contestação entre as populações destes Estados.

A contestação à vacinação vai estender-se também às colónias africanas e asiáticas dos países europeus (impérios que rapidamente adoptaram a vacinação como instrumento de controlo das suas populações), e que por esse meio colocam em posição de inferioridade o saber médico autóctone contribuindo para o seu enfraquecimento (Apffel-Marglin, 1987:1). A resistência à vacinação enquanto prática desconhecida das comunidades locais irá assim tornar-se uma parte importante do movimento mais vasto de contestação do domínio estrangeiro por parte das populações sujeitas ao domínio colonial, contestação que remonta ao período entre as guerras mundiais e se afirmará no pós-1945. Um exemplo bastante claro desta contestação é o caso apresentado por Apffel-Marglin sobre a varíola na Índia (*ibidem*), ao relatar o choque entre métodos tradicionais de variolação (praticados localmente com sucesso) e a prática da vacinação, importada da Europa e estabelecida à força no século XIX pelo dominador britânico e depois prosseguida pelas novas autoridades indianas.

Na contestação à vacinação, muito relevante neste caso pela importância do país no esforço global de erradicação da varíola, jogam-se as interpretações tradicionais sobre a varíola, as práticas ritualizadas para o seu tratamento (com fortes implicações políticas e sociais), as concepções holísticas sobre doença e saúde (por oposição à dualidade biomédica que a vacina representa) e a relutância em aceitar a imposição de uma prática desconhecida e estrangeira, imposta por aqueles que não procuram perceber as concepções locais. Para Apffel-Marglin (*op.cit.*), apenas a mudança na atitude dos que implementam o programa de erradicação da varíola, passando a atentar nas sensibilidades locais, permitiu que o mesmo fosse prosseguido com sucesso e cooperação da parte das populações.

Os movimentos de libertação colonial do século XX levarão depois, já na década de 60 e 70, ao aparecimento de novos países independentes que, liderados por elites muitas vezes treinadas em solo europeu, aspirarão também a afirmar-se e tornar-se Estados modernos, adoptando para tal esquemas vacinais marcadamente biomédicos e negligenciando a importância da oposição popular aos mesmos, como no caso indiano abordado por Apffel-Marglin (*op.cit.*).

Sendo a vacinação ainda hoje essencial para que seja garantido um nível de imunidade muito elevado entre os grupos populacionais (conceito de *herd immunity*¹⁵), a aposta do Estado moderno na vacinação continua a ser grande, como de resto mostrado pelo caso específico da vacina contra a poliomielite. Com grande apoio do presidente Franklin Delano Roosevelt (incapacitado já em adulto, provavelmente por causa de poliomielite), os Estados Unidos criaram em 1938 uma Fundação Nacional para a Paralisia Infantil, actualmente denominada *March of Dimes* por ser através da recolha de moedas de pequeno valor (tostões) que apelavam à contribuição financeira da população, utilizando estes fundos e os apoios governamentais para financiar o primeiro grande ensaio clínico com a vacina inactiva desenvolvida por Jonas Salk (Moulin, 2007:430).

À liderança norte-americana no campo das vacinas, a União Soviética responderá apoiando a vacina viva e atenuada desenvolvida por Albert Sabin (norte-americano de origem russa), promovendo igualmente um grande ensaio clínico da mesma em 1955 (*ibidem*), num jogo competitivo característico da Guerra Fria e que procura afirmar o domínio político e científico de cada um dos blocos na área da saúde. O momento actual é de cooperação entre os vários actores mundiais, reconhecendo-se, com o fim da Guerra Fria, a grande complementaridade das duas vacinas no projecto de erradicação (*ibidem*).

O Estado moderno chamou assim a si a responsabilidade de apoiar a adopção e difusão de vacinas, supervisionando a sua produção e aplicação no seu território e apoiando esforços semelhantes à escala mundial, principalmente através da adopção de programas nacionais e internacionais de vacinação (de que o EPI é um exemplo) marcados pela gratuitidade da oferta e inscrevendo as vacinas no “percurso de vida normal do cidadão” (Moulin, 2007:431, tradução da autora) com carácter obrigatório ou, pelo menos, como sugestão fortemente impositiva, conduzindo à tutela dos corpos por parte do aparelho estatal e à maior medicalização da sociedade.

¹⁵ Traduzindo-se como imunidade de grupo, a expressão representa a noção de resistência de um grupo ou comunidade “à invasão e disseminação (comunitária) de um agente infeccioso, baseada na resistência à infecção de uma elevada proporção dos membros desse grupo”, calculando-se com base na probabilidade de contacto entre membros susceptíveis e infectados (Last, 1995:99). A vacinação é uma das principais ferramentas actuais para diminuir o número de membros susceptíveis e assim aumentar a imunidade do grupo.

Vacinar o maior número de pessoas é o método por excelência para minorar a incidência de uma doença, como advém do conceito de *herd immunity* atrás referido, sendo particularmente relevante no caso de uma tentativa de erradicação dado que o número de pessoas susceptíveis à doença tem que ser inferior a um valor específico (normalmente bastante baixo), determinado pela infecciosidade da doença (Hall, 2011:50). É assim necessário que uma grande proporção dos indivíduos estejam vacinados para que a probabilidade de transmissão de uma doença seja baixa (70 a 95% segundo vários estudos) e a proteção da comunidade seja uma realidade e a erradicação uma possibilidade (*idem*:54). A força destes números obriga o Estado a fornecer a vacina, mas cria também a necessidade de que haja procura para a mesma por parte da comunidade, abrindo caminho à instituição da vacinação obrigatória nos casos em que tal não aconteça e obrigando, no caso concreto de uma tentativa de erradicação, a esforços específicos junto de grupos marginalizados ou populações remotas (*idem*:53,56).

Esta aposta pública na vacinação é assim essencial, continuando a manter-se mesmo face às contínuas recusas da vacinação e à emergência de novas tendências sociais que procuram afirmar a imunidade e autonomia pessoal face à tutela do Estado e às pressões da sociedade (para duas interessantes análises do caso português¹⁶ ver os capítulos de Saavedra e de Cunha & Durand na obra que estes últimos organizaram em 2011).

Equiparada a vacinação à marcha da razão e do progresso, a resistência das populações só consegue ser compreendida pelo Estado e a maioria dos outros intervenientes como o resultado de uma “racionalidade científica ainda embrionária” (Cunha, 2011:197), sendo menosprezado o crescente valor do conhecimento científico adquirido pelo indivíduo comum que está cada vez mais informado sobre os tratamentos preventivos e curativos disponíveis face a uma doença, cada vez mais atento às particularidades do seu estado de saúde, em particular do seu sistema imunitário (Martin, 1994:202) e cada vez mais encorajado a assumir certa autonomia e responsabilidade na gestão da sua saúde (Moulin, 2007:431).

A evolução das visões sociais sobre vacinação leva a que esta seja actualmente percebida por muitos como uma manipulação do sistema imunitário, ainda que com fins úteis e instrutivos (Martin, 1994:198), sendo colocadas em causa as noções de *herd immunity* essenciais para um

¹⁶ Realce-se que a vacinação não é obrigatória em Portugal, sendo no entanto largamente promovida pela maioria dos profissionais de saúde como se assim o fosse, questão analisada nas obras referidas.

processo de erradicação ao considerar-se que a “imunização em massa é um processo globalmente defensável em termos de saúde pública, mas que não toma suficientemente em conta a grande diversidade dos organismos e sistemas imunitários individuais” (Moulin, 2011:131).

A estas expressões de autonomia e dissensão (fugindo à hegemonia do Estado), acrescenta-se ainda uma outra perturbação que influenciará os esforços de erradicação. Na análise que o aparelho estatal e os profissionais de saúde que nele trabalham fazem da recusa à vacinação é igualmente negligenciada a importância das características do próprio processo vacinal para tal recusa, ao não prever uma resposta cabal às questões e necessidades das populações, ao impor decisões maioritariamente autoritárias e burocráticas (Cunha, 2011:218) sem atenção ao modo de implementação no terreno das actividades de vacinação, como bem nos lembra Anne-Marie Moulin (2007:429):

As sociedades não eram apenas insubmissas face aos freios de um Estado despótico ou colonial, à marcação do corpo e à medicalização da sociedade. Reagiam também às falhas e acasos da vacinação. Ao descermos das alturas da administração para observar as práticas no terreno, a operação vacinal, considerada simples e adaptada a intervenções em massa, revela toda a sua complexidade. (Moulin, 2007:429, tradução da autora)

Estas duas dimensões de recusa da vacinação e opção pela afirmação individual são particularmente relevantes no caso de sociedades de matriz não-europeia, onde o pensamento sobre doença e corpo é enquadrado em sistemas de pensamento tradicionais diferentes, ditando diferentes respostas e escolhas (Nichter, 2011:9), muitas vezes consideradas irracionais e inferiores pelo pensamento biomédico dominante, dada a não distinção entre explicações naturais e religiosas (Apffel-Marglin, 1987:1)

Como nos relembra Nichter (2011:9), os modelos explanatórios sobre doença não estão fixos, tendo origem em bases ricas, multidimensionais, dinâmicas e sujeitas a mudança: as redes semânticas (“semantic illness networks”) definidas por Good em 1977 (*ibidem*, tradução da autora):

... conjuntos compostos de ideias sobre que sintomas caracterizam uma doença, as causas dos diferentes tipos de doença, as memórias de experiências passadas, as respostas sociais e

emocionais a estas, e relações com identidade moral, expectativas de tratamento e percepções sobre prognóstico.

A adopção pelas populações da vacinação estará assim dependente da maneira como a doença é apreendida, facto de grande importância para o desenrolar de um processo como o GPEI, de carácter universal e com particular incidência em países não incluídos na matriz ideológica biomédica. Devemos assim olhar para os entendimentos locais sobre doença e vacinação infantil, interrogando qual o valor que os pais (ou outros prestadores de cuidados) atribuem à vacinação e como a participação nestes processos interage com diversas dimensões políticas e sociais, causando um confronto entre as “tecnocracias da vacinação” e as concepções individuais e comunitárias do corpo (Leach & Fairhead, 2007:101). Não podemos aqui esquecer que as mães são, quer no mundo ocidental quer nas sociedades africanas em análise, as principais prestadoras de cuidados às crianças estando normalmente investidas de poder de decisão sobre o acto vacinal (*idem*:124).

Através dos trabalhos de terreno de diferentes antropólogos, em especial o excelente trabalho de Leach e Fairhead já citado, podemos assim atentar nas particularidades do contexto africano (preparando a análise do boicote à vacinação ocorrido no norte da Nigéria em 2003), começando por apreciar a importância do sangue na concepção de saúde e força, valorizado particularmente pelo fluxo circulatório que representa (*idem*:110) e sendo a sua quantidade e qualidade consideradas essenciais para que a criança se torne forte (*idem*:108).

As vacinas são aqui consideradas como um veneno poderoso e positivo, que reforça o sangue, expulsando as doenças e criando até, segundo alguns pais entrevistados no terreno, uma barreira física que permite evitar as doenças e atenuar os seus efeitos caso se venham a manifestar, não havendo no entanto noções muito definidas sobre a relação entre vacinas específicas e doenças precisas (*idem*:110-113). Esta ideia sobre o papel das vacinas é reforçada pelos rituais normalmente ligados à prática da vacinação, já que a toma de novas vacinas ou doses de reforço é normalmente acompanhada da pesagem das crianças, ajudando a criar nos pais uma ansiedade em receber a vacina e uma vontade em mostrar o crescimento e força do bebé a seu cargo, ajudando à valorização positiva do papel das mesmas no desenvolvimento das crianças (*idem*:113).

Embora se verifique, segundo Leach e Fairhead (2007:115), uma aceitação maioritária da imunização de rotina, os pais não deixam de complementar a proteção oferecida pela vacina com outros meios de fortalecimento da criança, incluindo práticas tradicionais e rituais de cariz religioso com forte significado social e moral, que integram todo o processo de tratamento e prevenção da doença, que implica não só o indivíduo mas também a sua comunidade (Apffel-Marglin, 1987:1,4). Algumas categorias de doença são para além disso consideradas como não podendo ser resolvidas pela vacinação criando uma suspeição sobre o real fundamento e a perigosidade das vacinas (Leach, 2007:115), um facto relevante no caso do boicote à vacina da poliomielite, como veremos de seguida.

É também muito interessante o entendimento dos pais e cuidadores das crianças quanto aos efeitos adversos, já que vários pais os apontam, quando são efeitos comuns (febre, inchaços, abscessos), como um sinal de que a vacinação é realmente forte e efectiva. Os efeitos adversos muito severos são por vezes interpretados como ligados à constituição da criança e à força do seu sangue, sendo motivo para que estas não regressem à vacinação (*idem*:116-118). Igual preocupação com os fluxos sanguíneos está presente nas dúvidas levantadas face à toma simultânea de várias vacinas, nomeadamente daquelas em atraso, levando as mães a questionar (também em Portugal, ver Cunha & Durand, 2011) se o corpo infantil conseguirá lidar com a inserção de tal volume de substâncias (Leach, 2011:118).

Mais do que as concepções individuais que os pais têm sobre o corpo e força das crianças, importa ainda olhar para a dimensão social da vacinação, dado que a decisão de vacinar ultrapassa muitos vezes o progenitor, resultando de uma orquestração comunitária (*idem*:119-120), jogando-se no seio dos grupos formais e informais da comunidade (outros progenitores, líderes locais) que exercem pressão moral e tornam a vacinação uma rotina essencial do papel de mãe, um sinal de pertença ao grupo e uma ocasião social muito valorizada (*ibidem*).

É neste lado social da vacinação que se joga também o papel dos profissionais de saúde, normalmente imbuídos de um sentimento de superioridade face às populações com quem trabalham (*idem*:125). Esta visão deturpada acarreta muitas vezes um círculo vicioso de desconfiança entre os dois lados da barricada, com relatos de interações problemáticas entre mães que falharam vacinação por razões circunstanciais e os profissionais de saúde que assumem o comportamento como permanente e sinal de ignorância (*ibidem*).

Para melhor percebermos as verdadeiras dimensões da recusa da vacinação devemos ainda analisar como a noção de fluxo enquanto força vital se aplica não apenas ao sangue (traduzindo robustez e prosperidade) mas também ao Estado, fazendo com que as experiências de vacinação da comunidade tenham repercussões políticas (*idem*:128). Como vimos atrás, a vacinação é usada pelo Estado moderno como ferramenta de afirmação do seu poder e tal é particularmente visível no caso africano, ainda que pela negativa.

As dificuldades que se apresentam aos sistemas de saúde de muitos países africanos, falhos em infraestruturas, com fracas estruturas organizacionais e com pouca capacidade de obter recursos para as actividades que precisam de levar a cabo, vão obviamente reflectir-se na sua capacidade de prestar cuidados de saúde primários (incluindo cuidados de vacinação) às populações (Stepan, 2011:231). Esta incapacidade criará desigualdades na cobertura vacinal e obrigará muitas vezes à intervenção de entidades externas como a WHO e o GAVI, chamados a apoiar os programas de imunização através de iniciativas como o EPI¹⁷.

A falha na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente as dificuldades de garantir uma oferta continuada e correcta de vacinas às populações, representa assim um falhanço político da parte do Estado, uma quebra na sua legitimidade, encarado com frustração por parte dos pais que perdem não só o acesso a estes serviços mas também a confiança na capacidade do Estado lhes prestar o apoio que necessitam (Leach, 2007:135). Esta quebra de confiança é tanto mais relevante ao ligar-se mais uma vez à noção de fluxo, de força que deve animar o corpo social e político.

Como nos relatam Leach e Fairhead (*idem*:128-129), ao verificar-se uma falha nas tarefas do Estado, o problema é intimamente apreendido como uma falha no circuito do país, nos fluxos que ligam as suas populações aos actores políticos, carregando consigo a perda do peso político de uma povoação no conjunto das estruturas administrativas e no jogo político do país (como exemplo deste tipo de força política os autores apontam a importância que tem para as populações o facto de acolherem um posto de saúde ou receberem na sua localidade as equipas móveis de vacinação (*ibidem*)).

¹⁷ Criado em 1974 pela Assembleia Mundial de Saúde, o Expanded Program on Immunization pretendia, até 1990, imunizar 80% das crianças do mundo contra 6 doenças infecciosas evitáveis pela vacinação: tuberculose, difteria, sarampo, tétano, tosse convulsa e poliomielite. Em 1977 a taxa de imunização era inferior a 5%, chegando aos 20% em meados dos anos 80 e atingindo os 80% em 1994 (Stepan, 2011:230).

Cortado o fluxo benevolente do Estado, que deveria contribuir para a força individual e colectiva, verifica-se uma ruptura entre o povo e a nação política, abrindo espaço para interpretações eventualmente manipuladoras: as populações foram deliberadamente abandonadas pelo Estado ao não lhes ser facultada a vacinação ou outros cuidados, o Estado centralizador está apenas preocupado com outras comunidades. Esta espiral de desconfiança entre os cidadãos poderá ascender até uma possível desconfiança face à vacinação e a um generalizado receio quanto à sua utilização como instrumento específico para enfraquecer um corpo político (*idem*:130-131). No caso específico da vacinação, a implementação de modo hierárquico (*top-down*) das campanhas (como é o caso da poliomielite, e em certa medida do EPI) contribui e porventura amplifica estes sentimentos, por ignorar os laços sociais intra-comunidade e as suas especificidades, não contribuindo para os cuidados de rotina necessários e sendo marcadamente uma importação do exterior (*idem*:132).

São todas estas considerações que importa ter em mente ao analisar a recusa da vacinação, importando compreender as dimensões desta recusa, não a vendo meramente como “obscurantista e supersticiosa”, caracterização que retira à população a capacidade de decisão e a torna um mero objecto de intervenção (Apffel-Marglin, 1987:3). Esta marginalização do cidadão terá efeitos a nível comunitário e individual, contribuindo para o entrenchamento das práticas tradicionais que se afirmarão de modo mais fundamentalista e agressivo (*ibidem*), e também para o afastamento dos pais dos centros de saúde e outros locais de vacinação, receando a maneira como serão recebidos pelos profissionais de saúde (Leach, 2007:134).

Nigéria: o boicote à vacinação de 2003

Traçado este quadro sobre o entendimento da vacinação, bem como a ansiedade em recebê-la ou os modos de expressão de uma recusa, importa analisar um problema ocorrido em alguns Estados de larga maioria de população muçulmana ‘no Norte da Nigéria em 2003 - um boicote à vacinação com origens religiosas - com graves implicações no esforço global de erradicação da poliomielite’ e causada por um receio quanto à segurança das vacinas contra a poliomielite, que estariam contaminadas por substâncias nocivas e com implicações na fertilidade da população.

Procuraremos melhor compreender as razões e os mecanismos que levaram ao início do boicote, quer do ponto de vista religioso e da liderança local, quer no que respeita à população

destes território, motivações que contribuíram para que este durasse cerca de 17 meses. Resolvido graças à intervenção de um conjunto de actores internacionais, incluindo reputados académicos muçulmanos de várias nacionalidades, o boicote teve como principal consequência o alastrar da infecção por poliovírus nas regiões afectadas e ‘em vários países vizinhos, com o total de novas infecções a representar cerca de 80% dos casos de paralisia por poliomielite no período de [duração do] boicote (Kaufmann e Feldbaum 2009:1091).’

As metas optimistas de diminuição dos casos de poliomielite na África Central foram assim prejudicadas quando, no Verão de 2003, a questão da segurança das vacinas utilizadas na erradicação da poliomielite foi posta em causa numa reunião de líderes religiosos, que apelaram aos pais para não permitirem a imunização das crianças e levaram assim ao início de um boicote à vacinação promovido também pelos governadores dos Estados de Kano, Zamfara, Bauchi e Níger no norte da Nigéria (*idem*:1092), país com uma estrutura federal de governo e marcado historicamente por difíceis equilíbrios de forças:

Os primeiros gritos contra as vacinas (...) encontraram uma plataforma em Julho de 2003 quando assumidos pelo Dr. Datti Ahmed, presidente do Conselho Supremo da Sharia na Nigéria [Supreme Council for Sharia in Nigeria (SCSN)]. Alegando a forte probabilidade de que a vacina estivesse contaminada com agentes anti-fertilidade, defendia que não fosse administrada a crianças até serem realizadas investigações (Yahya, 2006:9, tradução da autora).

O fundamento técnico apresentado, de que as vacinas estariam contaminadas com substâncias destinadas a esterilizar a população muçulmana, é um grande exemplo de como um assunto de saúde pública pode ser afectado por razões políticas, a real causa para a continuidade do boicote (Kaufmann, 2009:1093), dada a animosidade entre mundo ocidental e comunidades muçulmanas que marcou a primeira década do século XXI, verificando-se particular ressentimento para com a política externa norte-americana.

A par disto importa ainda considerar a contestação interna por parte dos Estados muçulmanos da Nigéria contra o Governo central do país, a braços com uma fraca legitimidade democrática e um sistema nacional de cuidados de saúde primários em verdadeiro colapso (Yahya, 2006:11). Criticado pela adopção de decisões tidas como autoritárias (numa lógica *top-down*), a aposta federal na poliomielite gerou ressentimento pela sua priorização face a outros aspectos de saúde eventualmente mais prementes (*op.cit.*), mostrando como é essencial

considerar, aquando da adopção de um programa de saúde, os processos de tomada de decisão, as formas de partilha de poder e em particular dos recursos financeiros. Este conhecimento deverá ser usado para melhor definir o programa e promover a sua implementação, gerando confiança no mesmo entre as autoridades locais e não permitindo que ganhe uma dimensão política negativa (Nichter, 2011:171).

Em Janeiro de 2004, a Nigéria tinha-se tornado “o primeiro reservatório e transmissor de poliomielite do mundo inteiro” segundo uma fonte noticiosa nigeriana (citada em Yahya, 2006:12, tradução da autora), embora os esforços para terminar o boicote fossem grandes e envolvessem até os produtores de vacinas, que escreveram aos diferentes governadores para lhes dar garantias da fiabilidade das suas vacinas (*idem*).

O poder do boicote como elemento de contestação aos processos políticos, marcando o descontentamento de alguns Estados nigerianos com as políticas de apoio político (*patronage*) praticadas pelo Governo federal (Leach, 2007:132) ditou que a resolução do boicote só acontecesse depois de extensivos testes à qualidade das vacinas, marcados por várias polémicas quanto à veracidade dos resultados e levando até a Assembleia Nacional da Nigéria a mandar, em Agosto de 2004, uma investigação independente às vacinas, com o fim de verificar a existência de eventuais agentes anti-fertilidade e o seu efeito real (Yahya, 2006:13).

Para além das razões políticas que agravaram o boicote, devemos procurar igualmente olhar para as causas primeiras, particularmente de cariz social que motivaram o mesmo, causas estas, que como atrás vimos, são muitas vezes desvalorizadas pelos actores políticos e vistas como meros resultados de rumor e desconhecimento mas que já motivavam inúmeros pais a recusar as vacinas ainda antes do início do boicote (Leach, 2007:106).

A desconfiança face à vacinação da poliomielite deve ser compreendida por referência à relação mais geral das populações com os sistemas de saúde, muitas vezes ineficazes e mal direccionados e desprovidos de recursos no que respeito às prioridades de intervenção (Yahya, 2006:8). Neste caso em particular são igualmente importantes as memórias comunitárias de outros programas de vacinação e a desconfiança face a intervenções técnicas conduzidas do exterior que deixaram no seu encaço, como nos aponta Yahya (*idem*:11) ao

lembrar a evidente polémica causada por um ensaio clínico sobre meningite conduzido pela Pfizer em 1996, não autorizado e mantido secreto para os participantes.

A prestação dos serviços de vacinação não é, neste contexto, a mais adequada, pelo seu carácter muito hierarquizado e quase coercivo, sendo os NID um evento totalmente desligado dos serviços de rotina e, porventura por isso mesmo, encarados como uma imposição que não corresponde às necessidades reais e causa sim a negligência do Estado face aos serviços considerados como essenciais (Leach, 2007:137). O modo como a campanha foi implementada no terreno foi ainda prejudicada pela escolha dos vacinadores, muitas vezes jovens e vistos pela população como inexperientes e escolhidos para o lugar apenas para retribuir favores (Yahya, 2006:25), levando os cuidadores das crianças a optar, quando possível, por visitas a serviços de saúde estabelecidos na sua região e com os quais já construíram uma relação de confiança (*idem*:19).

Uma outra razão que também contribuiu para a amplificação do boicote foi a ligação à medicina tradicional, nomeadamente o facto de grande parte da população nigeriana combinar o recurso a tratamentos biomédicos e tradicionais, num pluralismo terapêutico promovido pelos próprios curandeiros tradicionais que tentam ainda preservar a sua influência (*idem*:21). São igualmente importantes os entendimentos autóctones sobre a poliomielite (partilhados com a medicina tradicional), motivando na população dúvidas sobre a eficácia da vacina a que os profissionais de saúde e outros envolvidos no programa não conseguiram dar resposta adequada, não percebendo a dimensão espiritual atribuída à doença: “Para aqueles que acreditam fortemente na manifestação espiritual de certas doenças, é inconcebível que algumas gotas de líquido na boca de uma criança (cujos membros estão funcionais) possa acalmar ou afastar o espírito feminino, *Shan-inna*.” (*ibidem*, tradução da autora).

Uma das ideias locais mais importantes sobre a poliomielite, a da ineficácia da vacinação, é-nos transmitida pela declaração de um residente do norte da Nigéria (citado em Leach, 2007:114, tradução da autora), que aponta esta concepção como principal razão para a suspeita de contaminação das vacinas:

Temos que ser muito cuidadosos quando o homem branco chega com medicamentos e afirma curar uma doença como a poliomielite. É fácil para nós acreditar que essas vacinas se destinam a criar infertilidade, porque, da minha experiência, não se consegue curar a poliomielite com

Erradicação da Poliomielite

gotas na boca de um bebé. É tudo uma farsa para cobrir o que estão realmente a fazer (Homem, Kaduna, Julho 2005).

Vemos assim como o contacto com as comunidades e os seus líderes é essencial para resolver os problemas de recusa da vacinação, procurando desenvolver actividades de consciencialização (*awareness-raising*) que permitam aumentar o conhecimento sobre problemas específicos de saúde e sobre as vantagens da imunização (Yahya, 2006:25-27), permitindo também perceber as reais ansiedades dos pais e os seus conceitos e interpretações sobre estas questões (Leach, 2007:138) e até envolver os curandeiros tradicionais no processo de erradicação, procurando respeitar a complementaridade de práticas e crenças (Yahya, 2006:22) e nunca esquecendo a necessária atenção aos receios sobre a segurança das vacinas que motivou o boicote.

‘A resposta ao boicote envolveu líderes nacionais e internacionais, motivando a intervenção de diplomatas americanos, funcionários das Nações Unidas e contactos intensos com a Organização da Conferência Islâmica e outros países muçulmanos, como a Arábia Saudita e a Indonésia. A solução foi possível graças ao esforço concertado de todas as entidades, permitindo a sua reversão em Junho de 2004, mas já demasiado tarde para minorar os efeitos’ negativos e amplificadores no número de casos de poliomielite registados quer na Nigéria, quer na região circundante por causa de importação (Kaufmann, 2009).

Entre os exemplos dos esforços internacionais conta-se o apoio das comunidades muçulmanas e grupos islâmicos mundo fora ao processo de erradicação, incluindo a adopção, em Novembro de 2003, de uma resolução motivando os países muçulmanos a reforçar os seus esforços contra a poliomielite pela Organização da Conferência Islâmica (Yahya, 2006:15) e a forte opinião emitida pelo Islamic Fiqh Council¹⁸ em 2004 a favor da vacinação, considerada legal e legítima à luz do Islão, e reprovando a opção tomada pelos líderes nigerianos:

Eles distorcem a imagem do Islão e fazem parecer que este contradiz a ciência e o progresso médico. (Sheikh Yusuf Al-Qaradawi, citado em Yahya, *ibidem*, tradução da autora)

¹⁸ Este Conselho internacional reúne líderes religiosos e académicos muçulmanos, promovendo a realização de uma conferência anual de reflexão intelectual sobre os desafios que a vida moderna apresenta aos crentes muçulmanos (Yahya, 2006:15).

O aumento das pressões para o fim do boicote, que se arrastava já há 16 meses, levou o Estado de Kano (último a retomar a vacinação) e os líderes religiosos do norte da Nigéria a procurar fornecedores de vacinas em países muçulmanos, também testadas para garantir a segurança (*idem*:16). As vacinas para os Estados nigerianos de maioria muçulmana passariam assim, a partir de Julho de 2004, a ser fabricadas pela empresa indonésia Biopharma, aprovada pela sua qualidade e credenciais muçulmanas. Foi mais tarde tornado público que esta companhia era já uma fornecedora certificada do GPEI (*ibidem*).

Mesmo depois de terminado formalmente o boicote em Outubro de 2004, a desconfiança das populações face à vacinação manteve-se, continuando a vacina a ser vista como causadora de infertilidade e os ocidentais como incapazes de compreender a poliomielite. Os relatos recolhidos no terreno pelos antropólogos que trabalharam este tema mostram a “persistência de um golfo na interpretação sobre o que é a campanha da poliomielite; um golfo alargado pelos decisores políticos ao desconsiderarem as ansiedades dos pais como rumor sem fundamento” (Leach, 2007:137, tradução da autora), facto que, infelizmente, poderá continuar a fazer perigar a campanha de erradicação da poliomielite.

Se recuperarmos a interpretação que acima expusemos, sobre a importância da circulação e dos fluxos sanguíneos para a robustez de uma criança, esta falha de diálogo e ausência de comunicação fluida entre as populações e o GPEI, quer na Nigéria quer noutros territórios, prejudica a força e capacidade de acção do programa, ao representar uma interrupção no fluxo de legitimação do mesmo aos olhos dos seus principais beneficiários.

Conclusão

O final de um processo longo é muitas vezes atribulado, muito em particular se falarmos de um processo de erradicação e das dificuldades em combater os últimos casos, em manter a atenção das populações para a doença que ainda existe por aí. Mas depois de terminada a única erradicação de uma doença humana já conseguida o ambiente era de festa, ainda que o sucesso só tenha sido possível pela “mais estreita das margens”, segundo uma expressão de Donald Henderson:

A sensação retrospectiva de inevitabilidade e triunfo presente em muitos relatos da erradicação da varíola disfarça a realidade da muito mais incerta e instável trajetória até ao ponto final de eliminação (Stepan, 2011:187, tradução da autora)

Será obviamente o nosso desejo que a história da erradicação da poliomielite venha a ser tão exultantemente contada como a da varíola, esquecendo as dificuldades sentidas e animando a comunidade internacional para uma nova batalha. Não podemos no entanto esquecer as dificuldades com que o processo se depara ainda hoje e que aqui procurámos brevemente explanar, tentando mostrar como uma erradicação é mais do que um projecto técnico, transformando-se sim numa questão política com implicações para as actividades operacionais de erradicação e mostrando a ‘clara necessidade de envolver os líderes comunitários, locais e nacionais nos esforços para combater a poliomielite, como reconhece a própria GPEI (2010:13).’

Ao analisarmos as dificuldades que se têm colocado ao programa de erradicação, tentámos traçar um quadro claro dos problemas a considerar para qualquer iniciativa deste género que implique a implementação de um programa internacional e o estabelecimento de grandes programas de imunização, de entre os quais não podemos deixar de relembrar a dificuldade de garantir financiamento contínuo para todo o programa e o necessário estabelecimento de um compromisso alargado entre todos os actores envolvidos no programa, deixando espaço para a responsabilidade e apropriação local da iniciativa e para a participação das comunidades.

Será assim útil lembrar o argumento apresentado por White em 2005 (citado em Leach & Fairhead, 2007:132) sobre como os programas internacionais de erradicação de doenças em

África se têm estruturado como uma soberania não natural [un-natural sovereignty], impondo estratégias e tipos de acções independentemente das necessidades e opções locais. Este facto tem sido igualmente uma grande característica das intervenções em prol do desenvolvimento, estruturadas segundo um modelo cultural externo e reflectindo “mais os princípios, valores e aspirações da cultura ocidental do que os das comunidades que são o seu objecto/alvo” (argumento apresentado por Foster em 1999, referido em Saavedra, 2010:204-205), obrigando a uma reflexão cuidada sobre o desenho e implementação de programas internacionais de saúde, procurando sim atentar nas necessidades e expectativas locais, como de resto procurámos demonstrar ao apontar as expressões de insatisfação e dúvida face ao programa. Só assim conseguiremos alcançar reais ganhos em saúde para todo o planeta, tornando uma realidade, pelo trabalho em prol de um objectivo comum e pela partilha de um sentimento de esperança, os ideais de saúde global que têm orientado o trabalho dos últimos anos:

A Saúde Global deve ser construída com base no respeito mútuo entre diferentes tipos de conhecimento, um desejo comum pela descoberta, uma troca de ideias sobre futuros possíveis e uma visão da saúde como um bem público global. (Nichter, 2011:175, tradução da autora)

Este trabalho em prol da saúde global começa em casa e no contacto com as comunidades, como aqui tentámos demonstrar. Mais do que uma imposição de programas externos e autoritários, de inspiração quase militar como as primeiras tentativas de erradicação do século XX e estilo *à la* Fred Soper (Stepan, 2011), os programas de erradicação devem dialogar e trabalhar com as comunidades procurando responder às suas dúvidas e anseios e ajudando-os, nesta área específica da saúde, a afirmar-se como cidadãos, como nos lembram Emily Martin e Anne-Marie Moulin quando nos mostram a crescente importância da cidadania médica e da afirmação do indivíduo na tomada de decisão em saúde.

A cidadania médica é sem dúvida uma parte essencial do tecido social, ligando-se à capacidade de decidir em saúde, optando por tratamentos preventivos ou curativos e reivindicando a prestação de cuidados por parte de um Estado que se quer benevolente e atento aos cuidados que deve prestar à população que o compõe (Nichter, 2011:172). Ligado a este conceito de cidadania médica encontramos também o apelo para o envolvimento em questões de saúde dos cidadãos de outras partes do mundo, nomeadamente através do apoio a iniciativas internacionais, entre elas a erradicação.

Invocam-se assim não só as razões económicas a que antes aludimos, mas também a dimensão moral de qualquer intervenção internacional em saúde, a ligação destes temas ao debate mais abrangente sobre direitos humanos e a promoção de um “sentido global de biosocialização”, baseado em riscos e ganhos comuns que devem ser obtidos pela humanidade como um todo (*idem*:174). No caso específico da poliomielite, este trabalho tem vindo a ser também desenvolvido, principalmente pelo Rotary International com um forte investimento nas redes sociais e na presença na Internet da iniciativa (destacando-se a criação do *website* End Polio, alojado em <http://www.endpolio.org/>), procurando chamar a atenção da comunidade mundial, e em particular dos cidadãos dos países mais desenvolvidos, para o desafio e a necessidade de continuado apoio e financiamento do processo.

Para lá do estabelecimento e investimento no programa, procurámos ainda olhar para os desafios que se colocam à vacinação contra a poliomielite, ferramenta principal da erradicação. Convém aqui lembrar uma das principais questões por trás da resistência à vacinação: a objectificação da população-alvo. Fruto da dicotomia saúde-doença que marca o pensamento biomédico, os agentes do Estado afirmam-se como sujeitos e actores da erradicação, implementando os seus programas de vacinação e tratando a população como objecto passivo sobre o qual importa actuar para protecção de todos, transpondo a dicotomia médica para o campo sociopolítico (Apffel-Marglin, 1987:26).

São assim criados dois lados da barricada numa batalha que devia ser conjunta, conduzindo a resistências da população e à recusa em aceitar a vacinação, tornando-se estes movimentos de contestação “um acto político de recusa em ser privado de direitos e iniciativa [disenfranchized] por essa divisão entre sujeitos que agem legitimamente e uma população sem poder e objectificada como alvo” (*ibidem*, tradução da autora).

Este aspecto torna-se evidente no caso analisado, ao observarmos como a ligação entre os motivos religiosos e as lutas de poder no interior da Nigéria leva a população a procurar novas formas de legitimidade, que envolvam uma maior preocupação com o seu bem-estar, que entendem como desprotegido pelo Estado central e actores internacionais. Somos assim obrigados a repensar a ligação e a preeminência da vacinação, procurando modos alternativos de implementar estas actividades, dialogando com as comunidades, esclarecendo as suas

questões e respeitando as suas crenças, para garantir que se sentem esclarecidas e em segurança nas mãos do Estados e dos actores externos que implementam um programa.

Só garantindo o seu apoio às iniciativas permitirá que não haja tentações totalitárias e causa para abusos de poder por parte dos profissionais de saúde, pelo que devemos trabalhar para que o controlo biopolítico de que nos fala Foucault (referido em Apffel-Marglin, 1987:25, tradução da autora) não se torne uma infeliz realidade:

No hospital o inimigo da saúde é colocado sobre vigilância. No campo da epidemiologia, onde o inimigo está espalhado entre a população, a polícia é chamada para apoiar os peritos médicos a destruir o inimigo.

No passado dia 24 de Outubro celebrou-se o primeiro Dia Mundial Contra a Poliomielite, momento ideal para um ponto de situação: o tempo é de emergência, e terminar a erradicação da poliomielite merece toda a atenção da comunidade internacional.

Os três países ainda endémicos estão no centro dos esforços, com grande investimento de recursos humanos, mas nunca esquecendo a responsabilidade local (*local ownership*) face a estes esforços: envolvendo líderes tradicionais na selecção dos vacinadores na Nigéria, procurando operar nas áreas mais inseguras do Afeganistão e implicar as outras estruturas administrativas dos distritos do Paquistão (e não apenas o sector da saúde) nos esforços de imunização (GPEI, 2012b).

Os esforços exigem o maior envolvimento dos Chefes de Estado, de modo a garantir um elevado nível de compromisso de cada país, o que motivou a nomeação em cada país de um “single focal point, a polio *tsar*”, que reporta directamente ao Chefe de Estado de cada um dos três países ainda endémicos (*ibidem*).

Segundo dados do GPEI, em 2012 foram já vacinadas 398 milhões de crianças. Esperamos que as dificuldades que o GPEI enfrenta, e que aqui procurámos melhor perceber analisando a criação, estrutura e actividades desenvolvidas pelo programa, não impeçam a continuidade destas actividades, permitindo que os 171 casos já registados em 2012 não aumentem até ao final do ano.

A erradicação de uma doença é, pensamos, um bem público global. Concentrar esforços para terminar o trabalho é agora essencial, quando falta apenas “um bocadinho assim” (para retomar uma expressão popularizada por uma peça publicitária a um iogurte infantil) e

Erradicação da Poliomielite

quando serão tantos os benefícios calculados, como procurámos também mostrar ao analisar os argumentos a prol da erradicação. A importância dos ganhos em saúde e das poupanças económicas que o mundo conseguirá com a erradicação são um dos grandes motivos para continuar o apoio à erradicação.

Maiores ainda serão os prejuízos de um abandono do programa, como visto pelo impacto que o boicote nigeriano de 2003 teve no número de casos de poliomielite no país e na região vizinha. Estes impactos negativos juntam-se agora como grande argumento ao caso em prol da erradicação, apontando para a necessidade de não baixar a guarda sob pena de retrocedermos catastroficamente, mesmo após tantos esforços.

Lembremos as palavras do director do GPEI, Bruce Aylward, num evento público de divulgação dos esforços contra a poliomielite (TED, 2011):

Erradicar a pólio é algo inteligente, e é a coisa certa para se fazer. Estamos em tempos economicamente difíceis. Mas como David Cameron do Reino Unido disse há cerca de um mês quando falava sobre a pólio, "Nunca há uma época errada para fazer a coisa certa." (...) Nós temos a chance de escrever um capítulo inteiro de pólio erradicada na história da humanidade.

Mas se hesitarmos agora, perderemos para sempre a chance de erradicar essa doença antiga.

Com esta pequena descrição das forças e fraquezas do GPEI, na qual procurámos continuamente chamar a atenção para a grande importância da participação comunitária, esperamos abrir caminhos de reflexão e maior interrogação sobre o modo como, enquanto humanidade, conduzimos um programa deste género e participamos no esforço conjunto em prol de um bem colectivo que a todos beneficiará.

Bibliografia

- ANON, 2004. Muslims and the polio vaccine: Paralysed by fear. Em: *The Economist* [Em linha]. 8 Janeiro 2004. [Acedido a 26 Janeiro 2011]. Disponível em: <http://www.economist.com/node/2338827>.
- ANON, 2008. The Final Inch: Trailer [Em linha]. S.l.: 3 Novembro 2008. [Acedido a 24 Outubro 2012]. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=YCZ-bbkn44c&feature=youtube_gdata_player.
- ANON, 2009. *Staff Benda Bilili - «Polio»* [Em linha]. S.l.: 6 Fevereiro 2009. [Acedido a 8 Agosto 2012]. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=KzCUcO_d1qI&feature=youtube_gdata_player.
- ANON, 2010. Pakistan: New Fatwa Encourages Polio Vaccinations. Em: *Islamopedia Online* [Em linha]. 24 Março 2010. [Acedido a 28 Janeiro 2011]. Disponível em: <http://www.islamopediaonline.org/node/1158>.
- APFFEL-MARGLIN, Frédérique, 1987, Smallpox in two systems of knowledge. S.l.: World Institute for Development Economics Research.
- ANON, 2012. O valor das vacinas. Em: *Especial Saúde* [Em linha]. Debate moderado com 3 convidados, em estúdio. S.l.: RTP Informação. 10 Outubro 2012. [Acedido a 13 Outubro 2012]. Disponível em: <http://www.rtp.pt/programa/tv/p24534>.
- AYLWARD, B, HENNESSEY, K A, ZAGARIA, N, OLIVÉ, J M e COCHI, S, 2000. When is a disease eradicable? 100 years of lessons learned. Em: *American Journal of Public Health*. Outubro 2000. Vol. 90, no. 10, pp. 1515-1520.
- AYLWARD, Bruce R., Lessons from the Late Stages of the Global Polio Eradication Initiative. Em: COCHI, Stephen L. e DOWDLE, Walter R. (eds.), *Disease eradication in the 21st century : implications for global health*. Cambridge Mass.: MIT Press. 2011. ISBN 9780262016735. pp. 13-23.
- BARRETT, Scott, 2003. Global Disease Eradication. Em: *Journal of the European Economic Association* [Em linha]. 2003. Vol. 1, no. 2-3, pp. 591-600. [Acedido a 28 Janeiro 2011]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1162/154247603322391224>.
- BASTOS, Cristiana, Fronteiras Instáveis, Corpos permeáveis: Alguns Mapas do Medo, da Política e da Biologia Imaginária. Em: CUNHA, Manuela Ivone e DURAND, Jean-Yves (eds.), *Razões de Saúde: Poder e Administração do Corpo; Vacinas, Alimentos, Medicamentos*. S.l.: Fim de Século. 2011. ISBN 9789727542826. pp. 107-121.
- BHATTACHARYA, Sanjoy e DASGUPTA, Rajib, 2009. A tale of two global health programs. Smallpox eradication's lessons for the antipolio campaign in India. Em: *American Journal of Public Health* [Em linha]. Julho 2009. Vol. 99, no. 7, pp. 1176-1184. [Acedido a 5 Dezembro 2011]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19528668>.
- COCHI, Stephen L. e DOWDLE, Walter R. (eds.), *Disease eradication in the 21st century : implications for global health*. Cambridge Mass.: MIT Press. 2011. ISBN 9780262016735.

- CUNHA, Manuela Ivone e DURAND, Jean-Yves (orgs.), *Razões de Saúde: Poder e Administração do Corpo; Vacinas, Alimentos, Medicamentos*. S.l.: Fim de Século. 2011. ISBN 9789727542826.
- DA COSTA, Gilbert, 2007. Setback for Nigeria's Polio Fighters. Em: Time [Em linha]. 25 Outubro 2007. [Acedido a 26 Janeiro 2011]. Disponível em: <http://www.time.com/time/health/article/0,8599,1675423,00.html>.
- EMERSON, Claudia I., The Moral Case for Eradication. Em: COCHI, Stephen L. e DOWDLE, Walter R. (eds.), *Disease eradication in the 21st century : implications for global health*. Cambridge Mass.: MIT Press. 2011. ISBN 9780262016735. pp. 103-113.
- END POLIO NOW, *The Fight to End Polio* [Em linha]. 2012. 30 Agosto 2012. S.l.: s.n. [Acedido a 31 Agosto 2012]. Disponível em: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10151127141889837&set=a.323488349836.146217.78976274836&type=1&theater>.
- FRICK, Melissa, 2009. Nigerian Polio Outbreak: When Myth Trumps Medicine « Global Health Forum. Em: [Em linha]. 24 Agosto 2009. [Acedido a 26 Janeiro 2011]. Disponível em: <http://www.globalhealthforum.org/poliooutbreak.php>.
- GATES, Bill, 2012. 3,000 Miles for 3 Minutes: A Global Call to End Polio. Em: The Gates Notes [Em linha]. 25 Setembro 2012. [Acedido a 29 Setembro 2012]. Disponível em: <http://www.thegatesnotes.com/Topics/Health/A-Global-Call-to-End-Polio>.
- GLOBAL POLIO ERADICATION INITIATIVE, 2003. West Africa at increased risk of new polio outbreak. Em: *GPEI | Media Room | News stories* [Em linha]. 8 Dezembro 2003. [Acedido a 26 Setembro 2012]. Disponível em: <http://www.polioeradication.org/tabid/461/iid/235/Default.aspx>.
- GLOBAL POLIO ERADICATION INITIATIVE, 2010. Strategic Plan 2010-2012 [Em linha]. S.l.: World Health Organization. [Acedido a 3 Novembro 2010]. Disponível em: <http://www.polioeradication.org/ResourceLibrary/StrategyAndWork/StrategicPlan.aspx>.
- GLOBAL POLIO ERADICATION INITIATIVE, 2011a. History of polio. Em: *GPEI | Polio and Prevention* [Em linha]. [Acedido a 9 Setembro 2012]. Disponível em: <http://www.polioeradication.org/Polioandprevention/Historyofpolio.aspx>.
- GLOBAL POLIO ERADICATION INITIATIVE, 2011b. Inactivated Polio Vaccine (IPV). Em: *GPEI | Polio and Prevention* [Em linha]. [Acedido a 9 Setembro 2012 b]. Disponível em: <http://www.polioeradication.org/Polioandprevention/Thevaccines/InactivatedpoliovaccineIPV.aspx>.
- GLOBAL POLIO ERADICATION INITIATIVE, 2011c. Oral Polio Vaccine (OPV). Em: *GPEI | Polio and Prevention* [Em linha]. [Acedido a 9 Setembro 2012 c]. Disponível em: <http://www.polioeradication.org/Polioandprevention/Thevaccines/OralpoliovaccineOPV.aspx>.
- GLOBAL POLIO ERADICATION INITIATIVE, 2011d. The vaccines. Em: *GPEI | Polio and Prevention | The vaccines* [Em linha]. [Acedido a 9 Setembro 2012]. Disponível em: <http://www.polioeradication.org/Polioandprevention/Thevaccines.aspx>.
- GLOBAL POLIO ERADICATION INITIATIVE, 2011e. The virus. Em: *GPEI | Polio and Prevention* [Em linha]. [Acedido a 9 Setembro 2012]. Disponível em: <http://www.polioeradication.org/Polioandprevention/Thevirus.aspx>.

- GLOBAL POLIO ERADICATION INITIATIVE, 2011f. Newsstories 2011. Em: *GPEI | Media Room* [Em linha]. [Acedido a 9 Setembro 2012]. Disponível em: <http://www.polioeradication.org/Mediaroom/Newsstories/Newsstories2011.aspx>.
- GLOBAL POLIO ERADICATION INITIATIVE, *Polio in India Factsheet* [Em linha]. 2012. S.l.: s.n. [Acedido a 21 Outubro 2012]. Disponível em: http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/InfectedCountries/India/Polio_In_India_Factsheet.pdf.
- GLOBAL POLIO ERADICATION INITIATIVE, 2012a. The ‘Final Inch’ towards eradication in India. Em: *GPEI | Media Room* [Em linha]. [Acedido a 9 Setembro 2012]. Disponível em: <http://www.polioeradication.org/tabid/461/iid/192/Default.aspx>.
- GLOBAL POLIO ERADICATION INITIATIVE, 2012b. Newsstories. Em: *GPEI | Media Room* [Em linha]. [Acedido a 29 Outubro 2012]. Disponível em: <http://www.polioeradication.org/Mediaroom/Newsstories.aspx>.
- GLOBAL POLIO ERADICATION INITIATIVE, 2012c. Polio this week. Em: *GPEI | Polio and Prevention | Data and Monitoring* [Em linha]. [Acedido a 24 Outubro 2012]. Disponível em: <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek.aspx>
- GUY, Sandra. 2012. Social media aids polio fight. Em: *Chicago Sun-Times* [Em linha]. S.l., 21 Setembro 2012. [Acedido a 30 Setembro 2012]. Disponível em: <http://www.suntimes.com/technology/guy/15256168-452/social-media-aids-polio-fight.html>.
- HAHN, Robert A. e INHORN, Marcia C. (eds.), *Anthropology and public health*. 2. New York, New York: Oxford University Press. 2009. ISBN 9780195374643.
- HALL, Robert G., *Political and Social Determinants of Disease Eradication*. Em: COCHI, Stephen L. e DOWDLE, Walter R. (eds.), *Disease eradication in the 21st century : implications for global health*. Cambridge Mass.: MIT Press. 2011. ISBN 9780262016735. pp. 47-61.
- HEADLEY, Joan L., s.a. What is Post-Polio Syndrome? Em: *Post-Polio Health International | Education* [Em linha]. [Acedido a 11 Setembro 2012]. Disponível em: <http://www.post-polio.org/edu/pps.html>.
- HENDERSON, D. A., 2009. *Smallpox- the Death of a Disease: The Inside Story of Eradicating a Worldwide Killer*. 1. S.l.: Prometheus Books. ISBN 1591027225.
- HINMAN, Alan R., *Integration of Eradication Initiatives and Health Systems*. Em: COCHI, Stephen L. e DOWDLE, Walter R. (eds.), *Disease eradication in the 21st century : implications for global health*. Cambridge Mass.: MIT Press. 2011. ISBN 9780262016735. pp. 203-215.
- HULL, H F e AYLWARD, R B, 2001. Progress towards global polio eradication. Em: *Vaccine* [Em linha]. 14 Agosto 2001. Vol. 19, no. 31, pp. 4378-4384. [Acedido a 28 Janeiro 2011]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11483262>.
- IRIN (UN OCHA), 2004. NIGERIA: Muslim suspicion of polio vaccine lingers on. Em: [Em linha]. Março 2004. [Acedido a 26 Janeiro 2011]. Disponível em: <http://www.scienceinafrica.co.za/2004/march/polio.htm>.
- KAUFMANN, Judith R e FELDBAUM, Harley, 2009. Diplomacy and the polio immunization boycott in Northern Nigeria. Em: *Health Affairs (Project Hope)* [Em linha].

- Agosto 2009. Vol. 28, no. 4, pp. 1091-1101. [Acedido a 29 Janeiro 2011]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19597208>.
- KHAN, M. Mahmud e EHRETH, Jennifer, 2003. Costs and benefits of polio eradication: a long-run global perspective. Em: *Vaccine* [Em linha]. 30 Janeiro 2003. Vol. 21, no. 7-8, pp. 702-705. [Acedido a 28 Janeiro 2011]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6TD4-473VRGJ-2/2/cea7d89d9b17da20d6a0246af6176815>.
- KIMMAN, Tjeerd G e BOOT, Hein, 2006. The polio eradication effort has been a great success—let’s finish it and replace it with something even better. Em: *The Lancet Infectious Diseases* [Em linha]. Outubro 2006. Vol. 6, no. 10, pp. 675-678. [Acedido a 8 Agosto 2012]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(06\)70603-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(06)70603-X/fulltext).
- LAST, John M., *Um Dicionário de Epidemiologia*. 2. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. 1995. ISBN 9726750385.
- LEACH, Melissa e FAIRHEAD, James, *Vaccine anxieties: global science, child health and society*. London; Sterling, VA: Earthscan. 2007. ISBN 9781844074167 1844074161 9781844073702 184407370X.
- MANN, Jonathan M, GOSTIN, Lawrence, GRUSKIN, Sofia, BRENNAN, Troyen, LAZZARINI, Zita e FINEBERG, Harvey V, 1994. Health and human rights. Em: *Health and Human Rights* [Em linha]. 1994. Vol. 1, no. 1, pp. 6-23. [Acedido a 24 Janeiro 2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10395709>.
- MARTIN, Emily, *Flexible Bodies*. 1. S.I.: Beacon Press. 1995. ISBN 0807046272.
- MILLER, M., HENDERSON, D.A. e BARRETT, Scott, Control and Eradication. Em: JAMISON, D.T. (ed.), *Disease Control Priorities in Developing Countries* [Em linha]. 2. Oxford: Oxford University Press. 2006. pp. 1163-1176.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012. Programa Nacional de Vacinação. Em: Portal da Saúde [Em linha]. 5 Julho 2012. [Acedido a 9 Setembro 2012]. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/vacinacao/vacinas.htm>.
- MOULIN, Anne-Marie, 2007. [Vaccines, the modern state and societies]. Em: *Médecine Sciences: M/S* [Em linha]. Abril 2007. Vol. 23, no. 4, pp. 428-434. [Acedido a 12 Janeiro 2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17433235>.
- MOULIN, Anne-Marie, O Ponto de Viragem da Saga Vacinal: de Ferramenta de Governo a Instrumento de Saúde Individual. Em: CUNHA, Manuela Ivone e DURAND, Jean-Yves (eds.), *Razões de Saúde: Poder e Administração do Corpo; Vacinas, Alimentos, Medicamentos*. S.I.: Fim de Século. 2011. ISBN 9789727542826. pp. 125-136.
- NATHANSON, N. e KEW, O. M., 2010. From Emergence to Eradication: The Epidemiology of Poliomyelitis Deconstructed. Em: *American Journal of Epidemiology* [Em linha]. 26 Outubro 2010. Vol. 172, no. 11, pp. 1213-1229. [Acedido a 12 Janeiro 2012]. Disponível em: <http://aje.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/aje/kwq320>.
- OLUSANYA, Bola, 2004. Polio-vaccination boycott in Nigeria. Em: *The Lancet* [Em linha]. Junho 2004. Vol. 363, no. 9424, pp. 1912. [Acedido a 14 Janeiro 2012]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)16380-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)16380-0/fulltext).

- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION e PAN AMERICAN SANITARY BUREAU, Poliomylitis eradication: field guide. S.l.: Pan American Health Org. 2006. ISBN 9789275116074.
- REINGOLD, Arthur L. e PHARES, Christina R., Infectious Diseases. Em: MERSON, Michael H, BLACK, Robert E e MILLS, Anne (eds.), International public health: diseases, programs, systems, and policies. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett. 2006. ISBN 0763729671 9780763729677.
- RENNE, Elisha, 2006. Perspectives on polio and immunization in Northern Nigeria. Em: *Social Science & Medicine* [Em linha]. Outubro 2006. Vol. 63, no. 7, pp. 1857-1869. [Acedido a 31 Janeiro 2012]. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953606002243>.
- REY, Michel e GIRARD, Marc P., 2008. The global eradication of poliomyelitis: Progress and problems. Em: *Comparative Immunology, Microbiology and Infectious Diseases* [Em linha]. Março 2008. Vol. 31, no. 2-3, pp. 317-325. [Acedido a 9 Janeiro 2012]. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0147957107000756>.
- ROTARY INTERNATIONAL, 2012. [Funding gaps]. Em: Facebook [Em linha]. 2012. [Acedido a 23 Outubro 2012]. Disponível em: <http://www.facebook.com/photo.php?fbid=10151397987509552&set=a.366443499551.211988.7268844551&type=1&theater>.
- SAAVEDRA, Mónica, «*Uma Questão Nacional*» *Enredos da Malária em Portugal, séculos XIX e XX*. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. 2010.
- SAAVEDRA, Mónica, O Consenso Vacinal Revisitado: Hegemonia Dinâmica. Em: CUNHA, Manuela Ivone e DURAND, Jean-Yves (eds.), *Razões de Saúde: Poder e Administração do Corpo; Vacinas, Alimentos, Medicamentos*. S.l.: Fim de Século. 2011. ISBN 9789727542826. pp. 137-159.
- SHARDA, Shailvee. 2009. UP imam's festive fatwa: Eradicate polio. Em: The Times of India [Em linha]. 21 Setembro 2009. [Acedido a 28 Janeiro 2011]. Disponível em: <http://timesofindia.indiatimes.com/india/UP-imams-festive-fatwa-Eradicate-polio/articleshow/5035704.cms>.
- STEPAN, Nancy Leys, *Eradication: Ridding the World of Diseases Forever?* 1. S.l.: Cornell University Press. 2011. ISBN 0801450586.
- STOEVER, Kari, Governance Models for Eradication Initiatives. Em: COCHI, Stephen L. e DOWDLE, Walter R. (eds.), *Disease eradication in the 21st century : implications for global health*. Cambridge Mass.: MIT Press. 2011. ISBN 9780262016735. pp. 159-174.
- SUTTER, R W e COCHI, S L, 1997. Comment: ethical dilemmas in worldwide polio eradication programs. Em: *American Journal of Public Health* [Em linha]. Junho 1997. Vol. 87, no. 6, pp. 913-916. [Acedido a 12 Janeiro 2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9224167>.
- TAYLOR, C E, CUTTS, F e TAYLOR, M E, 1997. Ethical dilemmas in current planning for polio eradication. Em: *American Journal of Public Health* [Em linha]. Junho 1997. Vol. 87, no. 6, pp. 922-925. [Acedido a 28 Janeiro 2011]. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/abstract/87/6/922>.

- TEBBENS, Radboud J. Duintjer, PALLANSCH, Mark A., COCHI, Stephen L., WASSILAK, Steven G.F., LINKINS, Jennifer, SUTTER, Roland W., AYLWARD, R. Bruce e THOMPSON, Kimberly M., 2010. Economic analysis of the global polio eradication initiative. Em: Vaccine [Em linha]. Dezembro 2010. Vol. 29, no. 2, pp. 334-343. [Acedido a 9 Janeiro 2012]. Disponível em:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0264410X10014957>.
- TED, 2011. Bruce Aylward: How we'll stop polio for good | Video on TED.com [Em linha]. S.l.: 2011. [Acedido a 25 Outubro 2012]. TED Talks. Disponível em:
http://www.ted.com/talks/bruce_aylward_how_we_ll_stop_polio.html.
- THOMPSON, Kimberly M. e TEBBENS, Radboud J. Duintjer, Economic Evaluation of the Benefits and Costs of Disease Elimination and Eradication Initiatives. Em: COCHI, Stephen L. e DOWDLE, Walter R. (eds.), Disease eradication in the 21st century : implications for global health. Cambridge Mass.: MIT Press. 2011. ISBN 9780262016735. pp. 115-130.
- UNDP, 2003. The Book | Glossary. Em: Providing Global Public Goods [Em linha]. 2003. [Acedido a 29 Setembro 2012]. Disponível em:
<http://web.undp.org/globalpublicgoods/globalization/glossary.html>.
- UNITED NATIONS. With Polio Reduced by 99 per cent Worldwide, Secretary-General says standing shoulder to shoulder with Nigeria, Pakistan, Afghanistan will finish job Em: UN | Department of Public Information [Em linha]. 27 Setembro 2012. [Acedido a 29 Setembro 2012]. Disponível em:
<http://www.un.org/News/Press/docs/2012/sgsm14548.doc.htm>
- WORLD HEALTH ASSEMBLY, WHA 41.28 - Global eradication of poliomyelitis by the year 2000 [Em linha]. 1988. 13 Maio 1988. S.l.: s.n. [Acedido a 19 Outubro 2012]. Disponível em:
http://www.polioeradication.org/content/publications/19880513_resolution.pdf.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, Case definitions for the four diseases requiring notification in all circumstances under the International Health Regulations (2005) [Em linha]. s.a. S.l.: s.n. [Acedido a 9 Setembro 2012]. Disponível em:
http://www.who.int/ihr/Case_Definitions.pdf.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004. WHO | The world health report 2003 - shaping the future. Em: WHO [Em linha]. 2004. [Acedido a 19 Novembro 2011]. Disponível em:
<http://www.who.int/whr/2003/en/>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, The case for completing polio eradication [Em linha]. 2007. S.l.: World Health Organization. [Acedido a 3 Novembro 2010]. Disponível em:
http://www.polioeradication.org/content/publications/TheCase_FINAL.pdf.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a. AFP/polio case count. Em: WHO | Immunization monitoring [Em linha]. 21 Setembro 2012. Disponível em:
http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/afpextract.cfm.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012b. Immunization surveillance, assessment and monitoring | Poliomyelitis. Em: WHO | Immunization monitoring | Poliomyelitis [Em linha]. 5 Outubro 2012. [Acedido a 25 Setembro 2012]. Disponível em:
http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/poliomyelitis/en/index.html.

Erradicação da Poliomielite

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012c. WHO | Poliomyelitis | Fact sheet N.º 114.

Em: WHO | Media Centre [Em linha]. Fevereiro 2012. [Acedido a 9 Setembro 2012].

Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/en/index.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012d. WHO | The Decade of Vaccines

Collaboration commits to improving the health and lives of women and children. Em:

WHO [Em linha]. 2012. [Acedido a 23 Outubro 2012]. Disponível em:

http://www.who.int/immunization/newsroom/press/decade_of_vaccines_commitment_every_woman_child_october_2012/en/index.html.

YAHYA, Maryam, Polio vaccines : difficult to swallow : the story of controversy in Northern Nigeria. Brighton: Institute of Development Studies, University of Sussex. 2006.

ISBN 1858646073 9781858646077.

YVES BEIGBEDER, 1997. Another role for an NGO: financing a WHO programme - Rotary International and the eradication of poliomyelitis. Em: Transnational Associations.

Fevereiro 1997. Vol. 49, no. 1, pp. 37-43.

Anexo A

Case definitions for the four diseases requiring notification in all circumstances under the International Health Regulations (2005)

Anexo B

Evolução dos casos de poliomielite e de paralisia flácida aguda entre 1996 e 2012 (dados da WHO e GPEI)

Anexo C

Casos de poliomielite registados entre 2010 e 2012 por país (dados da WHO e GPEI)

Anexo D

Resolução 41.27 da Assembleia Mundial de Saúde, de 13 de Maio de 1988

Case definitions for the four diseases requiring notification in all circumstances under the International Health Regulations (2005)

A) Human influenza caused by a new subtype

Case definition for notification of human influenza caused by a new subtype under the IHR (2005)

State Parties to the IHR (2005) are required to immediately notify WHO of any laboratory confirmed case of a recent human infection caused by an influenza A virus with the potential to cause a pandemic. Evidence of illness is not required for this report.

An influenza A virus is considered to have the potential to cause a pandemic if the virus has demonstrated the capacity to infect a human and if the haemagglutinin gene (or protein) is not a variant or mutated form of those, i.e. A/H1 or A/H3, circulating widely in the human population.

An infection is considered recent if it has been confirmed by positive results from polymerase chain reaction (PCR), virus isolation, or paired acute and convalescent serologic tests. An antibody titre in a single serum is often not enough to confirm a recent infection, and should be assessed by reference to valid WHO case definitions for human infections with specific influenza A subtypes.

B) Poliomyelitis due to wild-type poliovirus

Case definition for notification of poliomyelitis due to wild-type poliovirus under the IHR (2005)

Under the IHR (2005), a notifiable case of poliomyelitis due to wild-type poliovirus is defined as a suspected case* with isolation of wild poliovirus in stool specimens¹ collected from the suspected case or from a close contact of the suspected case.

*A suspected case is defined as a child under 15 years of age presenting with acute flaccid paralysis (AFP²), or as any person at any age with paralytic illness if poliomyelitis is suspected.

¹ As a standard procedure, two stool specimens are collected from an AFP case within 14 days of paralysis onset. Since virus excretion in the stool decreases beyond two weeks after paralysis onset, and to increase the sensitivity of virus detection, additional stool specimens from up to five close contacts are taken from AFP cases for whom 2 specimens collected within 14 days of paralysis onset are not available.

² Poliomyelitis cannot be diagnosed reliably on clinical grounds because other conditions presenting with acute paralysis can mimic poliomyelitis. Surveillance for polio eradication therefore requires the reporting of all children < 15 yrs with acute onset flaccid paralysis, with subsequent laboratory testing of stool specimens.

Note concerning notification of wild or vaccine-derived poliovirus from sources other than AFP cases

In addition to notification of laboratory confirmed cases of poliomyelitis due to wild-type poliovirus (a disease which is designated in Annex 2 of the IHR (2005) as "unusual or unexpected and may have serious public health impact"), the isolation of wild or vaccine-derived poliovirus from other human or non-human sources (from persons without paralysis, or from environmental samples) must generally also be notified to WHO under the separate notification requirement for "events which may constitute a public health emergency of international concern" as they fulfil at least two of the four criteria for notification.

C) Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)

Case definition for notification of SARS under the IHR (2005)

In the SARS post-outbreak period, a notifiable case of SARS is defined as an individual with laboratory confirmation of infection with SARS coronavirus (SARS-CoV) who **either** fulfils the clinical case definition of SARS **or** has worked in a laboratory working with live SARS-CoV or storing clinical specimens infected with SARS-CoV.

Clinical case definition of SARS:

1. A history of fever, or documented fever
AND
2. One or more symptoms of lower respiratory tract illness (cough, difficulty breathing, shortness of breath)
AND
3. Radiographic evidence of lung infiltrates consistent with pneumonia or acute respiratory distress syndrome (ARDS) or autopsy findings consistent with the pathology of pneumonia or ARDS without an identifiable cause
AND
4. No alternative diagnosis can fully explain the illness.

Diagnostic tests required for laboratory confirmation of SARS:

A) Conventional reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR) and real-time reverse transcriptase PCR (real-time RT-PCR) assay detecting viral RNA present in:

1. At least two different clinical specimens (e.g. nasopharyngeal and stool)
OR
2. The same clinical specimen collected on two or more occasions during the course of the illness (e.g. sequential nasopharyngeal aspirates)
OR
3. In a new extract from the original clinical sample tested positive by two different assays or repeat RT-PCR/real-time RT-PCR on each occasion of testing
OR
4. In virus culture from any clinical specimen.

B) Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA) and immunofluorescent assay (IFA)

1. Negative antibody test on serum collected during the acute phase of illness followed by positive antibody test on convalescent phase serum, tested simultaneously
OR
2. Fourfold or greater rise in antibody titre against SARS-CoV between an acute serum specimen and a convalescent serum specimen (paired sera), tested simultaneously.

Note:

In the absence of known SARS-CoV transmission to humans, the positive predictive value of a SARS-CoV diagnostic test is extremely low; therefore the diagnosis should be independently verified in one or more WHO International SARS Reference and Verification Network laboratories. A single case of SARS must be reported to WHO under the IHR (2005).

A detailed exposure history is an essential part of the diagnostic workup for any person under investigation for SARS. More information on SARS surveillance can be found at: http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_CSR_ARO_2004_1/en/index.html.

Infections with SARS-CoV that occur as a result of breaches in laboratory biosafety/biosecurity should be fully investigated.

Once an outbreak of SARS has been independently verified by one or more WHO International SARS Reference and Verification Network laboratories, WHO will make the appropriate case definitions for surveillance and reporting available through its usual well-established mechanisms.

D) Smallpox

Case definition for notification of smallpox under the IHR (2005)

States Parties to the IHR (2005) are required to immediately notify to WHO of any confirmed case of smallpox. The case definition for a confirmed smallpox case includes the following:

Confirmed case of smallpox:

An individual of any age presenting with acute onset of fever ($\geq 38.3^{\circ}\text{C}/101^{\circ}\text{F}$), malaise, and severe prostration with headache and backache occurring 2 to 4 days before rash onset

AND

Subsequent development of a maculopapular rash starting on the face and forearms, then spreading to the trunk and legs, and evolving within 48 hours to deep-seated, firm/hard and round well-circumscribed vesicles and later pustules, which may become umbilicated or confluent

AND

Lesions that appear in the same stage of development (i.e. all are vesicles or all are pustules) on any given part of the body (e.g. the face or arm)

AND

No alternative diagnosis explaining the illness

AND

Laboratory confirmation.

Note:

In contrast to the varicella (chickenpox) infection with centripetal and more superficial lesions, the majority of smallpox cases present with a characteristic rash that evolves slowly over days (with each stage lasting 1-2 days) at the same rate and is centrifugal in distribution, i.e. predominantly concentrated on face and extremities with usual involvement of the palms and soles of the feet. More information and illustrative examples to differentiate smallpox from chickenpox can be found at <http://www.who.int/csr/disease/smallpox/preparedness/en/index.html>.

The risk of not identifying atypical presentations of smallpox is weighed against the extreme low risk of reintroduction of the disease and the very high risk of obtaining a false-positive laboratory result. In view of this, laboratory tests to confirm smallpox should be limited to individuals that match the above clinical case definition. Should a single, laboratory confirmed case of smallpox ever occur, it would be then considered an outbreak since smallpox no longer exists as a naturally occurring disease.



AFP/polio case count

Summary Report

Updated on: 19-Oct-2012

Next update schedule: 03-Nov-2012

Region	Year	AFP cases reported	Non-polio AFP rate	AFP cases with adequate specimens (%)	Total confirmed polio cases	Wild-virus confirmed polio cases	
AFR	1996	2377	0.2	0	1949	0	
	1997	506	0.2	24	1087	31	
	1998	1699	0.3	35	993	96	
	1999	5011	0.8	31	2861	246	
	2000	5936	1.5	50	1863	160	
	2001	8542	3.0	72	70	69	
	2002	8587	3.1	81	212	208	*5
	2003	8181	2.6	88	446	446	
	2004	9719	2.9	89	934	934	
	2005	11683	3.3	86	883	879	*5
	2006	12472	4.0	89	1212	1189	*9
	2007	12080	4.0	90	435	367	*2
	2008	14256	4.4	90	992	912	*2
2009	15127	3.9	89	851	691	*2	
2010	16500	4.3	87	710	657	*2	
2011	16636	4.4	88	397	350	*11	
2012	13386	4.4	90	131	102	*2	
AMR	1996	1963	1.2	0	0	0	
	1997	1894	1.0	74	0	0	
	1998	1662	0.9	73	0	0	
	1999	1861	1.1	74	0	0	
	2000	2139	1.2	73	12	0	*4
	2001	2207	1.2	78	9	0	*4
	2002	2168	1.3	80	0	0	
	2003	2229	1.3	81	0	0	
	2004	2309	1.4	79	0	0	
	2005	2213	1.3	80	0	0	
	2006	2151	1.3	78	0	0	
	2007	2111	1.3	78	0	0	
	2008	2063	1.2	79	0	0	
2009	1873	1.1	79	0	0		
2010	2006	1.2	79	0	0		
2011	1704	1.3	80	0	0		
2012	954	0.8	79	0	0		
EMR	1996	1775	0.7	0	532	268	
	1997	2856	0.9	53	1255	264	
	1998	2216	0.9	64	555	230	
	1999	3079	1.1	67	914	479	
	2000	3253	1.4	70	505	287	
	2001	3865	1.9	83	143	143	
	2002	4625	2.3	88	110	110	
	2003	5290	2.4	90	113	113	
	2004	6176	2.7	89	187	187	
	2005	8849	3.7	88	727	727	
	2006	8739	3.9	89	107	107	
	2007	9394	4.2	91	58	58	
	2008	10799	4.6	91	175	174	*2
2009	10611	4.4	91	176	172	*2	

EUR	2010	11338	5.6	91	175	169	*2	
	2011	11742	5.7	90	297	278	*2	
	2012	8407	4.9	91	74	69	*2	
	1996	1039	0.7	0	193	86		
	1997	1596	1.1	69	7	6		
	1998	1315	0.9	68	26	26		
	1999	1703	1.2	74	0	0		
	2000	1645	1.1	80	0	0		
	2001	1764	1.2	81	3	3	*1	
	2002	1717	1.1	83	0	0		
	2003	1529	1.2	83	0	0		
	2004	1516	1.1	81	0	0		
	2005	1479	1.1	82	0	0		
	2006	1481	1.0	81	0	0		
	2007	1449	1.0	82	0	0		
	2008	1360	0.9	82	0	0		
	2009	1363	0.9	84	0	0		
	2010	2087	1.2	86	478	478	*1	
	SEA	2011	1544	1.3	87	0	0	
2012		1193	1.2	88	0	0		
1996		1408	0.0	11	1203	17		
1997		4550	0.3	39	2827	531		
1998		11352	1.3	60	4775	1942		
1999		11916	1.6	71	3365	1161		
2000		10758	1.8	78	591	272		
2001		10612	1.9	83	268	268		
2002		12900	1.9	83	1600	1600	*6	
2003		11289	1.9	83	225	225	*6	
2004		16270	2.7	83	134	134		
2005		31530	5.4	82	419	373	*3	
2006		36665	6.0	83	702	701	*7	
2007		46124	7.7	84	894	890	*2	
2008		50509	8.1	84	565	565		
2009		54962	8.8	84	756	741	*2	
2010		60456	11.2	83	50	48	*2	
WPR		2011	65332	12.1	85	1	1	
		2012	51377	11.8	88	0	0	
	1996	5295	1.2	79	197	21		
	1997	5963	1.4	83	9	9		
	1998	6420	1.4	86	0	0		
	1999	6354	1.4	86	1	1		
	2000	6894	1.5	90	0	0		
	2001	6529	1.4	88	3	0	*4	
	2002	6835	1.5	88	0	0		
	2003	6397	1.4	88	0	0		
	2004	6521	1.6	88	2	0	*4	
	2005	6680	1.7	88	1	0	*4	
	2006	7011	1.8	89	1	0	*4	
	2007	6237	1.6	90	0	0		
	2008	6417	1.6	88	0	0		
	2009	6291	1.8	87	0	0		
	2010	6401	1.8	89	0	0		
	2011	7303	2.1	90	21	21	*1	
	2012	5422	1.9	90	0	0		

*1 Importation.

*2 The difference between total confirmed polio cases and wild virus confirmed polio cases is due to circulating vaccine-derived polio virus.

*3 Of the confirmed polio cases, 46 are circulating vaccine-derived poliovirus.

*4 Total confirmed polio cases refers to circulating vaccine-derived poliovirus.

*5 Of the confirmed polio cases, four are circulating vaccine-derived poliovirus.

**6 In India, the total confirmed polio and wild-virus confirmed case counts do not include cases associated with reference strains (MEF1), of which there were five cases in 2002 and two cases in 2003.*

**7 Of the total confirmed polio cases, one is circulating vaccine-derived poliovirus.*

**9 Of the confirmed polio cases, 23 are circulating vaccine-derived poliovirus.*

**11 The difference between total confirmed polio and WV confirmed polio is due to circulating vaccine derived polio virus. Nigeria includes 1 mixture (WPV1/cVDPV2) in 2011.*

Global Total	1996	13857	0.6	0	4074	392
	1997	17365	0.7	63	5185	841
	1998	24664	1.1	67	6349	2294
	1999	29924	1.3	67	7141	1887
	2000	30625	1.6	74	2971	719
	2001	33519	1.6	81	496	483
	2002	36832	1.9	84	1922	1918
	2003	34915	1.9	86	784	784
	2004	42511	2.3	86	1257	1255
	2005	62434	3.3	84	2030	1979
	2006	68519	3.7	85	2022	1997
	2007	77395	4.2	86	1387	1315
	2008	85404	4.6	86	1732	1651
	2009	90227	4.9	86	1783	1604
	2010	98788	5.6	85	1413	1352
	2011	104261	6.0	86	716	650
	2012	80739	5.7	89	205	171

[Employment](#) | [Other UN Sites](#) | [Search](#) | [Suggestions](#) | [RSS](#) | [Privacy](#)
 © World Health Organization 2012. All rights reserved



AFP/polio case count

Detailed Summary

Updated on: 19-Oct-2012

Next update schedule: 03-Nov-2012

Country	Year	AFP cases reported	Non-polio AFP rate	AFP cases with adequate specimens (%)	Total confirmed polio cases	Wild-virus confirmed polio cases	
Algeria	2010	124	1.3	64	0	0	
	2011	181	1.9	62	0	0	
	2012	118	1.5	64	0	0	
Angola	2010	387	3.9	87	33	33	*1
	2011	256	2.8	91	5	5	*1
	2012	262	3.6	88	0	0	
Benin	2010	102	2.4	93	0	0	
	2011	110	2.5	95	0	0	
	2012	114	3.2	91	0	0	
Botswana	2010	15	2.3	80	0	0	
	2011	20	3.1	90	0	0	
	2012	10	1.9	80	0	0	
Burkina Faso	2010	288	4.0	89	0	0	
	2011	290	3.9	86	0	0	
	2012	239	3.9	88	0	0	
Burundi	2010	126	2.8	83	0	0	
	2011	100	2.3	92	0	0	
	2012	102	2.8	98	0	0	
Cameroon	2010	231	2.9	84	0	0	
	2011	264	3.2	83	0	0	
	2012	226	3.4	75	0	0	
Cape Verde	2010	2	1.0	100	0	0	
	2011	3	1.4	100	0	0	
	2012	3	1.7	100	0	0	
Central African Republic	2010	137	7.1	90	0	0	
	2011	142	6.4	80	4	4	*1
	2012	93	5.8	91	0	0	
Chad	2010	302	4.6	87	27	26	*5
	2011	469	5.6	82	132	132	*1
	2012	294	6.0	79	10	5	*5
Comoros	2010	6	1.6	100	0	0	
	2011	7	1.9	100	0	0	
	2012	4	1.3	100	0	0	
Congo	2010	582	8.3	26	441	441	*14
	2011	93	5.3	83	1	1	*1
	2012	48	3.5	83	0	0	
Côte d'Ivoire	2010	309	3.8	80	0	0	
	2011	511	5.8	70	36	36	*1
	2012	280	4.1	81	0	0	
Democratic	2010	2194	6.3	82	118	100	*5

Republic of the Congo							
	2011	2222	6.2	82	104	93	*5
	2012	1341	4.6	83	17	0	*4
Equatorial Guinea	2010	0	0.0	0	0	0	
	2011	1	0.4	0	0	0	
	2012	1	0.5	100	0	0	
Eritrea	2010	69	3.0	97	0	0	
	2011	75	3.2	96	0	0	
	2012	44	2.2	100	0	0	
Ethiopia	2010	1099	2.8	86	6	0	*4
	2011	1032	2.6	89	0	0	
	2012	844	2.6	92	0	0	
Gabon	2010	24	5.2	79	0	0	
	2011	30	6.2	83	1	1	*1
	2012	18	4.8	89	0	0	
Gambia	2010	41	5.6	100	0	0	
	2011	27	3.6	89	0	0	
	2012	35	5.7	100	0	0	
Ghana	2010	215	2.1	87	0	0	
	2011	276	2.9	85	0	0	
	2012	150	1.9	86	0	0	
Guinea	2010	215	5.0	96	0	0	
	2011	205	4.6	92	3	3	*1
	2012	146	4.1	97	0	0	
Guinea-Bissau	2010	15	1.7	53	0	0	
	2011	16	1.7	50	0	0	
	2012	5	0.7	100	0	0	
Kenya	2010	403	2.3	89	0	0	
	2011	559	3.1	84	1	1	*1
	2012	599	4.0	90	3	0	*4
Lesotho	2010	11	1.4	91	0	0	
	2011	14	1.8	100	0	0	
	2012	7	1.1	86	0	0	
Liberia	2010	50	2.3	88	2	2	*1
	2011	55	2.6	87	0	0	
	2012	45	2.5	100	0	0	
Madagascar	2010	210	2.3	95	0	0	
	2011	291	3.2	93	0	0	
	2012	220	2.9	90	0	0	
Malawi	2010	118	1.7	78	0	0	
	2011	146	2.0	77	0	0	
	2012	124	2.1	77	0	0	
Mali	2010	171	2.6	94	4	4	*1
	2011	210	3.1	87	7	7	*1
	2012	189	3.5	92	0	0	
Mauritania	2010	65	4.6	98	5	5	*1
	2011	53	4.0	94	0	0	
	2012	67	6.2	94	0	0	
Mauritius	2010	5	1.7	100	0	0	
	2011	2	0.7	100	0	0	
	2012	6	2.6	100	0	0	

Mozambique	2010	264	2.5	86	0	0	
	2011	314	2.7	89	2	0	*4
	2012	234	2.8	88	0	0	
Namibia	2010	37	4.9	86	0	0	
	2011	48	6.2	102	0	0	
	2012	24	3.9	79	0	0	
Niger	2010	358	4.5	83	3	2	*5
	2011	319	4.0	81	6	5	*5
	2012	247	3.7	81	0	0	
Nigeria	2010	5996	8.6	95	48	21	*3
	2011	6099	8.5	94	95	62	*13
	2012	5402	9.4	95	101	97	*3
Reunion	2010	ND	ND	ND	0	0	
	2011	ND	ND	ND	0	0	
	2012	ND	ND	ND	0	0	
Rwanda	2010	155	3.4	98	0	0	
	2011	128	2.7	100	0	0	
	2012	127	3.2	98	0	0	
Saint Helena	2010	ND	ND	ND	0	0	
	2011	ND	ND	ND	0	0	
	2012	ND	ND	ND	0	0	
Sao Tome and Principe	2010	0	0.0	0	0	0	
	2011	4	6.0	0	0	0	
	2012	4	7.3	50	0	0	
Senegal	2010	312	5.4	63	18	18	*1
	2011	115	2.1	80	0	0	
	2012	138	3.1	82	0	0	
Seychelles	2010	ND	ND	ND	0	0	
	2011	ND	ND	ND	0	0	
	2012	ND	ND	ND	0	0	
Sierra Leone	2010	168	6.2	89	1	1	*1
	2011	173	6.4	91	0	0	
	2012	137	6.1	95	0	0	
South Africa	2010	318	2.1	78	0	0	
	2011	405	2.6	82	0	0	
	2012	292	2.4	80	0	0	
Swaziland	2010	17	3.9	100	0	0	
	2011	17	3.9	94	0	0	
	2012	12	3.4	100	0	0	
Togo	2010	74	2.5	95	0	0	
	2011	76	2.5	88	0	0	
	2012	50	2.0	96	0	0	
Uganda	2010	424	2.5	90	4	4	*1
	2011	484	2.8	87	0	0	
	2012	321	2.3	91	0	0	
United Republic of Tanzania	2010	504	2.6	96	0	0	
	2011	416	2.0	90	0	0	
	2012	462	2.9	94	0	0	
Zambia	2010	178	3.1	90	0	0	
	2011	177	3.1	88	0	0	
	2012	177	3.8	89	0	0	

Zimbabwe	2010	179	3.2	87	0	0
	2011	201	3.8	86	0	0
	2012	125	3.0	86	0	0
Country	Year	AFP cases reported	Non-polio AFP rate	AFP cases with adequate specimens (%)	Total confirmed polio cases	Wild-virus confirmed polio cases
Argentina	2010	145	1.4	75	0	0
	2011	172	1.7	85	0	0
	2012	90	1.1	80	0	0
Bolivia	2010	38	1.1	95	0	0
	2011	41	1.1	85	0	0
	2012	33	1.1	94	0	0
Brazil	2010	513	1.0	79	0	0
	2011	561	1.1	77	0	0
	2012	284	0.7	77	0	0
Canada	2010	ND	ND	ND	0	0
	2011	ND	ND	ND	0	0
	2012	11	0.3	45	0	0
CAREC	2010	27	1.5	44	0	0
	2011	26	1.4	19	0	0
	2012	13	0.9	46	0	0
Chile	2010	102	2.7	77	0	0
	2011	89	2.4	87	0	0
	2012	77	2.5	78	0	0
Colombia	2010	150	1.1	84	0	0
	2011	157	1.2	82	0	0
	2012	94	0.9	82	0	0
Costa Rica	2010	0	0.0	0	0	0
	2011	38	3.2	84	0	0
	2012	17	1.8	82	0	0
Cuba	2010	26	1.3	100	0	0
	2011	32	1.7	94	0	0
	2012	16	1.1	94	0	0
Dominican Republic	2010	31	1.0	71	0	0
	2011	42	1.3	93	0	0
	2012	20	0.8	85	0	0
Ecuador	2010	32	0.8	88	0	0
	2011	39	0.9	72	0	0
	2012	27	0.8	78	0	0
El Salvador	2010	60	2.6	78	0	0
	2011	60	2.6	82	0	0
	2012	17	0.9	88	0	0
Guatemala	2010	41	0.7	85	0	0
	2011	105	1.7	78	0	0
	2012	44	0.9	73	0	0
Haiti	2010	12	0.3	67	0	0
	2011	10	0.3	90	0	0
	2012	4	0.1	75	0	0
Honduras	2010	77	2.8	84	0	0
	2011	64	2.3	92	0	0
	2012	53	2.3	83	0	0
Mexico	2010	549	1.8	80	0	0

	2011	ND	ND	ND	0	0	
	2012	ND	ND	ND	0	0	*16
Nicaragua	2010	30	1.5	53	0	0	
	2011	29	1.4	90	0	0	
	2012	24	1.5	88	0	0	
Panama	2010	8	0.8	100	0	0	
	2011	9	0.9	67	0	0	
	2012	6	0.7	83	0	0	
Paraguay	2010	18	0.8	78	0	0	
	2011	18	0.8	67	0	0	
	2012	15	0.9	93	0	0	
Peru	2010	85	1.0	72	0	0	
	2011	132	1.6	77	0	0	
	2012	56	0.8	62	0	0	
United States of America	2010	ND	ND	ND	0	0	
	2011	ND	ND	ND	0	0	
	2012	ND	ND	ND	0	0	
Uruguay	2010	0	0.0	0	0	0	
	2011	9	1.2	67	0	0	
	2012	0	0.0	0	0	0	
Venezuela	2010	62	0.7	85	0	0	
	2011	71	0.8	86	0	0	
	2012	53	0.8	83	0	0	
Country	Year	AFP cases reported	Non-polio AFP rate	AFP cases with adequate specimens (%)	Total confirmed polio cases	Wild-virus confirmed polio cases	
Afghanistan	2010	1572	10.9	93	30	25	*3
	2011	1831	12.0	92	81	80	*3
	2012	1444	11.7	92	25	25	
Bahrain	2010	10	5.3	80	0	0	
	2011	10	5.3	90	0	0	
	2012	12	7.8	92	0	0	
Djibouti	2010	3	1.0	33	0	0	
	2011	6	1.9	67	0	0	
	2012	5	2.0	80	0	0	
Egypt	2010	1151	4.5	95	0	0	
	2011	1023	4.0	93	0	0	
	2012	800	3.8	90	0	0	
Iran (Islamic Republic of)	2010	622	3.3	91	0	0	
	2011	603	3.2	91	0	0	
	2012	519	3.3	93	0	0	
Iraq	2010	489	4.0	87	0	0	
	2011	530	4.3	89	0	0	
	2012	363	3.6	90	0	0	
Jordan	2010	40	1.8	95	0	0	
	2011	30	1.4	97	0	0	
	2012	23	1.3	87	0	0	
Kuwait	2010	24	3.4	100	0	0	
	2011	38	5.3	92	0	0	
	2012	27	4.6	85	0	0	
Lebanon	2010	19	1.7	47	0	0	

	2011	22	2.0	45	0	0	
	2012	21	2.4	52	0	0	
Libyan Arab Jamahiriya	2010	46	2.3	100	0	0	
	2011	35	1.8	100	0	0	
	2012	29	1.8	97	0	0	
Morocco	2010	100	1.1	78	0	0	
	2011	76	0.8	80	0	0	
	2012	53	0.7	83	0	0	
Oman	2010	33	3.9	88	0	0	
	2011	39	4.6	97	0	0	
	2012	25	3.6	100	0	0	
Pakistan	2010	5393	8.9	88	144	144	
	2011	5762	9.4	88	198	198	
	2012	3678	7.6	90	46	44	*3
Qatar	2010	5	2.7	80	0	0	
	2011	6	3.1	83	0	0	
	2012	11	7.0	91	0	0	
Saudi Arabia	2010	239	2.8	97	0	0	
	2011	213	2.5	99	0	0	
	2012	172	2.4	95	0	0	
Somalia	2010	164	3.9	99	1	0	*4
	2011	172	4.0	98	9	0	*4
	2012	109	3.0	97	1	0	*4
South Sudan	2012	239	3.6	95	0	0	
Sudan	2010	718	4.5	95	0	0	
	2011	703	4.4	95	0	0	*15
	2012	311	2.4	96	0	0	
Syrian Arab Republic	2010	194	2.6	95	0	0	
	2011	168	2.3	93	0	0	
	2012	86	1.4	87	0	0	
Tunisia	2010	57	2.3	93	0	0	
	2011	47	1.9	94	0	0	
	2012	48	2.4	75	0	0	
United Arab Emirates	2010	18	1.9	100	0	0	
	2011	25	2.6	100	0	0	
	2012	33	4.2	100	0	0	
West Bank and Gaza	2010	15	0.9	100	0	0	
	2011	17	1.1	100	0	0	
	2012	17	1.3	94	0	0	
Yemen	2010	426	4.0	96	0	0	
	2011	386	3.5	91	9	0	*4
	2012	382	4.2	95	2	0	*4
Country	Year	AFP cases reported	Non-polio AFP rate	AFP cases with adequate specimens (%)	Total confirmed polio cases	Wild-virus confirmed polio cases	
Albania	2010	13	1.7	100	0	0	
	2011	4	0.5	100	0	0	
	2012	6	1.0	100	0	0	
Andorra	2010	0	0.0	0	0	0	
	2011	0	0.0	0	0	0	

	2012	0	0.0	0	0	0
Armenia	2010	12	2.3	58	0	0
	2011	21	4.0	90	0	0
	2012	25	5.9	96	0	0
Austria	2010	3	0.2	0	0	0
	2011	2	0.2	0	0	0
	2012	1	0.1	100	0	0
Azerbaijan	2010	29	1.6	100	0	0
	2011	37	2.0	97	0	0
	2012	33	2.2	97	0	0
Belarus	2010	41	3.0	93	0	0
	2011	46	3.4	78	0	0
	2012	32	2.9	91	0	0
Belgium	2010	3	0.2	0	0	0
	2011	3	0.2	0	0	0
	2012	2	0.2	0	0	0
Bosnia and Herzegovina	2010	6	1.0	67	0	0
	2011	8	1.3	50	0	0
	2012	3	0.6	100	0	0
Bulgaria	2010	13	1.3	92	0	0
	2011	12	1.2	92	0	0
	2012	7	0.9	86	0	0
Croatia	2010	0	0.0	0	0	0
	2011	0	0.0	0	0	0
	2012	2	0.4	0	0	0
Cyprus	2010	7	4.5	86	0	0
	2011	4	2.6	100	0	0
	2012	3	2.4	100	0	0
Czech Republic	2010	2	0.1	100	0	0
	2011	8	0.6	75	0	0
	2012	3	0.3	67	0	0
Denmark	2010	ND	ND	ND	0	0
	2011	ND	ND	ND	0	0
	2012	ND	ND	ND	0	0
Estonia	2010	0	0.0	0	0	0
	2011	0	0.0	0	0	0
	2012	1	0.6	0	0	0
Finland	2010	ND	ND	ND	0	0
	2011	ND	ND	ND	0	0
	2012	ND	ND	ND	0	0
France	2010	ND	ND	ND	0	0
	2011	ND	ND	ND	0	0
	2012	ND	ND	ND	0	0
Georgia	2010	7	1.0	100	0	0
	2011	10	1.4	100	0	0
	2012	11	2.0	100	0	0
Germany	2010	10	0.1	10	0	0
	2011	ND	ND	ND	0	0
	2012	ND	ND	ND	0	0
Greece	2010	19	1.2	42	0	0
	2011	23	1.5	78	0	0
	2012	14	1.1	86	0	0

Hungary	2010	13	0.9	38	0	0	
	2011	7	0.5	29	0	0	
	2012	8	0.7	50	0	0	
Iceland	2010	ND	ND	ND	0	0	
	2011	ND	ND	ND	0	0	
	2012	ND	ND	ND	0	0	
Ireland	2010	2	0.2	50	0	0	
	2011	7	0.7	14	0	0	
	2012	1	0.1	0	0	0	
Israel	2010	11	0.6	0	0	0	
	2011	18	0.9	17	0	0	
	2012	6	0.4	17	0	0	
Italy	2010	53	0.7	58	0	0	
	2011	62	0.8	65	0	0	
	2012	48	0.7	65	0	0	
Kazakhstan	2010	112	3.0	99	1	1	*1
	2011	103	2.7	97	0	0	
	2012	71	2.3	99	0	0	
Kyrgyzstan	2010	63	4.0	97	0	0	
	2011	65	4.2	100	0	0	
	2012	37	2.9	97	0	0	
Latvia	2010	5	1.7	100	0	0	
	2011	1	0.3	100	0	0	
	2012	2	0.8	100	0	0	
Lithuania	2010	10	2.1	100	0	0	
	2011	10	2.1	100	0	0	
	2012	10	2.6	80	0	0	
Luxembourg	2010	ND	ND	ND	0	0	
	2011	ND	ND	ND	0	0	
	2012	ND	ND	ND	0	0	
Malta	2010	0	0.0	0	0	0	
	2011	0	0.0	0	0	0	
	2012	0	0.0	0	0	0	
Moldova	2010	15	2.3	73	0	0	
	2011	8	1.2	100	0	0	
	2012	5	1.0	100	0	0	
Monaco	2010	ND	ND	ND	0	0	
	2011	ND	ND	ND	0	0	
	2012	ND	ND	ND	0	0	
Montenegro	2010	1	0.9	100	0	0	
	2011	3	2.6	67	0	0	
	2012	2	2.1	50	0	0	
Netherlands	2010	ND	ND	ND	0	0	
	2011	ND	ND	ND	0	0	
	2012	ND	ND	ND	0	0	
Norway	2010	9	1.0	56	0	0	
	2011	12	1.4	42	0	0	
	2012	10	1.4	30	0	0	
Poland	2010	47	0.9	72	0	0	
	2011	36	0.7	81	0	0	
	2012	20	0.5	45	0	0	
Portugal	2010	8	0.5	50	0	0	
	2011	7	0.4	43	0	0	
	2012	7	0.5	29	0	0	

Romania	2010	16	0.5	100	0	0	
	2011	18	0.6	100	0	0	
	2012	12	0.5	100	0	0	
Russian Federation	2010	388	1.8	95	14	14	*1
	2011	354	1.7	93	0	0	
	2012	308	1.8	94	0	0	
San Marino	2010	ND	ND	ND	0	0	
	2011	ND	ND	ND	0	0	
	2012	ND	ND	ND	0	0	
Serbia	2010	20	1.1	90	0	0	
	2011	10	0.6	90	0	0	
	2012	10	0.7	80	0	0	
Slovakia	2010	1	0.1	0	0	0	
	2011	2	0.3	100	0	0	
	2012	2	0.3	100	0	0	
Slovenia	2010	0	0.0	0	0	0	
	2011	0	0.0	0	0	0	
	2012	0	0.0	0	0	0	
Spain	2010	31	0.5	45	0	0	
	2011	34	0.5	38	0	0	
	2012	16	0.3	31	0	0	
Sweden	2010	0	0.0	0	0	0	
	2011	0	0.0	0	0	0	
	2012	0	0.0	0	0	0	
Switzerland	2010	9	0.8	33	0	0	
	2011	3	0.3	67	0	0	
	2012	4	0.4	0	0	0	
Tajikistan	2010	579	3.1	87	460	460	*1
	2011	52	2.0	96	0	0	
	2012	44	2.1	100	0	0	
The former Yugoslav Republic of Macedonia	2010	7	2.0	100	0	0	
	2011	2	0.6	100	0	0	
	2012	2	0.7	100	0	0	
Turkey	2010	215	1.1	74	0	0	
	2011	196	1.0	81	0	0	
	2012	139	0.9	77	0	0	
Turkmenistan	2010	50	3.2	100	3	3	*1
	2011	33	2.3	100	0	0	
	2012	26	2.2	96	0	0	
Ukraine	2010	125	2.0	96	0	0	
	2011	127	2.1	98	0	0	
	2012	88	1.8	97	0	0	
United Kingdom	2010	ND	ND	ND	0	0	
	2011	ND	ND	ND	0	0	
	2012	ND	ND	ND	0	0	
Uzbekistan	2010	132	1.6	98	0	0	
	2011	196	2.3	96	0	0	
	2012	173	2.5	99	0	0	
Country	Year	AFP cases reported	Non-polio AFP rate	AFP cases with adequate	Total confirmed	Wild-virus confirmed	

				specimens (%)	polio cases	polio cases	
Bangladesh	2010	1537	2.8	95	0	0	
	2011	1610	2.9	95	0	0	
	2012	1260	2.8	96	0	0	
Bhutan	2010	6	3.2	67	0	0	
	2011	6	3.2	83	0	0	
	2012	7	4.7	57	0	0	
Democratic People's Republic of Korea	2010	112	2.2	99	0	0	
	2011	129	2.6	100	0	0	
	2012	96	2.4	100	0	0	
India	2010	55785	14.8	83	44	42	*3
	2011	60541	16.1	84	1	1	
	2012	47399	15.7	87	0	0	
Indonesia	2010	1641	2.6	85	0	0	
	2011	1720	2.7	91	0	0	
	2012	1445	2.8	92	0	0	
Maldives	2010	4	4.2	50	0	0	
	2011	3	3.1	33	0	0	
	2012	4	5.1	75	0	0	
Myanmar	2010	414	3.3	94	0	0	
	2011	418	3.4	94	0	0	
	2012	337	3.4	98	0	0	
Nepal	2010	604	5.5	88	6	6	*1
	2011	568	5.2	89	0	0	
	2012	558	6.3	95	0	0	
Sri Lanka	2010	81	1.8	80	0	0	
	2011	88	2.0	86	0	0	
	2012	63	1.8	75	0	0	
Thailand	2010	272	2.0	70	0	0	
	2011	249	1.9	67	0	0	
	2012	205	1.9	73	0	0	
Timor Leste	2010	ND	ND	ND	0	0	
	2011	ND	ND	ND	0	0	
	2012	3	0.6	33	0	0	
Country	Year	AFP cases reported	Non-polio AFP rate	AFP cases with adequate specimens (%)	Total confirmed polio cases	Wild-virus confirmed polio cases	
Australia	2010	43	1.0	30	0	0	
	2011	61	1.5	34	0	0	
	2012	23	0.7	30	0	0	
Brunei	2010	2	1.8	50	0	0	
	2011	3	2.6	100	0	0	
	2012	0	0.0	0	0	0	
Cambodia	2010	44	0.9	66	0	0	
	2011	75	1.5	89	0	0	
	2012	81	1.9	89	0	0	
China	2010	5285	2.0	92	0	0	
	2011	6182	2.3	92	21	21	*1
	2012	4361	2.1	91	0	0	
China, Hong	2010	14	1.6	71	0	0	

Kong SAR						
	2011	15	1.7	93	0	0
	2012	10	1.4	90	0	0
China, Macao SAR	2010	1	1.0	0	0	0
	2011	1	1.0	0	0	0
	2012	0	0.0	0	0	0
Japan	2010	ND	ND	ND	0	0
	2011	ND	ND	ND	0	0
	2012	ND	ND	ND	0	0
Lao People's Democratic Republic	2010	41	1.9	85	0	0
	2011	43	2.0	72	0	0
	2012	44	2.5	68	0	0
Malaysia	2010	124	1.5	74	0	0
	2011	129	1.6	78	0	0
	2012	109	1.7	92	0	0
Mongolia	2010	19	2.8	58	0	0
	2011	11	1.6	100	0	0
	2012	7	1.3	100	0	0
New Zealand	2010	7	0.8	29	0	0
	2011	3	0.4	33	0	0
	2012	3	0.4	0	0	0
Pacific Island Countries	2010	13	1.6	46	0	0
	2011	9	1.0	22	0	0
	2012	3	0.5	33	0	0
Papua New Guinea	2010	17	0.7	59	0	0
	2011	10	0.4	50	0	0
	2012	5	0.2	20	0	0
Philippines	2010	413	1.3	74	0	0
	2011	335	1.0	67	0	0
	2012	329	1.3	69	0	0
Republic of Korea	2010	70	0.9	87	0	0
	2011	32	0.4	69	0	0
	2012	62	1.1	89	0	0
Singapore	2010	4	0.6	100	0	0
	2011	4	0.6	100	0	0
	2012	10	1.9	80	0	0
Viet Nam	2010	304	1.3	94	0	0
	2011	390	1.6	97	0	0
	2012	375	1.9	97	0	0

*1 Importation.

*3 The difference between total confirmed polio cases and wild virus confirmed polio cases is due to circulating vaccine-derived polio virus.

*4 Total confirmed polio cases refers to circulating vaccine-derived poliovirus.

*5 Importation; The difference between total confirmed polio cases and wild virus confirmed polio cases is due to circulating vaccine-derived polio virus.

*13 The difference between total confirmed polio and wild virus confirmed polio is due to circulating vaccine derived polio virus cases including mixtures: WPV1/cVDPV2 in 2005 - 2, 2006 - 1, 2007 - 1, 2008 - 3, 2009 - 1, 2011 - 1; WPV3/cVDPV2 in 2007 - 2.

**14 Of the poliovirus cases reported from the Russian Federation, some may be attributed to other countries following full investigation.*

**15 As of 11 July 2011, the South Sudan became an official member state of WHO. For reporting purposes in 2011, data for South Sudan are included in the figures for Sudan.*

**16 No data; reporting mechanisms being revised*

ND: No Data reported. UNDP population data is used to calculate the non-polio AFP rate from 2010 onwards.

Region	Year	AFP cases reported	Non-polio AFP rate	AFP cases with adequate specimens (%)	Total confirmed polio cases	Wild-virus confirmed polio cases	
AFR	2010	16500	4.3	87	710	657	*2
	2011	16636	4.4	88	397	350	*11
	2012	13386	4.4	90	131	102	*2
AMR	2010	2006	1.2	79	0	0	
	2011	1704	1.3	80	0	0	
	2012	954	0.8	79	0	0	
EMR	2010	11338	5.6	91	175	169	*2
	2011	11742	5.7	90	297	278	*2
	2012	8407	4.9	91	74	69	*2
EUR	2010	2087	1.2	86	478	478	*1
	2011	1544	1.3	87	0	0	
	2012	1193	1.2	88	0	0	
SEA	2010	60456	11.2	83	50	48	*2
	2011	65332	12.1	85	1	1	
	2012	51377	11.8	88	0	0	
WPR	2010	6401	1.8	89	0	0	
	2011	7303	2.1	90	21	21	*1
	2012	5422	1.9	90	0	0	

**1 Importation.*

**2 The difference between total confirmed polio cases and wild virus confirmed polio cases is due to circulating vaccine-derived polio virus.*

**11 The difference between total confirmed polio and WV confirmed polio is due to circulating vaccine derived polio virus. Nigeria includes 1 mixture (WPV1/cVDPV2) in 2011.*

[Employment](#) | [Other UN Sites](#) | [Search](#) | [Suggestions](#) | [RSS](#) | [Privacy](#)
© World Health Organization 2012. All rights reserved

FORTY-FIRST WORLD HEALTH ASSEMBLY

WHA41.28

13 May 1988

Global eradication of poliomyelitis by the year 2000

The Forty-first World Health Assembly,

Appreciating the rapid progress being achieved by the Expanded Programme on Immunization, as evidenced by coverage for a third dose of poliomyelitis or diphtheria/pertussis/tetanus vaccines of over 50% of children under the age of one year in developing countries, as well as by the prevention of the death of more than one million children from measles, neonatal tetanus or pertussis, and the prevention of the crippling of nearly 200 000 children through poliomyelitis annually in these countries;

Confident that these coverage rates will continue to rise rapidly and be sustained, in pursuit of the goal endorsed by the Thirtieth World Health Assembly in 1977 (resolution WHA30.53) - the provision of immunization for all children of the world by 1990 - and will lead to further marked reductions in the incidence of most of the target diseases;

Aware that poliomyelitis is the target disease most amenable to global eradication, and that regional eradication goals by or before the year 2000 have already been set in the Regions of the Americas, Europe and the Western Pacific;

Recognizing that the global eradication of poliomyelitis by the year 2000, a goal cited in the Declaration of Talloires,¹ represents both a fitting challenge to be undertaken now, on the Organization's fortieth anniversary, and an appropriate gift, together with the eradication of smallpox, from the twentieth to the twenty-first century;

Noting:

(1) that achievement of the goal will depend on the political will of countries and on the investment of adequate human and financial resources;

(2) that this achievement will be facilitated by the continued strengthening of the Expanded Programme on Immunization within the context of primary health care and by improving current poliomyelitis vaccines and clinical and laboratory surveillance;

(3) that efforts to eradicate poliomyelitis serve to strengthen other immunization and health services, especially those for women and children;

1. DECLARES the commitment of WHO to the global eradication of poliomyelitis by the year 2000;
2. EMPHASIZES that eradication efforts should be pursued in ways which strengthen the development of the Expanded Programme on Immunization as a whole, fostering its contribution, in turn, to the development of the health infrastructure and of primary health care;
3. INVITES Member States which have covered at least 70% of their target populations with a protective course of poliomyelitis vaccine, and which continue to have cases of poliomyelitis, to formulate plans for the elimination of the indigenous transmission of wild poliomyelitis viruses in ways which strengthen and sustain their national immunization programmes;
4. ENCOURAGES Member States which have not yet attained a 70% coverage rate to accelerate their efforts so as to surpass this level as quickly as possible through means which also improve and sustain the coverage for the other vaccines included within the national immunization programmes;
5. REQUESTS Member States which have confirmed the absence of the indigenous transmission of wild poliomyelitis viruses to sustain their success and to offer their technical expertise, their resources and support to countries still working to achieve this goal;
6. URGES all Member States:
 - (1) to intensify surveillance to ensure prompt identification and investigation of cases of poliomyelitis and control of outbreaks and accurate and timely reporting of cases at national and international levels;
 - (2) to make all possible efforts to permit the rehabilitation of as many as possible of the children who still become disabled by poliomyelitis;
7. THANKS the many partners already collaborating in the Expanded Programme on Immunization (including the United Nations agencies, multilateral and bilateral development agencies, private and voluntary groups and concerned individuals), especially UNICEF for its overall efforts and Rotary International for its "Polio Plus" initiative, and requests them to continue to work together in support of national immunization programmes, including activities aimed at the eradication of poliomyelitis, and to ensure that adequate resources are available to accelerate and sustain these programmes;
8. REQUESTS the Director-General:
 - (1) to strengthen the technical capacities of WHO in order to be able to respond better to requests from governments for collaboration in:

(a) strengthening planning, training and supervision within national immunization programmes and undertaking country-specific evaluation to facilitate corrective action towards achieving the goal of eradication in countries with coverage of less than 70%;

(b) improving programme monitoring and evaluation at national, regional and global levels;

(c) improving national disease surveillance systems to permit the rapid control of outbreaks and the investigation and confirmation of clinical diagnoses of poliomyelitis through serological and virus isolation techniques;

(d) strengthening clinical laboratory services;

(e) improving the quality control and production of vaccines;

(2) to pursue efforts to promote the development and application of new vaccines, other new technologies and knowledge which will help to achieve the eradication goal;

(3) to seek from extrabudgetary contributions the additional resources required to support these activities;

(4) to submit regular plans and reports of progress concerning the poliomyelitis eradication effort through the Executive Board to the Health Assembly, in the context of the progress being achieved by the Expanded Programme on Immunization.

Hbk Res., Vol. III (1st ed.), 1.16.1

(Fifteenth plenary meeting, 13 May 1988 - Committee B, fourth report)