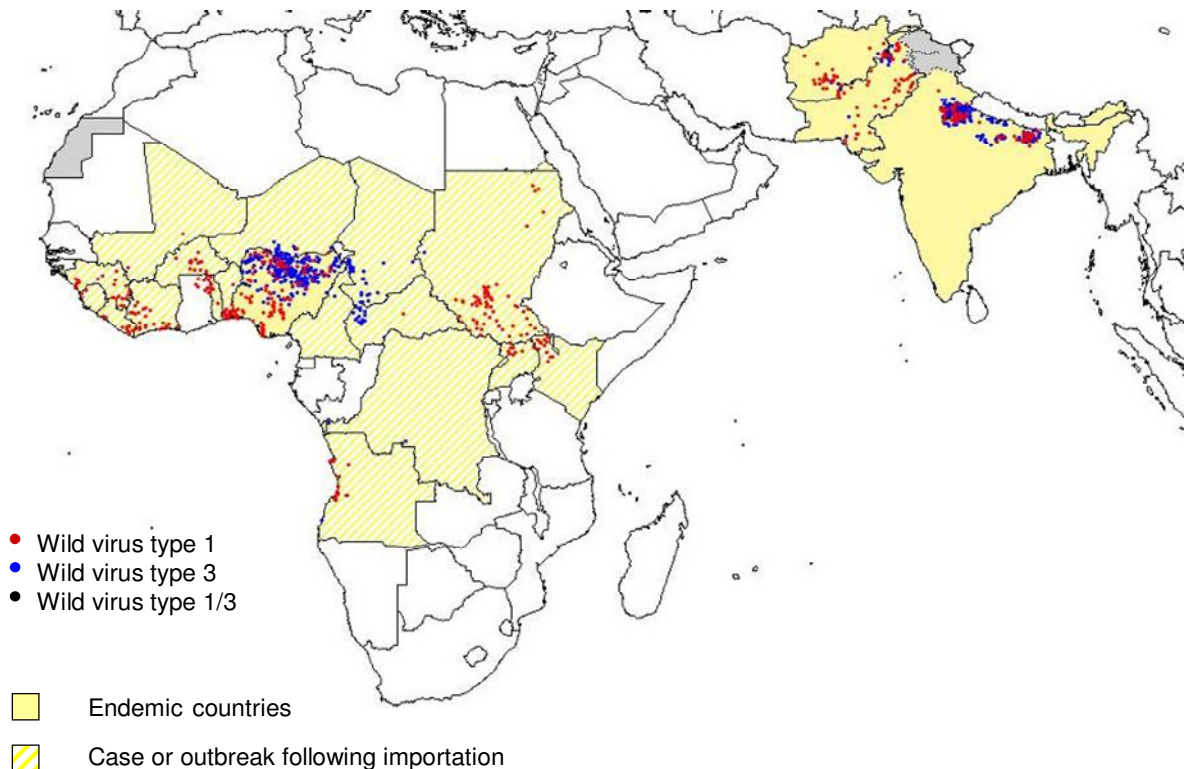


## **Avaliação independente dos principais obstáculos à interrupção da transmissão do poliovírus**

### **RESUMO EXECUTIVO**

**Ali Jaffer Mohamed, Presidente e líder da equipa da Nigéria, Peter Ndumbe e Andrew Hall, líderes da equipa de Propagação Internacional, Viroj Tangcharoensathien, líder da equipa do Paquistão, Michael J. Toole, líder da equipa do Afeganistão e Peter Wright, líder da equipa da Índia.**

### **Wild Poliovirus, 16 Sep 2008 – 15 Sep 2009**



## Resumo executivo:

**Introdução:** Na Primavera de 2009, a Directora-Geral, Dr<sup>a</sup>. Margaret Chan, solicitou uma avaliação independente, externa, da Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (*Global Poliomyelitis Eradication Initiative*, GPEI). Em Fevereiro de 2007, os quatro países endémicos de poliomielite e as partes interessadas da GPEI tinham lançado um “*esforço intensificado de erradicação*” para determinar a sua capacidade colectiva para ultrapassar os desafios técnicos, operacionais e financeiros restantes para a interrupção de toda a transmissão de poliovírus selvagem a nível global. Presentemente, tendo passado o marco de 24 meses no *esforço intensificado*, houve progresso em cada um dos desafios, mas os riscos permanecem. O âmbito dos desafios restantes é visualizado no mapa dos casos de poliomielite de tipo selvagem detectados no último ano, que aparece na capa deste relatório.

Esta avaliação foi agora realizada por cinco equipas: uma para cada um dos quatro países endémicos que nunca erradicaram a poliomielite – Paquistão, Afeganistão, Índia, e Nigéria – mais uma para examinar a propagação internacional, que se concentrou nos países africanos reinfectados. Os líderes das equipas encontraram-se pela primeira vez em Genebra no início de Julho e foi-lhes comunicado o estado actual da Iniciativa de Erradicação pelo Dr. Asamoah-Baah, vice-Director Geral, e por membros da GPEI. Cada líder de equipa reuniu em seguida uma equipa com peritos representativos, específicos para o país que lhes tinha sido atribuído. As visitas aos países foram concretizadas em Julho e Agosto, com a ajuda logística do gabinete da Directora Geral da OMS. Cada equipa passou cerca de 10 dias no(s) seu(s) país(es) atribuído(s). Cada equipa formulou um relatório detalhado da viagem, avaliação e recomendações, que se encontram em anexo. **Estes são os resumos mais abrangentes dos achados de cada equipa e devem ser considerados em conjunto com o presente resumo.** Para facilitar uma revisão inicial, foi preparada uma descrição geral, com cerca de 10 páginas. Isto foi concretizado durante uma reunião dos líderes das equipas, em Genebra, em 15-16 de Setembro. O relatório foi entregue para apreciação e foi revisto por uma Comissão de Vigilância, composta por um representante superior dos quatro parceiros de lançamento (OMS, Rotary, CDC, UNICEF), cada um dos quais não está directamente envolvido na implementação ou supervisão da GPEI. Por sugestão da Comissão de Vigilância, o relatório foi enviado para programas nacionais, para comentário. O relatório será em seguida entregue à apreciação da Dr<sup>a</sup> Chan. Subsequentemente, entende-se que o relatório será partilhado com a GPEI, com a estrutura de vigilância da OMS e com os países que se estão a esforçar tanto para erradicar a poliomielite nas suas fronteiras e atingir assim a meta da erradicação global.

As equipas estão muito agradecidas aos esforços da sede em Genebra e sobretudo ao pessoal nos países para o alojamento das equipas. Ainda que, por necessidade, tenhamos tido interações extensas com as equipas da GPEI, foi reforçado durante todo o processo que esta seria uma avaliação independente. Todas as equipas foram da opinião de que este objectivo foi concretizado.

**Objectivos:** Os objectivos da avaliação, conforme especificados por Genebra, foram:

- Avaliar, para cada uma das áreas infectadas, o(s) desafio(s) primário(s) para atingir uma imunidade suficiente da população de modo a interromper a transmissão do poliovírus restante.

- Determinar, através da revisão da gestão, supervisão e implementação de campanhas de poliomielite, se há outros factores cruciais a comprometer a cobertura da vacina oral do poliovírus (VOP) e a imunidade da população.
- Avaliar riscos, consequências e respostas da propagação internacional do poliovírus selvagem para áreas anteriormente livres de poliomielite, com particular atenção para as áreas com transmissão persistente.
- Propor estratégias, específicas para cada área, para dar resposta ao(s) desafio(s) primário(s) e a quaisquer outros factores importantes que estejam a comprometer a imunidade da população.
- Delinear acções que as autoridades locais, estaduais/provinciais e federais deveriam realizar para garantir que as estratégias específicas para cada área são implementadas na íntegra e para parar a transmissão.
- Delinear acções que a OMS, a UNICEF e outras partes interessadas da GPEI deveriam empreender aos níveis sub-nacional, nacional e internacional para sustentar a implementação de estratégias específicas para cada área, parar quaisquer surtos persistentes associados a importação e reduzir os riscos de nova propagação internacional.

**Estrutura do relatório:** O resumo executivo foi concebido para apresentar os principais achados e recomendações. Para efeitos do resumo, os relatórios das equipas foram condensados em três secções – a primeira trata da diáda de Afeganistão e Paquistão, a segunda com a Índia e a terceira com a Nigéria e os países africanos circundantes reinfectados.

**Resumo:** A erradicação da poliomielite originou muita reflexão e comentários. Não foi solicitado às equipas, e estas não o fizeram, que endereçassem as questões mais alargadas da probabilidade de sucesso da GPEI ou as vantagens relativas da escolha da poliomielite como alvo de erradicação. As equipas ficaram uniformemente impressionadas com a dedicação e energia da IEP (iniciativa de erradicação da poliomielite) e reconheceram inteiramente este esforço como sendo único na história da saúde global.

O nosso contributo cumulativo representa a revisão mais completa da GPEI que já foi realizada. Ainda assim, sublinhamos que houve muitas considerações programáticas para a condução global de um empreendimento como a GPEI, por ex. o financiamento, capacidade laboratorial, qualidade da vacina e coordenação global, que não pudemos avaliar adequadamente para poder comentar com autoridade. Mesmo ao nível do país, estivemos limitados pelo tempo (e, em alguns países, por restrições de segurança) quanto aos locais que pudemos visitar e a informação que pudemos obter. Gostaríamos ainda de comentar que o relatório foi elaborado sob restrições temporais e reflecte a opinião franca das equipas. É evidente para todas as equipas e para a GPEI que, ainda que tenha havido um progresso impressionante em sectores individuais, o número global de casos de poliomielite de tipo selvagem nos países reflecte que “as coisas estagnaram” e grande parte dos esforços das equipas foi dedicado ao desenvolvimento de ideias/recomendações para ultrapassar os obstáculos. A nossa independência relativamente à GPEI significa que muitas destas ideias estarão já indubitavelmente a ser consideradas ou até a ter resposta. Foi surpreendente para as equipas, ao reunirem-se novamente, que, apesar das diferenças entre os países, houvesse muitas semelhanças nas nossas avaliações. Na preparação da descrição geral, surgiram várias questões transversais, que são aqui salientadas.

- A GPEI tem uma estrutura administrativa muito complicada, quer globalmente quer no interior dos países. Há pouca autoridade ou controlo relativamente a entidades de implementação local com baixo desempenho. Na Índia, a forte liderança do Programa Nacional de Vigilância da Poliomielite ultrapassou este aspecto. Abordagens semelhantes, com maior ou igual autoridade, poderão ser essenciais para coordenar a erradicação país a país.
- Notaram-se disparidades no apoio aos países pela GPEI, que foram particularmente acentuadas nos países recém-reinfectados (por ex. Sudão meridional e Angola). Estes países tinham mais casos do que alguns dos quatro países endémicos, mas muito menos recursos do que os países oficialmente endémicos. Esta é uma questão fundamental a endereçar.
- A GPEI e um programa de imunização de rotina (Programa Alargado de Vacinação, PAV) funcional têm de trabalhar em estreita cooperação tanto na pré-erradicação como sobretudo na era pós-erradicação, quando a confiança na vacina inactivada da poliomietite (VIP) injectada fizer com que as actividades suplementares de vacinação (ASVs) porta-a-porta sejam mais difíceis de realizar. Há lições claras a retirar, particularmente do programa indiano de poliomielite, para o reforço da imunização de rotina.
- Foi claro, em todos os países, que a eficácia programática é determinada pelo empenho e pelos recursos ao nível local, das bases.
- Com a pressão de conseguir a erradicação, presta-se demasiado pouca atenção às estratégias pós-erradicação que podem, em última instância, determinar o sucesso da GPEI.
- A investigação efectuada até à data acerca da base imunológica para a necessidade de vacinações múltiplas, idades de vacinação e utilização óptima de novas formulações de VOP e VIP terá de ser continuada e alargada. Isto poderá ter particular importância na Índia setentrional, onde há poucos problemas operacionais e os dados recentes sugerem que a vacina está a oferecer protecção serológica mas a transmissão ainda está a ocorrer.
- Houve confiança da parte das equipas em como, se os problemas de gestão, de segurança e técnicos puderem ser endereçados, a erradicação da poliomielite pode ser conseguida. Uma mensagem de muitos locais, contudo, foi para a GPEI não fazer projecções demasiado optimistas.

## I. ENQUADRAMENTO

### I.A Afeganistão e Paquistão

Os desafios primários nas restantes áreas infectadas com poliomielite no **Paquistão** são: (1) a incapacidade de sustentar uma cobertura muito elevada de VOP nas áreas acessíveis de forte densidade populacional e (2) dificuldades em conseguir uma cobertura moderadamente elevada nas áreas comprometidas em termos de segurança das Províncias da Fronteira Noroeste e Baluchistão. Todas estas áreas continuam a registar casos de poliomielite. Há uma transmissão interligada de poliomielite no **Paquistão** e **Afeganistão** ilustrada pela identidade genética de casos de poliomielite registados no **Afeganistão e Paquistão**. Há uma coordenação regular de trabalho da iniciativa de erradicação da poliomielite (IEP) entre os dois países.

A IEP no **Afeganistão** conseguiu um sucesso notável num ambiente cada vez mais desafiante. Para a maioria da população afegã (84%), a transmissão continuada de poliomielite cessou. Apesar da contracção da área de transmissão de poliomielite, o número anual de casos confirmados de poliomielite não está a diminuir e parece ter permanecido estático nos últimos 4 anos: a ocorrência de 18 casos (tipos 1 e 3) registados durante o ano de 2009, até meados de Agosto, é consistente com a incidência em 2008. Há um nível muito elevado de compromisso político, coordenação pelos parceiros e qualidade técnica do trabalho da equipa da IEP. O elevado nível de planeamento, revisão e análise das ASVs suplementares é impressionante.

**I.B Índia** A equipa de avaliação concentrou-se em Uttar Pradesh (UP) e Bihar, os dois estados do norte central da Índia onde continuam a registar-se casos de poliomielite e há uma circulação documentada de vírus de poliomielite de tipos 1 e 3. A população destas áreas ilustra a imensidão da tarefa de conduzir o que são agora ASVs quase mensais. Como exemplo, UP tem uma população de 187 milhões, com 38 milhões de crianças com idade inferior a 5 anos. Cada ronda de vacinação em UP envolve 200 000 vacinadores e 22 000 supervisores, para chegar a 33 milhões de lares. Há 110 000 balcões (locais fixos) e 64 000 equipas porta-a-porta.

**I.C Nigéria e propagação internacional** A esta altura, estão presentes na Nigéria os 3 tipos de poliomielite, incluindo o vírus de poliomielite de tipo 2 derivado da vacina, sendo o epicentro nas províncias setentrionais visitadas pela equipa. A ocorrência do vírus de tipo 2 derivado da vacina Sabin é um problema que tem de ser endereçado e que aponta para uma fraqueza na VOP como instrumento pós-erradicação.

Durante a sua missão, a equipa internacional deslocou-se a Angola e ao Sudão, ambos com surtos persistentes de poliomielite após a importação de poliovírus da Nigéria e da Índia.

## **II. ACHADOS**

### **II.A Paquistão/ Afeganistão**

A insegurança coloca o obstáculo mais importante à concretização da vacinação elevada para a poliomielite em cada um destes países. A situação de segurança é instável, imprevisível e ameaçada por um conjunto de facções armadas. O ambiente contextual de sistemas de saúde e profissionais de saúde com financiamento pobre resulta em serviços de rotina fracos, sobretudo no Paquistão. No Afeganistão, a aprovação de elevado perfil por parte de figuras políticas, internacionais e militares foi útil no passado mas poderá ser contraproducente nas áreas não seguras. Os elementos anti-governo irão provavelmente opor-se a qualquer programa que seja percebido como sendo uma prioridade elevada do Governo do Afeganistão.

Os problemas de gestão de recursos humanos em ambos os países restringem quer a imunização de rotina quer as ASVs da poliomielite. Estes problemas incluem os baixos salários dos vacinadores e a fadiga associada às dificuldades de procurar realizar Programas Alargados de Imunização (PAV) e ASVs de qualidade em ambientes perigosos, a elevada frequência de ASVs e a proliferação de tantas iniciativas de doação vertical, com impacto directo ou indirecto sobre a imunização. A interferência

política na nomeação de vacinadores e a respectiva responsabilização são problemas da maior importância em algumas áreas do **Paquistão**. Da mesma forma, no **Afeganistão**, o recrutamento de agrupamentos de supervisores e voluntários para ASVs foi diversamente descrito como sendo casual, ineficiente, inapropriado para a cultura prevalecente e uma forma para os amigos ganharem dinheiro. A selecção de vacinadores precisa de reflectir realidades culturais e políticas, por ex. vacinadores do sexo feminino são aceitáveis em algumas áreas mas não em outras. Há uma incapacidade em conduzir uma supervisão, monitorização e validação de dados adequadas. Isto deve-se a uma combinação de incapacidade de aceder a áreas inseguras e ausência de pessoal supervisor com formação.

Os grandes movimentos populacionais, quer entre o **Paquistão e o Afeganistão**, quer entre províncias no interior de cada país, têm o potencial de introduzir o poliovírus selvagem em áreas onde há muito está ausente.

As instalações de cuidados de saúde, sobretudo os sub-centros no **Afeganistão**, muitas vezes não têm os recursos adequados para facultar serviços de IEP e PAV de rotina. Ambos os países assentam demasiado fortemente na categoria de funcionários de saúde designada de *vacinadores*. Há uma compreensão inconsistente das responsabilidades do restante pessoal de saúde; em algumas províncias não se espera que os enfermeiros e parteiras façam vacinações na ausência dos vacinadores nomeados para o efeito.

No **Afeganistão**, o grau de envolvimento em ASVs pelas organizações não governamentais (ONGs) responsáveis pela implementação do Pacote Básico de Serviços de Saúde é inconsistente. Alguns gestores de saúde ao nível intermédio (não directamente envolvidos na IEP) estão a manifestar cepticismo relativamente à necessidade de um foco tão elevado de atenção na poliomielite. Os profissionais ao nível privado não estão envolvidos de forma adequada na prestação de serviços de PAV de rotina, sobretudo aqueles que continuam a trabalhar em áreas inseguras. O medo percebido pelos prestadores de serviços nem sempre é endereçado de forma adequada e poderia beneficiar de melhor informação acerca da situação real de segurança nas áreas contestadas.

No **Afeganistão**, não há um sistema de encaminhamento funcional para os casos de paralisia flácida aguda (PFA), relacionados e não relacionados com a poliomielite, para serviços de reabilitação efectivos. Verificámos uma ausência de evidência para explicar a elevada proporção homens:mulheres de casos de PFA relacionados e não relacionados com poliomielite.

No **Afeganistão** há uma falta de flexibilidade no acesso em segurança às crianças em algumas províncias. Não há nenhuma “forma correcta” de envolvimento com as comunidades em áreas onde a segurança está comprometida, ainda que as equipas tenham ouvido falar de vários exemplos de negociação através de diferentes intermediários locais, incluindo o pessoal distrital de ONG, negociadores contratados, *mullahs* e anciãos das tribos. A ponte para áreas não seguras poderia ser feita através de uma gama mais alargada de prestadores de serviços, por ex. profissionais ao nível privado e profissionais de veterinária.

Ainda que tenha havido pouca evidência de resistência à vacinação e baixas taxas de recusa no **Afeganistão**, há rumores e concepções erradas persistentes no **Paquistão** que relacionam a vacinação da poliomielite com a esterilização ou infertilidade, sendo mínimos os esforços para dar resposta a este problema. Em ambos os países, a procura de vacinação para a poliomielite é relativamente baixa, pois não é percebida pelas comunidades como sendo uma prioridade elevada.

No **Afeganistão**, as políticas em mudança da Força de Assistência de Segurança Internacional e os Taliban estão a centrar-se na estabilização das populações e em permitir a prestação de serviços sociais. Esta tendência oferece quer oportunidades quer ameaças – oportunidades para facultar o acesso aos prestadores de serviços; no entanto, há o risco de prestação directa de serviços por parte dos combatentes, o que é inconsistente com os princípios humanitários básicos de neutralidade, imparcialidade e independência. Vários governos estrangeiros têm quer forças militares quer programas de auxílio, alguns dos quais apoiam a IEP. Isto levanta a possibilidade de, em áreas controladas ou influenciadas por elementos anti-governamentais, as actividades de imunização poderem ser percebidas pelos líderes das comunidades como estando interligadas com operações militares. A **neutralidade** do programa de poliomielite tem de ser protegida.

As principais **barreiras técnicas** à erradicação da poliomielite incluem o facto de, em ambos os países, terem ocorrido casos de poliomielite em crianças que receberam mais de 10 doses de VOP. No **Afeganistão**, há evidência em como vários casos recentes de poliomielite ocorreram em crianças que não tinham nem viajado nem estado em contacto com crianças de zonas endémicas. No entanto, estiveram em contacto com crianças mais velhas ou com adultos jovens que tinham regressado do **Paquistão**, levantando a questão de os indivíduos mais velhos participarem na cadeia de transmissão.

## **II.B. Índia**

A equipa concluiu que a elevada cobertura observada quer em UP quer em Bihar reflectia o esforço mais abrangente e bem gerido de vacinação que os membros da equipa alguma vez tinham visto. Em resumo, a implementação do programa não foi encarada como sendo uma restrição à eliminação da poliomielite. No entanto, a equipa observou que, mesmo que o desempenho da VOP em Bihar e em UP seja semelhante ao de outros locais no mundo desenvolvido, as implicações de uma taxa de seroconversão do tipo 1 de, por exemplo, 80% ao fim de três doses de VOP trivalente, significam que mesmo uma taxa de cobertura muito elevada, de 98%, se traduza numa seroconversão de 79% ao fim das três doses iniciais. Além disso, mesmo a não abrangência de apenas 1% da população, de dimensão muito grande, com idade inferior a 5 anos em UP ou Bihar pode rapidamente levar a uma coorte substancial de recém-nascidos não vacinados.

Nas áreas fluviais remotas de Kosi, em Bihar, a equipa de avaliação conduziu um estudo de cobertura de vacina da poliomielite em mais de 12 aldeias, examinando 561 crianças quanto à presença de marcas nas unhas das mãos aplicadas aquando da vacinação e encontrou quatro que não estavam imunizadas (as quatro estavam em trânsito durante a campanha da semana anterior e não passaram nenhuma das estações locais de trânsito). Este nível de cobertura de 99,2% é consistente com os

99% registados, encontrados em estudos pós-ronda em toda a área. Para além das áreas que são de difícil acesso, a população do norte da Índia é extremamente migratória, ocorrendo 12% das vacinas administradas numa ASV em Bihar em pontos de trânsito, por ex. estações de comboio.

Apesar de melhorias recentes, os programas de PAV em Uttar Pradesh (UP) e em Bihar são ainda fracos e sentem-se ameaçados pelo programa da poliomielite. A cobertura de rotina estimada para a vacina oral trivalente da poliomielite (VOPt) é de 53% em Bihar e de 40% em UP. Que o programa está a colocar tensão adicional no pessoal partilhado com o programa de imunização de rotina é uma explicação tipicamente oferecida para a actual baixa cobertura da imunização de rotina.

O Programa Nacional de Vigilância da Poliomielite (*National Polio Surveillance Programme*, NPSP), o Governo da Índia e os respectivos parceiros são capazes de uma elevada cobertura sustentada de VOP para o futuro imediato, ainda que um calendário menos intenso acabe por ser importante para evitar a fadiga dos funcionários. Um declínio de casos e isolados de poliovírus selvagem (PVS) serão um importante factor motivador à medida que a eliminação completa se aproxima, ainda que muitos tenham recomendado precaução e desaconselhado a apresentação de uma imagem demasiado “cor-de-rosa” ou a apresentação de cronogramas que não foram cumpridos. Tem de prestar-se mais atenção à estratégia pós-erradicação e à integração última do NPSP num programa reforçado de imunização de rotina.

Os esforços de erradicação da poliomielite na Índia constituem um programa de alta visibilidade e reconhecimento, com mobilização robusta da comunidade e componentes de comunicação do programa, sobretudo nos estados endémicos de Bihar e Uttar Pradesh. A consciencialização básica relativamente aos sintomas de poliomielite, benefícios da VOP e ao grupo-alvo (crianças de idade inferior a 5 anos) são elevados, tendo a resistência inicial em comunidades de minorias diminuído substancialmente nos últimos anos, devido à mobilização activa de líderes / figuras de influência na comunidade.

As condições ambientais em todas as áreas que visitámos e nas quais persiste a circulação do vírus de tipo selvagem optimizam a transmissão da poliomielite, com defecação indiscriminada, reservas de água contaminadas e extrema concentração da população (durante as cheias que acompanham a monção, as populações rurais de 1000 hab/km<sup>2</sup> em Kosi amontoam-se em terras com um décimo da área onde habitam normalmente). Adicionando a isso uma prevalência extremamente elevada de malnutrição, alimentos suplementares não limpos e uma taxa de natalidade extremamente elevada, com intervalos entre partos tão próximos quanto um ano, a vulnerabilidade das crianças muito jovens à poliomielite e a outras infecções por enterovírus torna-se muito evidente.

Uma questão central consiste em determinar se o desempenho da vacina (conforme determinado pela infecciosidade e extensão da imunogenicidade subsequente) é diferente em UP e em Bihar relativamente ao verificado em outros países tropicais com condições ambientais comparáveis. A resposta à vacina oral trivalente da poliomielite (VOPt) há muito foi reconhecida como estando comprometida nos países em desenvolvimento, sendo a resposta dominante após a primeira dose ao tipo 2 e desenvolvendo-se imunidade gradual aos tipos 1 e 3 com as doses subsequentes. Os

motivos para a imunogenicidade limitada em certos ambientes tropicais não são claros; ainda assim, a poliomielite foi erradicada da maior parte da Índia com a utilização da VOPt. Um achado encorajador recente consiste em que os bebés de 6-9 meses expostos a imunização de rotina e imunização monovalente suplementar para o tipo 1 em Moradibad apresentaram uma seroprevalência para o tipo 1 de 98-100 por cento. Mesmo em UP e em Bihar é importante observar que, das nove linhagens de tipo 1 encontradas há vários anos, apenas uma persiste e que, durante um período recente de 1 ano em UP não se encontrou vírus selvagem de tipo 1 até à reintrodução (a partir de Bihar) em 2006. Tal como acontece no resto do mundo, o tipo 2 selvagem de poliomielite já não circula na Índia há vários anos.

## **II.C Nigéria e propagação internacional**

A Equipa de Avaliação considerou que havia muito trabalho a fazer para conseguir a erradicação na Nigéria. Ainda assim, a Equipa considerou que a infra-estrutura básica nos locais visitados era robusta e considerou que a erradicação da poliomielite num futuro próximo é exequível.

Os problemas de gestão são os obstáculos mais cruciais ao sucesso do programa nigeriano. Estas dificuldades ocorrem a todos os níveis, com graus variáveis de importância. Os obstáculos actuais à erradicação ao nível federal incluem a agenda muito vasta de desenvolvimento da saúde na Nigéria, com muitos problemas de saúde a necessitar de resposta em simultâneo. Daí que, ao nível central, não seja dada a importância necessária para a erradicação da poliomielite. Ao nível do governo local (no Estado de Kano há 44 Governos Locais, e 14 em Zamfara) onde tem lugar a administração da imunização, a importância atribuída à erradicação da poliomielite difere largamente. Em algumas áreas, o programa teve bons apoios mas, em outras, o interesse, apoio e supervisão foram fracos. Um outro obstáculo é o fraco programa de imunização de rotina, que não é fiável para conseguir níveis elevados de cobertura de vacinação da poliomielite. A IEP está inteiramente dependente da qualidade da sua própria infra-estrutura.

Ainda que a Declaração de Abuja, assinada pelo Prof. Babatunde Oshotimehin, Excelentíssimo Ministro da Saúde em nome do Governo Federal, e Sua Excelência Dr. Bukola Saraki, Governador Executivo do Estado de Kwara e Presidente do Fórum dos Governadores, em nome de todos os Governadores, em Fevereiro de 2009, tenha assinalado o início de um esforço renovado para a erradicação da poliomielite na Nigéria, a supervisão para implementar na íntegra a declaração de Abuja em todos os Estados e Áreas de Governo Local é fraca. Em Zamfara, a Equipa de Avaliação observou que 2 dos 14 Governos Locais não haviam estabelecido Grupos de Trabalho para a Eliminação da Poliomielite e que um dos restantes grupos de trabalho não havia iniciado as operações. Alguns representantes superiores não tinham conhecimento da Declaração de Abuja. Ainda que todos os Governos Locais tenham disponibilizado a sua quota-parte de financiamento, estas quantias parecem ser inadequadas para conseguir a participação sustentada da comunidade e a mobilização social.

As equipas de vacinação estavam também fracamente equipadas de conhecimentos e aptidões de comunicação interpessoal para dar resposta sequer aos mais ligeiros desafios na comunidade encontrados durante a imunização contra doenças evitáveis. Não existem programas de formação estabelecidos para o pessoal, de modo a garantir

que todas as equipas tenham a preparação adequada.

Há um grande número de doações a auxiliar a GPEI; no entanto, estão ausentes um plano estratégico coerente e os mecanismos para o desenvolvimento desse plano.

A inadequação dos fundos operacionais também é um problema em muitos governos locais, que se estão a debater com a prioridade atribuída à erradicação da poliomielite em adição às suas restantes responsabilidades. Houve aparentemente grandes problemas com a gestão de fundos. Em alguns governos locais, os fundos para as actividades de imunização da poliomielite foram disponibilizados muito tarde, por vezes apenas 24 horas antes do início das actividades, o que deixou um tempo inadequado para a preparação e mobilização de recursos e da comunidade. Isto levou a um planeamento largamente ineficaz e a mobilização de recursos consideráveis necessários para uma ASV não ocorreu. Muitos dos inquiridos levantaram preocupações relativamente à má gestão de fundos e à ausência de responsabilização pelos mesmos. Caso isto se verifique, poderá constituir um obstáculo grave à implementação efectiva da IEP.

As percepções da comunidade relativamente à segurança das vacinas da poliomielite constituíram um obstáculo da maior importância, ao ponto de a VOP ter sido retirada de uso no Estado de Kano em 2003-2004. Os problemas da vacina eram exprimidos em termos religiosos e nesta comunidade, tal como em outras áreas, isso deprimiu a procura de imunização por parte da comunidade. Estas preocupações religiosas criaram obstáculos da maior importância à implementação da erradicação da poliomielite, que persistem até hoje.

A mobilização inadequada dos grupos comunitários, como grupos de mulheres e outros, é um obstáculo fundamental à procura por parte da comunidade. O interesse, apoio e procura inadequados por parte da comunidade tornaram-se assim obstáculos à erradicação da poliomielite. A poliomielite não tem sido a prioridade mais elevada em termos de sobrevivência infantil e há uma disjunção entre a imunização e outros serviços de saúde.

Existem deficiências significativas na manutenção da cadeia de frio, sobretudo em Zamfara, por ex. o não funcionamento dos frigoríficos solares. Há uma capacidade inadequada de transporte de vacinas, devido à indisponibilidade de fundos suficientes para combustível, etc.

A propagação internacional de poliomielite para fora da Nigéria e a partir da Índia tem sido controlada em países com sistemas de saúde robustos e uma elevada cobertura de vacinação de rotina. No entanto, o vírus persistiu em países com sistemas de saúde subdesenvolvidos e baixa cobertura de vacinação de rotina – **Sudão meridional, Angola e Chade**. A cobertura de vacinação com VOP3 no **Sudão meridional** tem sido de cerca de 20%, ainda que haja uma aceleração actual, e em **Angola** é de cerca de 40%. Em ambos estes países, o acesso aos cuidados de saúde é limitado. No Sudão, apenas cerca de 25% da população tem acesso a cuidados de saúde e apenas uma fracção destes fazem efectivamente uso desse acesso. Em **Angola**, o país está a reconstruir os serviços públicos, mas há ainda um trabalho considerável a fazer.

Esta ausência de uma infra-estrutura de saúde afecta não só a vacinação de rotina como também a vigilância de PFA. Ainda que isto seja adequado em Angola, é provável que tenha havido e venha a haver casos não detectados no Sudão meridional. Ambos estes países têm uma carência grave de pessoal de saúde com formação, sobretudo no Sudão meridional. Campanhas repetidas, tanto em Angola como no **Sudão meridional** levaram a fadiga nos serviços de saúde. As linhas de orientação básicas para a condução de campanhas já não estão a ser seguidas. Os recursos que a OMS e a UNICEF estão a empenhar em **Angola** e no **Sudão meridional** são impressionantemente limitados em comparação com o Afeganistão, Paquistão e Índia.

A monitorização de campanhas em **Angola** sugere que há quantidades significativas de crianças não abrangidas. Ainda que isto não se tenha registado no **Sudão meridional**, existe a dúvida relativamente à eficácia da monitorização neste país tão grande e com populações de difícil acesso.

As campanhas da IEP têm igualmente levado a fadiga da comunidade quer em **Angola** quer no **Sudão**. Isto foi particularmente evidente em **Angola**, onde há uma exigência para a prestação de outros serviços que não a vacinação da poliomielite. No **Sudão** tem havido recusas regulares de vacinação contra a poliomielite num Estado – Equatoria ocidental.

A mobilização social foi largamente bem sucedida em **Angola**, onde há uma relação próxima entre a OMS e a UNICEF. No entanto, no **Sudão meridional**, a mobilização social sofreu de dificuldades na libertação e uso de fundos. A parceria entre a UNICEF e a OMS para a erradicação da poliomielite foi menos forte no Sudão meridional. Houve um compromisso político claro para com a erradicação da poliomielite em **Angola** e uma comunicação muito funcional entre os parceiros da IEP. No entanto, em **Angola**, o ministério da saúde nacional tem muitas exigências concorrentes em termos do desenvolvimento de serviços de saúde e do controlo da malária, pneumonia e diarreia. No **Sudão meridional** as preocupações primárias do governo são os resultados do censo, demarcação de fronteiras, desarmamento, desmobilização e reintegração. Apesar disto, o governo afirmou estar empenhado na erradicação da poliomielite.

Os factores climáticos desempenham um papel crucial nestes países. As cheias em Luanda e em outras áreas de **Angola** levaram a que as campanhas porta-a-porta fossem modificadas para pontos fixos. O acesso a algumas áreas de Angola requer assistência militar devido à inacessibilidade. No entanto, o conflito e a segurança não são actualmente problemas de maior importância em **Angola**. No **Sudão meridional** a estação das chuvas desempenha um papel importante na limitação das actividades. Fora da capital não há virtualmente estradas asfaltadas, e muitas das pistas aéreas são susceptíveis a inundações. A presença de minas terrestres activas em alguns locais quer de **Angola** quer do **Sudão meridional** limita a deslocação do pessoal internacional.

A vacina monovalente actual, utilizada nos dias nacionais de imunização (DNIs) ou ASVs consoante a epidemiologia, promove as ocorrências de surtos relacionados com os outros tipos. A existência de um bom sistema de PAV de rotina, sustentado, com DNIs de alta qualidade utilizando a vacina adequada, VOP-t e VOP-b, assim que esta ficar disponível, podem ajudar a ultrapassar estes obstáculos.

### III. RECOMENDAÇÕES

#### III.A Paquistão/ Afeganistão

*É necessário que haja um equilíbrio apropriado entre as ASVs e o PAV de rotina. Se as medidas de contenção através de dias nacionais de imunização (DNIs) em 2009 e até meados de 2010 forem bem sucedidas, devem considerar-se DNIs menos frequentes, ao mesmo tempo que se concentram dias sub-nacionais de imunização (DSNIs) em áreas de alto risco. O Governo e os parceiros de desenvolvimento precisam de melhorar a procura e a administração de imunização de rotina, bem como melhorar a cobertura de VAP para atingir 90% de cobertura pela VOP3, através da atribuição de melhores recursos aos centros de saúde a todos os níveis, alcance acelerado (mini-ASVs), equipas mais móveis e, no **Paquistão**, um papel reforçado das mulheres profissionais de saúde na prestação de serviços de PAV. O programa das mulheres profissionais de saúde (Lady Health Workers, LHW) é um ponto-chave de entrada para reforçar os profissionais de saúde e há a necessidade de fazer uma escalada rápida na cobertura a nível nacional e de financiar o apoio a este programa. Devem rever-se os níveis de compensação para incentivar a motivação sustentada.*

*A actual vigilância de PFA de alto desempenho em ambos os países tem de ser mantida, tendo de se endereçar imediatamente a vigilância em deterioração no Baluchistão, **Paquistão**. No **Paquistão**, devem fazer-se esforços para conduzir uma avaliação de cobertura pós-campanha utilizando a marcação dos dedos ao nível da Assembleia da União e não do distrito, para manter a responsabilização das equipas da Assembleia da União. Para evitar o conflito de interesses na avaliação da cobertura pós-campanha de poliomielite, devem empregar-se equipas independentes, que não estejam envolvidas nos DNI/DSNIs.*

*No **Afeganistão**, os DNIs devem ser reduzidos a partir de meados de 2010 após uma análise técnica rigorosa, que inclui a modelação da imunidade em cada província, com base na cobertura de PAV de rotina, acesso e cobertura de ASV, e exposição a migrantes provenientes de áreas onde circula o poliovírus selvagem. A redução do número de DNIs deve prosseguir de forma cuidadosamente faseada. Condução de planeamento detalhado, distrito a distrito, agrupamento a agrupamento, dos DSNIs, com datas flexíveis e abordagens flexíveis às comunidades que lhes têm acesso.*

*No **Afeganistão**, harmonizar os esforços de iniciativas de doação para reforçar o alcance de **rotina** e os serviços de PAV móveis, como os Serviços de Alcance Sustentável (Sustainable Outreach Services, SOS), Chegar a Todos os Distritos (Reach Every District, RED) e Projectos de Impacto Rápido (Quick Impact Projects, QIP). Reforçar a coordenação da vigilância de PFA no **Afeganistão e áreas limítrofes do Paquistão**. Manter imunização transfronteiriça intensiva e coordenação próxima das actividades de IEP. Para além de sincronizar temporalmente as ASVs, sincronizar as estratégias de comunicação.*

*Dar resposta às restrições de recursos humanos, como os baixos salários dos vacinadores e baixos incentivos dos voluntários de campanha. Em ambos os países, clarificar os papéis e responsabilidades de todas as instalações de cuidados de saúde, pessoal de saúde e outras partes interessadas. Todas as categorias de pessoal médico*

/ de enfermagem em centros de saúde abrangentes e básicos e nos sub-centros devem ter a vacinação incluída na descrição dos seus deveres de rotina.

*No Afeganistão, clarificar os procedimentos de encaminhamento para os casos de PFA relacionados e não relacionados com poliomielite que necessitem de serviços de reabilitação. Presentemente, a maioria dos hospitais provinciais têm uma capacidade inadequada de fisioterapia para prestar cuidados efectivos. Há provisões para cobrir o custo do tratamento e transporte para os seis centros ortóticos respectivos.*

*Reconhecer a gama de potenciais partes interessadas quer na facilitação do acesso a distritos de alto risco quer na condução de supervisão, monitorização e avaliação. Têm de correr-se mais riscos na gestão através da negociação discreta com uma gama de intermediários, incluindo o pessoal distrital de ONG, negociadores contratados, mullahs, anciãos tribais e veterinários distritais para conseguir o acesso a áreas contestadas.*

*Estabelecer procedimentos mais rigorosos para a selecção de supervisores de agrupamento, equipas de vacinadores voluntários e monitores de campanha para reforçar a capacidade do programa para avaliar e validar o desempenho ao nível da comunidade.*

*Continuar a fazer experiências-piloto e a avaliar métodos inovadores de mobilização na comunidade, como os "pátios das mulheres", no Afeganistão, reconhecendo ao mesmo tempo que estas estratégias poderão só ser aceitáveis em áreas geográficas relativamente estreitas.*

*No Paquistão, há a necessidade de rever as metas e objectivos das estratégias de comunicação para as ASVs e a imunização de rotina. São necessárias abordagens inovadoras de comunicação, incluindo a formação com entretenimento, para criar a procura, bem como mensagens claras e culturalmente apropriadas para contrapor rumores, concepções erradas e informações erróneas na população em geral. O recrutamento de pessoal do sexo feminino falante da linguagem local (sobretudo o Pashtun) e LHWs para a equipa de imunização e nas revisões pós-campanha que envolvem supervisores de zona em reuniões ao final do dia poderá ajudar a garantir a responsabilização respectiva.*

*À luz das exigências concorrentes, recomendamos a manutenção do nível actual de elevado compromisso político e financeiro, interesse e responsabilidade para melhorar o PAV de rotina e as campanhas de alta qualidade de vacinação para a poliomielite. No entanto, no Afeganistão, a aprovação de elevado perfil por parte de figuras políticas, internacionais e militares poderá já não ser necessária e ser contraproducente nas áreas não seguras. Promover a neutralidade do programa de poliomielite. Apesar de o compromisso político ser importante para manter as atribuições de recursos para a IEP, reduzir o envolvimento visível de figuras políticas nas campanhas de vacinação. Foco em negociações discretas, locais, com elementos anti-governo através de uma gama flexível de intermediários. Eliminar a relação de ASVs com acontecimentos associados que possam ser utilizados por elementos anti-governo para politizar a iniciativa de erradicação da poliomielite.*

*À medida que diminui o número de casos de poliomielite com uma cobertura melhorada de imunização, a qualidade da revisão de casos de PFA "inadequados" poderá ter de*

*ser aumentada.* Ainda que os motivos pelos quais os casos foram considerados "inadequados" sejam revistos rotineiramente no sistema actual, esta prática também poderá precisar de ser melhorada. Em particular, as lições aprendidas a partir de casos individuais acerca de como melhorar a detecção precoce devem ser partilhadas com todas as partes interessadas do sistema de vigilância.

*Conduzir investigação operacional no Afeganistão para clarificar as questões seguintes: infecção de poliomielite em crianças com número elevado de doses de VOP; possível infecção de algumas crianças por crianças mais velhas ou adultos que regressem do Paquistão; elevada proporção de homens:mulheres nos casos registados de PFA.*

### III.B. Índia

As ASVs intensificadas assinalam os programas em UP e Bihar. Foram facultados gestão melhorada e apoio administrativo para apoiar o planeamento, implementação e monitorização de ASVs para garantir a cobertura quase completa de imunização da população-alvo. A inflação no número de rondas de imunizações parece ser uma resposta instintiva ao insucesso do programa em interromper a transmissão do vírus, sem uma avaliação crítica das vantagens e necessidade das mesmas. *A equipa recomenda, para a sustentabilidade do programa, uma revisão crítica da calendarização, conteúdo da vacina, áreas de cobertura e frequência das rondas de vacinação a ser efectuadas.* Uma abordagem para evitar a acumulação de indivíduos susceptíveis consiste em concentrar mais esforços nas crianças de idade inferior a 1 ano.

O uso da vacina inactivada da poliomielite (VIP) foi uma questão que surgiu sempre que a equipa de revisão se envolveu com o pessoal governamental superior, médicos e não médicos. Tal como referido anteriormente, há a percepção de que a VOP não tem sido tão imunogénica quanto o previsto e que a introdução de VIP servirá como um adjuvante útil. A introdução da VIP não é uma questão sem importância, devido às exigências em termos de custos e de logística. A equipa achou improvável que a VIP possa ser administrada em visitas porta-a-porta, e teria de ser desenvolvida uma abordagem de centro fixo que imunizasse uma fracção elevada de crianças com menos de um ano. A cobertura de DTP3 é actualmente de cerca de 50% e uma estratégia baseada numa VIP suplementar iria necessitar de uma cobertura de rotina muito mais elevada. A tradução desta estratégia à escala da saúde pública será um desafio enorme. *Ainda assim, a VIP tem de ser examinada no contexto da Índia setentrional.* É de particular interesse a demonstração de que o uso combinado de VOP e VIP induziu uma resposta uniformemente elevada de anticorpos aos três tipos de poliomielite num conjunto de países (WHO Collaborative Study Group on Oral and Inactivated Poliovirus Vaccines. Combined immunization of infants with oral and inactivated poliovirus vaccines: results of a randomized trial in The Gambia, Oman, and Thailand. Bull World Health Organ. 1996; 74(3): 253–268). *Os estudos planeados de VIP devem incluir um braço combinado de VOP/VIP.*

Ainda que uma melhoria substancial nas condições sanitárias pareça ser muito improvável no futuro próximo, a atenção à água limpa e a práticas de higiene, sobretudo para as crianças com menos de 2 anos, oferece uma intervenção que vale a pena explorar. Especificamente, todos os tubos dos poços em Kosi não estavam protegidos

por um plinto ou uma plataforma, e muitos estavam rodeados de água estagnada insalubre. Fomos informados de que os estudos de poços nesta área mostraram que 80% continham *E. coli*, indicando contaminação fecal. *Poderão ser indicados estudos adicionais para definir indicadores dos poços mais afectados. Devem explorar-se tecnologias simples e economicamente acessíveis para proteger os poços rurais.*

A introdução de vacina bivalente de tipo 1 e 3 deve oferecer uma vantagem operacional significativa. Os dados da Índia meridional sugerem que a imunogenicidade desta é quase equivalente à das vacinas monovalentes individuais. *É necessário introduzir VOP bivalente no programa, com validação da efectividade assim que possível.*

A vigilância de paralisia flácida aguda (PFA) é um componente-chave do programa. Os padrões globais são de que os casos de PFA sejam detectados a uma taxa de 2/100 000. Em 2009, a taxa nacional de PFA não relacionada com a poliomielite era de 6,6/100 000 para crianças com idade inferior a 15 anos, enquanto as taxas de PFA em Bihar e UP eram de 18/100 000 e 30/100 000, respectivamente, e nas margens do rio Kosi ultrapassou os 100/100 000, largamente devido ao alargamento da definição de caso. *O alargamento da definição de caso tem implicações programáticas importantes e, por conseguinte, ainda que o registo de PFA proporcione um instrumento crítico para a detecção da circulação de poliomielite, é necessário adoptar uma definição restrita de poliomielite (como tem sido o caso com a poliomielite associada à vacina (PPAV) e é necessário fazer uma diferenciação entre a detecção de poliovírus de tipo selvagem nas fezes e um caso de poliomielite).* Pensamos que a desilusão de ver casos descritos como "poliomielite" ao fim de múltiplas (10-20) doses de vacina é um impeditivo da maior importância para a manutenção da moral do programa e pode, em muitos casos, reflectir a protecção incompleta das mucosas e a infecção resultante dos intestinos por poliovírus de tipo selvagem, sem implicar uma falha da protecção da vacina contra a poliomielite.

O Grupo de Aconselhamento de Peritos da Índia (*India Expert Advisory Group, IEAG*) proporciona um fórum excelente para decisões acerca da estratégia de vacinação. Estamos, no entanto, preocupados com a recrudescência do vírus de tipo 3 e *recomendaríamos que fosse prestada igual atenção à erradicação do tipo 3.*

A circulação continuada do poliovírus selvagem apesar de muitas doses de VOP é desconcertante, sugerindo que, no contexto indiano, ou a imunidade intestinal após doses múltiplas de VOP é incompleta ou, na presença de imunidade intestinal, a densidade do poliovírus selvagem no ambiente indiano é suficiente para permitir a excreção e transmissão continuadas. As implicações destas observações para a saúde pública são assustadoras. É necessária, com urgência, informação mais completa sobre a imunidade intestinal no contexto indiano. *Incentivamos a condução de estudos acerca da imunidade intestinal (estudos de desafio com a vacina Sabin após VOP e vacina inactivada da poliomielite, VIP) em UP e/ou Bihar.*

Será que os problemas ambientais graves – cheias, sujidade, condições sanitárias, má qualidade da água, densidade elevada da população, sobretudo em áreas peri-urbanas e de ocupação ilegal de terrenos, e em minúsculas ilhas isoladas no leito dos rios são suficientes para manter a circulação do poliovírus selvagem apesar das taxas extremamente elevadas de cobertura da VOP? *É necessária uma amostragem*

*ambiental mais abrangente para compreender melhor a persistência do poliovírus selvagem nestes ambientes fora do habitual.*

### **III.C Nigéria e propagação internacional**

**Os elos mais fortes e mais fracos do programa de erradicação da poliomielite na Nigéria são ao nível do governo local.** O desempenho local nas ASVs é variável e altamente dependente da liderança das áreas governamentais locais. *É necessário identificar uma solução de financiamento a mais longo prazo para os governos locais (ou seja, uma conta reunida implementada em Zamfara).* O desempenho local pode ser monitorizado com uma lista de verificação que pode em seguida ser partilhada com o Governador para obtenção de feedback em reuniões com os presidentes das áreas de governo local. *A qualidade dos dados de monitorização (através do uso de métodos adicionais, como a amostragem da qualidade do lote (Lot Quality Sample, LQS)) deve ser melhorada. Deve planear-se e implementar-se um sistema de remuneração com base no desempenho, baseado na implementação da IEP, a todos os níveis: central, do estado e das áreas de governo local. Deve considerar-se o envolvimento de parceiros doadores na monitorização e análise através de um enquadramento estratégico da implementação e responsabilização do programa nos pontos focais sugeridos ao nível presidencial, do Governador e dos governos locais. As actualizações planeadas devem garantir que o armazenamento de vacinas em todos os locais é adequado. Os Governos Estaduais também desempenham um papel da maior importância na gestão do programa e na mobilização social. Todas as partes interessadas, a todos os níveis, devem adoptar boas práticas de responsabilização. As comunidades também devem ser incentivadas a exigir serviços de imunização. Devem seguir-se boas práticas de gestão operacional, financeira e logística do programa, sobretudo para as ASVs.*

*O compromisso e supervisão aumentados precisam de ser traduzidos em qualidade melhorada de actividades-chave do programa, através da promoção da aposta política, bem como da responsabilização, em vários níveis garantindo a monitorização e seguimento atentos das actividades de poliomielite por parte do Presidente e dos gabinetes dos Governadores (ou seja, estabelecendo uma pequena unidade dentro dos respectivos gabinetes). Além do mais, a inclusão da adição de erradicação da poliomielite como item regular na agenda em debates entre o Presidente e os Governadores dos Estados, e subseqüentemente com o governo local, irá ajudar a monitorizar a situação a todos os níveis.*

*Além disso, a implementação de todos os aspectos da declaração de Abuja deve ser atentamente monitorizada, incluindo relatórios regulares de progresso da IEP da parte dos Governadores para o Presidente. É necessário que os presidentes do governo local facultem relatórios regulares aos Governadores Executivos (e reuniões para obtenção de feedback).*

O elevado número de crianças não abrangidas pelo programa de imunização de rotina e a GPEI foram lembretes cruéis da gravidade desses obstáculos. O Estado de Zamfara introduziu recentemente equipas de rua para encontrar e abranger as crianças em falta, mas esta iniciativa não produziu o resultado pretendido. Os motivos apresentados foram que o esquema era muito novo e não foi bem compreendido. *No entanto, uma estratégia mais focada para alcançar as crianças em falta e para atingir os mais difíceis de alcançar deve considerar-se como um obstáculo importante e deve ser endereçada.*

A exigência comunitária para a imunização da polio e de rotina não tem sido forte na Nigéria; no entanto, recentemente, aumentaram o apoio por parte das instituições tradicionais e o nível de conhecimento dos problemas de erradicação da poliomielite. *Um programa entusiástico e sustentado de mobilização social, envolvendo as organizações de mulheres na comunidade e os líderes religiosos e tradicionais deve ajudar a ultrapassar esses obstáculos. Devem facultar-se programas de formação para o desenvolvimento de aptidões de comunicação interpessoal às equipas e pessoal de vacinação, de modo a responder até aos mais ligeiros desafios na comunidade encontrados durante a imunização contra doenças evitáveis. É necessária uma forte campanha de comunicação, implementada na íntegra. Deve planear-se e implementar-se um sistema de remuneração com base no desempenho, baseado na implementação da IEP.*

*Na Nigéria, os funcionários civis dos Departamentos do Governo Local e da Educação, bem como as agências relacionadas, irão precisar de desempenhar um papel activo e crítico na concretização da erradicação da poliomielite. O sector da educação, em particular, irá precisar de desempenhar um papel de destaque na mobilização social, usando as escolas como veículos da maior importância para o estabelecimento e reforço da exigência comunitária da erradicação da poliomielite.*

Em outros países africanos, a tónica em campanhas com tónica igualmente pequena na imunização de rotina está a desviar recursos da vacinação de rotina, o que leva a vulnerabilidade à reintrodução e persistência do vírus selvagem em países com níveis baixos existentes de vacinação de rotina e sistemas de saúde subdesenvolvidos. *Estas campanhas precisam de seguir as linhas de orientação básicas, com uma maior tónica na mobilização social. Um apoio à vacinação de rotina em distritos limítrofes dos países vizinhos anteriormente endémicos e países recém-endémicos limitaria a exportação do vírus. A separação da GPEI do programa de PAV levou a uma redução da tónica nas actividades de vacinação de rotina; a reintegração destas e o reforço dos programas de PAV seria benéfico, sobretudo nos países onde a vacinação de rotina se encontra num nível baixo. Os recursos presentemente empenhados em países com persistência de vírus selvagem reintroduzido precisam de ser acentuadamente aumentados para se conseguir a interrupção da circulação.*

*A vacinação dos viajantes contra a poliomielite é apropriada em pontos de passagem entre países endémicos e países isentos de poliomielite.*

Ao nível regional, a equipa de intervenção internacional concluiu que a tónica das delegações regionais era nas campanhas e não na cobertura de rotina. *Em particular, a equipa concluiu que a melhoria da vacinação de rotina especificamente dirigida em áreas com alto risco de importação (por exemplo, distritos limítrofes de áreas com infecção persistente) preveniria quer a introdução quer a persistência do vírus, reforçando ao mesmo tempo o controlo das doenças evitáveis através da vacinação em geral.* A questão da fraca qualidade das campanhas pareceu relacionar-se com fadiga em muitos países, sobretudo naqueles com circulação persistente do vírus. A solução para este problema não era evidente ao nível regional. O contacto e debate semanais entre a Delegação Regional Africana da OMS (AFRO) e a Delegação Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental (EMRO) facilitariam uma maior cooperação na identificação do controlo de transmissão através das fronteiras. Não foi clara para a equipa qual seria a vantagem da proposta da AFRO em realizar 2 DNIs em todo o

continente, em comparação com concentrar a atenção nos países com vírus persistente e baixa cobertura de rotina.

*Nas campanhas dos países reinfectedos há a necessidade de seguir linhas de orientação básicas, com maior tónica na mobilização social. A coordenação dos programas da OMS, UNICEF, programas nacionais de PAV e outros parceiros da GPEI tem de ser melhorada ao nível nacional em alguns países para garantir que quer a PAV de rotina quer as campanhas são conduzidas de forma óptima. A coordenação entre a equipa de PAV/poliomielite e a equipa de mobilização social tem de ser reforçada quer ao nível central quer ao nível descentralizado. Devem dedicar-se mais recursos humanos, orientação técnica e recursos financeiros à mobilização social nestes países (para enfrentar a resistência, criar a procura e envolver as comunidades). A coordenação dos programas da OMS, UNICEF, programas nacionais de PAV e outros parceiros da GPEI tem de ser melhorada ao nível nacional em alguns países para garantir que quer o PAV de rotina quer as campanhas são conduzidas de forma óptima. A capacidade de planeamento, gestão e monitorização deve ser reforçada, com tónica particular nas actividades ao nível do distrito.*