

PORTUGAL E A EUROPA LIVRES DA POLIOMIELITE

GUILHERME GONÇALVES, LUÍS ALMEIDA SANTOS, ANTÓNIO SARMENTO, GRAÇA ROCHA, PAULA VALENTE
Comissão Nacional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite (CNCEP). Porto, Coimbra e Lisboa

RESUMO/SUMMARY

Em 21 de Junho de 2002, em Copenhaga, a Comissão Regional Europeia para a Certificação da Erradicação da Poliomielite, declarou a Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS) livre de polio. O último caso (não importado) de poliomielite na Europa ocorreu em Novembro de 1998. O impacto na saúde das populações é enorme. Em Portugal, o último caso de poliomielite pelo vírus selvagem, ocorreu em Dezembro de 1986. O caminho para a eliminação da poliomielite em Portugal, tinha sido iniciado com uma campanha de vacinação em 1965/1966, com a vacina oral contra a poliomielite (tipo Sabin). Desde então, têm sido mantidos elevados níveis de cobertura vacinal. O programa português para a eliminação da poliomielite segue as orientações estratégicas da OMS, tendo três componentes: vacinação; vigilância clínica, epidemiológica e laboratorial da paralisia flácida aguda (PFA); contenção laboratorial dos vírus selvagens da poliomielite. A erradicação a nível global ainda não foi atingida, mas deverá ocorrer até 2005. É absolutamente necessário que os profissionais de saúde portugueses mantenham elevados níveis de motivação, para não perder as conquistas alcançadas. As elevadas coberturas vacinais deverão ser mantidas. A vigilância da PFA deve ser melhorada e a pronta notificação destes casos pelos clínicos hospitalares, bem como o rápido envio de amostras de fezes ao laboratório nacional de referência, são indispensáveis ao êxito desta actividade. O programa de contenção laboratorial dos vírus da poliomielite também é de vital importância. A finalidade deste programa é impedir

PORTUGAL AND EUROPE ARE POLI-FREE

On the 21st of June 2002, in Copenhagen, the Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication, declared the European Region of the World Health Organization (WHO) as polio-free. The last case (not imported) of poliomyelitis in Europe had occurred in November 1998. The health impact is enormous.

In Portugal, the last case of poliomyelitis caused by the wild poliovirus, had occurred in December 1986. The path to eradication in Portugal had begun with a vaccination campaign in 1965/1966, with the oral polio vaccine (Sabin). High vaccination coverage has been maintained since then.

The Portuguese program to eliminate poliomyelitis follows the strategic recommendations of WHO, with three components: vaccination; surveillance of acute placid paralysis (AFP); laboratory containment of wild polioviruses.

Global eradication has not yet been achieved but is likely to happen till 2005. Keeping the high levels of motivation among Portuguese health workers is essential, in order not to loose what has been achieved. High vaccination coverage has to be maintained. Surveillance of AFP has to be improved and the prompt notification of cases by hospital clinicians, sending stool samples to the reference laboratory, is essential for the success of this activity. The laboratory containment programme is important to prevent the accidental reintroduction of poliomyelitis from laboratories.

Key words: poliomyelitis; vaccination; eradication.

a reintrodução acidental da poliomielite a partir de laboratórios.

Palavras-chave: poliomielite; vacinação; eliminação; erradicação.

INTRODUÇÃO

No “15th Meeting of the Regional Commission for the Certification of Polio Eradication”, realizado em Copenhaga, entre 19 e 21 de Junho de 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou formalmente que a Europa (região europeia da OMS) está “livre da poliomielite” (*poliomyelitis-free*). Às 18 horas do dia 21 de Junho de 2002, no “Ny Carlsberg Glyptotek”, em Copenhaga realizou-se uma sessão formal com a assinatura do documento no qual a Comissão Regional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite (CRCEP) declara que a Europa está livre de poliomielite.

Na Região Europeia da OMS, o último caso de poliomielite indígena (caso não importado) ocorreu em Novembro de 1998. Em Portugal, o último caso de poliomielite indígena, pelo vírus selvagem, tinha ocorrido em Dezembro de 1986.

Trata-se de uma vitória incomensurável para a saúde das populações. Portanto, é um momento de júbilo, numa caminhada longa e difícil.

Com este artigo, a Comissão Nacional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite (CNCEP) não pretende fazer uma descrição exaustiva da referida *caminhada* em Portugal, nem da complexidade dos aspectos científicos relativos à erradicação desta terrível doença. Pretendemos sim destacar alguns factos, que entendemos mais relevantes, do processo que levou a esta extraordinária vitória da sociedade portuguesa em geral e dos seus serviços de saúde em particular. Pretendemos também contribuir para que não se percam as conquistas já alcançadas, alertando os profissionais de saúde para as suas responsabilidades no presente e no futuro próximo, até à erradicação da poliomielite a nível global.

NOMENCLATURA

A OMS usa a palavra “erradicação” (*eradication*) indistintamente, quando se trata de todo o mundo ou de uma região ou país em particular. No entanto, faz parte da

tradição portuguesa na área da Epidemiologia a clara distinção dos termos “erradicação” e “eliminação”. Essa distinção é explicada na página 76 da tradução para português¹ do famoso Dicionário de Epidemiologia de John Last. Assim, referindo-nos ao caso específico da poliomielite causada por vírus selvagens, usaremos neste texto os referidos termos com o seguinte significado:

Eliminação: situação epidemiológica com desaparecimento total dos casos clínicos, num país ou região do mundo, existindo no entanto a doença noutras áreas, com potencial perigo de importação para a área livre de polio.

Erradicação: semelhante à anterior mas com desaparecimento do agente causal na natureza, sem perigo de reaparecimento natural da doença; da maneira como o usamos, este termo só é aplicável à situação epidemiológica global (toda a humanidade).

PORTUGAL, 1965: O INÍCIO DE UMA CAMINHADA BRILHANTE

Na prevenção da poliomielite a humanidade tem usado dois tipos de vacina: uma inactivada (tipo Salk ou VIP), injectável, disponível para uso humano a partir de 1952, e uma vacina viva atenuada (tipo Sabin ou VAP), administrada por via oral, disponível a partir de 1960².

Nos anos 50, e tal como em muito outros países do mundo, a poliomielite era um importante problema de Saúde Pública em Portugal. Após a epidemia de poliomielite na cidade do Porto, em 1958, a vacina Tipo Salk foi introduzida em Portugal, mas a cobertura vacinal (entre 1958 e 1965) foi insuficiente para causar qualquer impacto relevante na epidemiologia da doença em Portugal². Neste contexto, após análise de dados epidemiológicos e serológicos, e depois de uma cuidada preparação, segundo van Zeller et al²:

“Ficou resolvido que o Programa Nacional de Vacinação seria iniciado por uma campanha em massa de vacinação contra a poliomielite, a começar em Outubro de 1965.”

É interessante notar que o Programa Nacional de Vacinação (PNV)³ português foi uma espécie de irmão gémeo “mais novo” da campanha de vacinação contra a poliomielite. Foi escolhida a vacina oral (tipo Sabin) para ser usada na campanha e no calendário de rotina do PNV. Foi decidido vacinar as crianças entre os três meses e os nove anos de idade com duas doses. No entanto, não era negada a vacinação aos indivíduos até aos 20 anos que a solicitassem nos postos de vacinação. De facto, a campanha teve lugar entre Outubro de 1965 e Junho de 1966, tendo-se administrado 1.523.809 primeiras e 1.384.309 segundas doses de vacina contra a poliomielite²! Um feito extraordinário!

À Comissão do PNV pôs-se a questão de administrar duas ou três doses. Decidiram-se pela aplicação de apenas duas doses durante a campanha, mas assumiram claramente quais os objectivos estratégicos a atingir com um esquema de rotina de três doses²:

“... a Comissão resolveu, com o fim de erradicar a doença, inocular a terceira dose, não em campanha mas dentro das normas do Programa Nacional de Vacinação referidas noutra publicação, isto é, incorporada no esquema geral de vacinações.”

Supomos que a palavra erradicar, usada então pela Comissão do PNV de então, terá o mesmo significado que a palavra eliminar, usada por nós deste artigo. Assim, é importante notar que, desde o primeiro momento, e num contexto epidemiológico em que a urgência era controlar a doença, o objectivo estratégico de longo prazo foi o de eliminar a doença em Portugal.

O impacto da campanha e do início da vacinação de rotina foi enorme (Quadro I). Comparando o período de 1950-1965 com o ano de 1967, a diminuição da morbidade (casos declarados) e mortalidade por poliomielite foi, respectivamente, de 97,7% e 92,8%²!

Quadro I – Casos notificados e óbitos por poliomielite em Portugal Continental, 1964-1967.

Ano	Nº de Casos	Nº de Óbitos
1964	236	39
1965	292	28
1966	13	4
1967	5	2

1965-1995: CAMINHANDO EM VELOCIDADE DE CRUZEIRO

A cobertura vacinal, com três doses de VAP, foi crescendo de forma consistente e sustentada, atingindo

percentagens entre 80 e 90% nos anos 80 e de 90-98% nos anos 90 (Figura 1).

COBERTURA VACINAL COM 3 DOSES DE VACINA ORAL CONTRA A POLIOMIELITE
PORTUGAL, 1974-2000

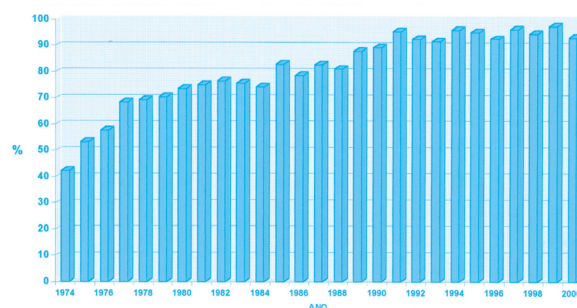


Fig. 1 – Cobertura Vacinal com 3 Doses de Vacina Oral Contra a Poliomielite. Portugal, 1974 – 2000.

O número de casos de poliomielite entre 1966 e 1976 manteve-se em níveis muito baixos, característicos de uma situação de baixa endemicidade, excepto em 1972 quando ocorreu o último surto conhecido em Portugal, na ilha da Madeira⁴.

Durante o ano de 1977, pela primeira vez, não foi declarado nenhum caso de poliomielite em Portugal. A partir daí, nunca foi declarado mais do que um caso anual, nos anos de 1978, 1979, 1982 e 1986. O último óbito por poliomielite foi registado em 1979. O último caso conhecido de poliomielite selvagem ocorreu em Lisboa, numa criança com 16 meses de idade, com início de sintomas em 12 de Dezembro de 1986, tendo sido isolado o vírus selvagem da poliomielite, tipo 1. O caso só foi notificado nos primeiros dias de 1987, originando o equívoco de, por vezes, 1987 ser referido como o último ano de ocorrência de poliomielite. O último caso conhecido de poliomielite devido ao vírus da vacina, em Portugal, ocorreu em 1995. Nesse mesmo ano, Portugal iniciou um “Programa de erradicação da poliomielite: vigilância clínica, epidemiológica e laboratorial da paralisia flácida aguda”⁵. Esse programa integrava-se num contexto internacional mais vasto.

1988-2002: A COMUNIDADE INTERNACIONAL A CAMINHO DA ERRADICAÇÃO

A Assembleia Mundial da Saúde de 1988 aprovou a resolução WHA 41.28, estabelecendo como meta erradicar a poliomielite do mundo até ao ano 2000⁶. Para atingir essa meta a OMS recomendou a adopção de quatro estratégias: alta cobertura vacinal de rotina; dias nacionais de imunização (national immunization days – NIDs); vigilância

da paralisia flácida aguda (PFA); campanhas intensivas de vacinação em áreas localizadas (*mopping up*) para interromper as cadeias finais de transmissão⁶. Os NIDs foram determinantes no êxito do programa de eliminação da poliomielite nas Américas⁷; o último caso de poliomielite, confirmado laboratorialmente, nas Américas, foi observado no Perú, em Agosto de 1991⁸. Em Agosto de 1994, uma Comissão Internacional independente certificou formalmente que a poliomielite tinha sido eliminada do Continente americano⁹, ou seja, oito anos antes da região europeia da OMS.

Em Genebra, a 16-17 de Fevereiro de 1995, reuniu pela primeira vez a Comissão Global para a Certificação da Erradicação da Poliomielite (CGCEP)¹⁰. O Director Geral da OMS, solicitou aos membros da CGCEP que definissem os critérios e os procedimentos que permitissem uma futura certificação da erradicação. Quanto aos procedimentos, a CGCEP decidiu que a certificação fosse conduzida a três níveis: nacional, regional e global. As Comissões Nacionais (CN) deveriam rever a documentação de cada país, fornecida pelos profissionais responsáveis pelos programas nacionais; as CN não teriam autoridade para certificar a eliminação no país respectivo, mas exporiam a sua opinião sobre se a eliminação (*eradication*) no respectivo país tinha sido alcançada, fundamentando essa opinião em documentação a submeter à Comissão Regional (CR). As CR (correspondendo geralmente a cada uma das regiões OMS) seriam o único nível abaixo da CGCEP com autoridade para certificar a eliminação (*eradication*) da poliomielite. Antes de certificarem, todos os membros da CR deveriam estar convencidos que a eliminação (*eradication*) tinha ocorrido em todos os Estados Membros da Região respectiva; essa decisão deveria basear-se na opinião das CN e nas provas submetidas por estas. A certificação da erradicação da poliomielite, a nível global, só será anunciada depois de todas as CR terem certificado a eliminação na Região respectiva¹⁰. A CGCEP realçou a importância da vigilância da paralisia flácida aguda (PFA) como a base da vigilância de eventuais casos de polio causados pelo vírus selvagem da polio¹⁰.

A importância da vigilância da PFA resulta da ausência de critério absoluto que permita identificar um caso de poliomielite somente com base na clínica. Daí que a OMS tenha recomendado a vigilância da PFA com base laboratorial, em menores de 15 anos de idade, no programa de erradicação da polio⁶. A PFA assimétrica, típica da poliomielite causada pelos vírus selvagens pode também ser causada por outros enterovírus e pelo vírus vacinal; por outro lado, apresentações menos típicas da polio podem ser confundidas clinicamente com a Síndrome de

Guillan-Barré (SGB), mielite transversa, neurite traumática ou outras situações⁶. Se um país fosse capaz de detectar todos os casos de PFA, obtendo informações clínicas e epidemiológicas e duas amostras de fezes por caso, enviadas a um laboratório certificado pela OMS, seria capaz de detectar os casos de poliomielite selvagem. De forma complementar, e não menos importante, seria capaz de provar que os casos detectados de PFA não eram casos de poliomielite por vírus selvagem. A experiência com os sistemas de vigilância de casos de PFA tem mostrado que, com o desaparecimento da poliomielite, a SGB torna-se a causa mais comum de PFA¹¹. Os países com vigilância adequada deveriam detectar por ano, pelo menos 1 caso de PFA por cada 100 000 crianças com menos de 15 anos⁶.

A Comissão Regional Europeia para a Certificação da Erradicação da Poliomielite (CRECEP), composta por prestigiados peritos nomeados pelo Director Regional da OMS, reuniu pela primeira vez em Paris, a 7-8 de Março de 1996¹². Nessa reunião foi revisto e aprovado um Plano de Acção para a eliminação da polio na região europeia. A execução desse plano teve o seu momento alto no final da 15ª reunião dessa CRECEP, em Copenhaga, a 21 de Junho de 2002, como foi referido logo no início deste artigo.

Em Julho de 1993, na 5ª Reunião de Responsáveis Nacionais pelos Programas de Vacinação na Região Europeia da OMS/EURO^{5,13}, tinham sido aprovadas as seguintes recomendações:

- “Em 1995, todos os países da Região Europeia (da OMS/EURO) devem atingir uma cobertura vacinal de 95% de primovacinação antipoliomielite até aos 2 anos de idade.
- Em 1997, nenhuma comunidade da Região Europeia deverá ter uma cobertura vacinal menor que 90% de primovacinação antipoliomielite até aos 2 anos de idade.
- Todos os países deverão dispor de recursos laboratoriais para isolamento do vírus da polio e um laboratório nacional de referência para diferenciação serotípica: entre vírus “selvagem” e vírus “vacinal”.
- A OMS/EURO deverá criar uma rede de laboratórios europeus de referência para dar apoio aos laboratórios nacionais de referência, fazer formação e disponibilizar reagentes de referência.
- A vigilância epidemiológica da PFA é parte essencial da vigilância da poliomielite, especialmente nas fases iniciais de um programa de erradicação, e um instrumento importante para garantir a certificação da erradicação da poliomielite. Portanto, **em 1995, todos os países da Região deverão ter um sistema de vigilância activa para a PFA**; a vigilância epidemiológica da PFA deverá ser desenvolvida em estreita colaboração dos clínicos (pediatras, neuropediatras, infecciosologistas ou outros), virologistas

e epidemiologistas.”

1995-2002: PORTUGAL A CAMINHO DA ELIMINAÇÃO

Neste contexto internacional, e como já foi referido atrás, Portugal iniciou um “Programa de erradicação da poliomielite: vigilância clínica, epidemiológica e laboratorial da paralisia flácida aguda”⁵. Esse programa não teve o êxito desejável e, até ao fim de 1998, não tinha sido estudado, nem sequer notificado, nenhum caso de PFA. Entretanto, os níveis de cobertura vacinal recomendados pelo OMS/EURO para os países e suas regiões foram alcançados por Portugal em 1995 e, com pequenas oscilações, têm sido mantidos a partir daí (Figura 1).

A Comissão Nacional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite (CNCEP) de Portugal, foi nomeada pelo Senhor Director Geral da Saúde em Abril de 1998. O Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite tem um coordenador nacional e um responsável por cada um dos sub-programas constituintes: imunização, vigilância da PFA e laboratório. Por orientação expressa pela OMS, nenhum destes profissionais faz parte da CNCEP.

Em 8 de Janeiro de 1999, a CNCEP enviou à OMS um relatório detalhado sobre a situação do processo de eliminação da poliomielite em Portugal a 31 de Dezembro de 1998. Tratava-se de um relatório de formato padronizado com “*Manual of Operations*”, “*Overview*” e “*Supporting Documentation*”. O PNV e as actividades laboratoriais do Instituto Nacional de Saúde (INSA), conducentes à acreditação pela OMS, estavam a evoluir de forma positiva, mas nesse relatório a CNCEP manifestou a sua preocupação face à falência do programa de vigilância da PFA. Das recomendações feitas pela CNCEP resultaram algumas acções das quais destacamos uma reunião preparatória com todas as Autoridades de Saúde regionais e distritais, e o início de um estudo retrospectivo para avaliar se 81 hospitais portugueses tinham internado casos de PFA (e nomeadamente de SGB) entre os anos de 1995 e 1998. Esse estudo mostrou que diversos casos de PFA (incluindo SGB) tinham sido internados e tratados em 21 hospitais mas não tinham sido declarados nem às Autoridades de Saúde Distritais nem à DGS.

Em 1999, a Direcção Geral da Saúde reformulou a vigilância da PFA, emitindo nova Circular Normativa¹³ e dando um novo impulso ao Programa com reuniões preparatórias, nomeação de um interlocutor único por hospital e muitos contactos telefónicos facilitadores de todo o processo de investigação de cada caso declarado de PFA. O empenhamento dos médicos hospitalares, das autoridades locais de saúde, do laboratório do INSA e da

DGS têm sido notáveis. Os dois primeiros casos de PFA foram notificados e estudados em Dezembro de 1999. Em 2000 e 2001, os indicadores de qualidade do Programa foram encorajantes: Em 36 casos esperados nesse período de dois anos, foram notificados e estudados 30; em 22 (64%) destes foram colhidas fezes nos primeiros 14 dias desde a data de início dos sintomas; no laboratório do INSA não foi isolado nenhum vírus selvagem da polio; a maioria das PFA eram casos de SGB.

A componente laboratorial do programa de vigilância da PFA foi essencial ao seu êxito. Em 12 de Novembro de 1999, a Unidade de Vírus Entéricos e Respiratórios do INSA foi acreditada pela OMS como Laboratório Nacional de Referência para os Poliovírus.

Em resposta a uma epidemia de poliomielite em Angola, que aumentava o potencial risco de importação da poliomielite, a DGS elaborou e executou um Plano de Contingência, que incluiu o levantamento e vacinação de bolsas de susceptíveis. Esse Plano foi discutido com peritos da OMS, que visitaram Lisboa em 16 de Novembro de 1999.

A CNCEP enviou à OMS e à Comissão Regional um relatório da situação portuguesa em 31 de Dezembro de 2001. Esses dados foram actualizados na 13ª reunião da CGCEP, realizado em Copenhaga, entre 13 e 15 de Março de 2002. Com base nesses dados, e por solicitação da CGCEP da região europeia da OMS, a CNCEP portuguesa, reuniu em 10 de Maio de 2002 e assinou uma declaração formal segundo a qual, baseando-se na evidência disponível, todos os seus membros estavam convencidos que não houve circulação indígena do vírus selvagem da poliomielite, em Portugal, pelo menos nos últimos dez anos. Declarações formais deste tipo, de todas as CN dos estados membros, foram um elemento fundamental para a CGCEP declarar formalmente a região europeia da OMS “*poliomyelitis-free*” em 21 de Junho de 2002.

E AGORA?

Seguindo as orientações da região europeia da OMS, a DGS elaborou em 2002 um Plano de Acção para manter o estatuto de *livre da poliomielite* (*Plan of Action to Sustain a Poliomyelitis-Free Status after Certification of the Interruption of Indigenous Wild Poliovirus Transmission in the European Region*) até que sejam estabelecidas estratégias pós certificação global da erradicação da poliomielite. Esse Plano de Acção baseia-se em três aspectos principais: a manutenção de elevadas coberturas vacinais pelo PNV, a manutenção de elevados padrões de qualidade da vigilância da PFA e a garantia da contenção laboratorial de vírus selvagens.

Estão reunidas as condições para que Portugal realize com êxito esse Plano de Acção. No entanto, existe algum risco, que pode resultar de algum excesso de confiança originado pelo conhecimento das vitórias alcançadas. O “segredo” do êxito é o trabalho empenhado dos profissionais envolvidos (mesmo que só pontualmente) nas actividades do Plano.

As **altas coberturas vacinais** só são sustentáveis se a população e os profissionais de saúde se mantiverem constantemente motivados para tal. É muito provável que a OMS e a Comissão Técnica de Vacinação portuguesa recomendem algumas alterações de estratégia vacinal, nomeadamente no que se refere à vacina a usar. Mas só coberturas vacinais elevadas são eficazes na protecção contra importações. Não pode haver “buracos” na “rede de segurança” constituída pela imunização artificial activa (vacinação) da população: assimetrias geográficas ou demográficas são potencialmente perigosas; as minorias étnicas, nomeadamente os ciganos, deverão estar protegidas pela vacinação.

A **vacinação** será interrompida a nível mundial, após certificação da erradicação global da poliomielite? Se sim, quando? O assunto está a ser investigado e discutido pelos melhores profissionais desta área^{14,15,16,17} mas ainda não há respostas categóricas. O que já sabemos é que, se os profissionais de saúde decidirem por iniciativa própria não vacinar, antes dessa orientação ser dada pela OMS, é posto em risco o programa de erradicação da poliomielite.

A **vigilância da PFA** depende largamente da atitude vigilante dos médicos dos hospitais que internam estes casos. A sua pronta notificação às Autoridades de Saúde e à DGS, bem como o rápido envio de amostras de fezes ao INSA, são absolutamente indispensáveis ao êxito desta actividade. A reavaliação clínica dos casos de PFA entre 60-90 dias após início do síndrome também é uma actividade complementar importante. O programa de vigilância das PFA é um importante instrumento para detectar casos importados, e Portugal não está só no mundo. Os programas de vigilância da PFA manter-se-ão após a erradicação da poliomielite, pelo menos até à certificação¹⁸ pela OMS. Manter os níveis de motivação durante os próximos anos vai ser uma tarefa muito difícil. Mas qual de nós quer ser o primeiro a desistir?

A finalidade do **programa de contenção laboratorial dos vírus da poliomielite** é impedir a reintrodução acidental da poliomielite a partir de laboratórios que tenham o vírus selvagem. Portugal concluiu a 1ª fase (levantamento) desse programa até ao fim de Dezembro de 2002. Todos os laboratórios que potencialmente poderiam ter materiais biológicos com vírus da poliomielite, foram convocados

oficialmente a participar. Já foram identificados os poucos laboratórios que guardam produtos biológicos que potencialmente podem conter vírus da polio. Esses laboratórios estarão sujeitos a procedimentos de contenção específicos.

Os últimos casos de varíola no mundo, ocorreram em 1978, um ano após a erradicação da doença, por uma falha de contenção laboratorial¹⁹. No caso da poliomielite, estão já descritos casos associados a laboratórios^{19,20}. O perigo não é teórico nem longínquo, é real, embora pequeno. A informação e motivação para o programa de contenção laboratorial são vitais.

A poliomielite ainda não foi erradicada. Continuam a registar-se casos e/ou circulação de vírus nalguns países de África e da Ásia²¹. Mas as perspectivas são boas. Segundo alguns autores¹⁴, a erradicação da poliomielite e a certificação global pela OMS poderão ocorrer até 2005, mas seguramente que algumas das actividades do programa de erradicação continuarão após essa data. Certamente que os próximos anos serão ricos em notícias e discussões nos meios científicos.

AGRADECIMENTOS

É habitual que este *capítulo* apareça no final dos artigos, como se fosse um anexo. Incluimo-lo deliberadamente no corpo do texto porque a dívida de gratidão da população portuguesa é enorme. Falando em nome dela, a CNEP agradece a todos os profissionais do Ministério da Saúde (actuais e passados), desde os Ministros até às/aos Enfermeiras/os que neste momento vacinam alguém no Centro de Saúde da nossa freguesia. Agradecemos aos actuais e anteriores responsáveis pelo programa de eliminação e respectivos sub-programas e àqueles Enfermeiros/as e Professores/as que em 1965-1966 vacinaram alguns dos membros da CNEP na escola. Desconhecíamos então o sentido do amargo das gotas e da doçura do açúcar que nos deram.

BIBLIOGRAFIA

1. LAST JM: Um Dicionário de Epidemiologia. Traduzido para português pelo Prof. Dr. L. Cayolla da Motta, com os tradutores contribuintes Leitão A, Debert-Ribeiro M, Massano Cardoso S, Rodrigues V, Gonçalves G, Marinho Falcão J, Aleixo dias J. Ministério da Saúde de Portugal
2. VAN ZELLER ML, CASTRO SOARES AB, SAMPAIO A, CAEIRO FM, CAYOLLA DA MOTTA L: Vacinação contra a poliomielite em Portugal Continental. Campanha de Vacinação em Massa (1965-1966). Saúde Pública 1968; XV, (2): 135-186
3. VAN ZELLER ML, CASTRO SOARES AB, SAMPAIO A, CAEIRO FM, CAYOLLA DA MOTTA L: Programa Nacional de Vacinação (P.N.V.). Saúde Pública 1968; XV, (2) : 7-133
4. BANDEIRA DA COSTA J, NUNES MIP, AYRES L. Estudo

- Epidemiológico e Laboratorial de um Surto de Poliomielite Ocorrido na Ilha da Madeira (Março a Julho, 1972). Arquivos do INSA 1973; 2: 47-56
5. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Programa de erradicação da poliomielite: vigilância clínica, epidemiológica e laboratorial da paralisia flácida aguda. Circular Normativa Nº15/DSSP de 03/10/1995
 6. HULL HF, BIRMINGHAM ME, MELGAARD B, LEE JW: Progress toward Global Polio Eradication. *The J Infect Diseases* 1997; 175(Suppl 1): S4-9
 7. BIRMINGHAM ME, AYLWARD RB, COCHI SL, HULL HF: National Immunization Days: State of the Art. *The J Infect Diseases* 1997; 175(Suppl 1): S183-8
 8. ANDRUS JK, STREBEL PM, DE QUADROS CA, OLIVÉ J-M: Risk of vaccine-associated paralytic poliomyelitis in Latin America, 1989-91. *Bulletin of the WHO* 1995; 73: 33-40
 9. ROBBINS FC, de QUADROS CA: Certification of the Eradication of Indigenous Transmission of Wild Poliovirus in Americas. *The J Infect Diseases* 1997; 175(Suppl 1): S281-5
 10. Expanded Programme on Immunization. Report of the 1st Meeting of the Global Commission for the Certification of the Poliomyelitis. Geneva: World Health Organization, 1995; WHO/EPI/GEN/95.6
 11. OLIVÉ JM, CASTILLO C, CASTRO RG, de QUADROS CA: Epidemiologic Study of Guillain-Barré Syndrome in Children <15 Years of Age in Latin America. *J Infect Diseases* 1997; 175(Suppl 1): S160-4
 12. WHO, Regional Office for Europe. Poliomyelitis Eradication. Report on the First Meeting of the European Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication, Paris, France, 7-8 March 1996. (Doc. EUR7CMDS 03 01 13)
 13. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Programa de Nacional de Erradicação da Poliomielite: vigilância clínica, epidemiológica e laboratorial da paralisia flácida aguda. Circular Normativa Nº7/DSSP de 08/06/1999
 14. WOOD DJ, SUTTER RW, DOWDLE WR: Stopping poliovirus vaccination after eradication: issues and challenges. *Bulletin WHO* 2000; 78 (3): 347-357
 15. Fine PEM. Gaps in our knowledge about transmission of vaccine-derived poliovirus. *Bulletin WHO* 2000; 78 (3): 358-359.
 16. RACANIELLO VR: It is too early to stop polio vaccination. *Bulletin WHO* 2000; 78 (3): 359-360
 17. SCHOUB BD: The risks of stopping vaccination: perspectives from the developing world. *Bulletin WHO* 2000; 78 (3): 360-361.
 18. VAN LOON AM: What laboratory studies will reduce the risk of wild poliovirus being missed? *Bulletin WHO* 2000; 78 (3): 361-363.
 19. Technical Consultive Group. Endgame issues for the global polio eradication initiative. *CID* 2002; 34: 72-77
 20. DOWDLE AW, BIRMINGHAM ME: The biologic principles of poliovirus eradication. *JID* 1997; 175 (Suppl. 1): S286-S292
 21. World Health Organization. Polio Eradication. Global Status & NIDs. World map. [página na internet, em: <http://www.polioeradication.org/all/global/default.asp>]