

EPISÓDIO 73. RUMO AO ZERO

Esta transcrição foi gerada pelo software de transcrição Trint e editada pelo pessoal da TDR. A Organização Mundial de Saúde não é responsável pela exactidão da transcrição.

Garry Aslanyan [00:00:07] Bem-vindo ao podcast Global Health Matters. Sou o teu anfitrião, Garry Aslanyan. Na saúde global, falamos muito de controlo. Reduzir a carga, gerir surtos, manter uma doença sob controlo. Mas o controlo implica uma admissão silenciosa de que alguns casos continuarão a fazer parte do quadro. Zero é uma proposta completamente diferente. Zero significa que cada aldeia, cada comunidade, cada criança é igualmente importante e valiosa. É um desafio técnico, bem como um teste de liderança. Neste episódio, exploramos o que é preciso para levar um esforço de saúde a zero e o que acontece no dia seguinte à sua chegada. Estou acompanhado pelo Dr. Jamal Ahmed, Diretor da OMS para a Erradicação da Pólio, e Presidente do Comité de Estratégia Global de Iniciativas de Erradicação da Pólio. Passou a sua carreira na erradicação da poliomielite, desde sistemas de vigilância e laboratório até à implementação de programas. Juntando-se a ele está o Dr. Stephen Vreden, Presidente do Comité para a Prevenção do Restabelecimento da Malária no Suriname. No início deste século, o Suriname carregava a maior carga de malária nas Américas. Em junho de 2025, a OMS certificou o país livre da malária, o primeiro na região amazónica a atingir esse marco. Duas doenças, dois continentes, uma questão partilhada. O que é realmente preciso para chegar a zero? Olá Jamal, olá Stephen, como estás hoje?

Jamal Ahmed [00:01:58] Muito bom, bom ouvir de si, Garry.

Stephen Vreden [00:02:01] Olá, estou bem. Obrigado e como estás?

Garry Aslanyan [00:02:04] Ótimo, bem-vindo ao espetáculo. Então, vamos começar, Jamal, quero começar contigo. Na saúde global, falamos frequentemente de controlo de doenças. Portanto, para reduzir o fardo e gerir surtos, porque é que acha que a erradicação ou realmente chegar a zero é um objectivo muito diferente e porque é que precisamos de perseguir esse objectivo?

Jamal Ahmed [00:02:30] Antes de mais, muito obrigado, quando falamos de controlo da doença, o que é que isso significa? Significa, efectivamente, aceitar que a doença se manterá no seio da população, e estamos a aceitar que teremos surtos, teremos casos, teremos no caso da poliomielite, por exemplo, deficiência, e aceitamos que teremos ocasionalmente mortes. Portanto, o objetivo, quando estamos a falar de erradicação, é efetivamente zero. E zero significa zero, e ao alcançá-lo tem um significado positivo subjacente e o significado subjacente é a equidade. Porque quando se pretende entregar zero e esse é o objetivo da erradicação. O que isso significa é que cada pessoa, cada comunidade, cada aldeia é igualmente importante, e trabalhamos muito, muito arduamente para alcançar todas as comunidades e todas as crianças e prestar esses serviços. Agora, na história da humanidade, erradicámos a varíola, porque fizemos isso é zero para todos, todas as crianças em todo o lado estão agora protegidas contra a varíola. Não há risco diferencial. E isso é muito, muito, muito importante. É um teste de liderança, porque significa que se uma doença, se podemos erradicar a doença, porquê aceitar algures no meio? Porquê aceitar dezenas de milhares de casos ou mesmo, por vezes, milhões de casos quando podemos entregar zero? E temos os recursos para fazer isso, é que se trata de priorizar, então isso é a erradicação, é por isso que a erradicação é extremamente importante. É raro escolhermos a erradicação porque temos uma série de fatores que precisamos identificar, e antes de dizermos que esta doença pode ser erradicada, existem algumas doenças que cumprem esse tipo de critérios e a poliomielite é um deles e, portanto, entregar o zero é muito importante para a humanidade de todas as gerações.

Garry Aslanyan [00:04:51] Ok, bem, esse é um caso muito bom e abrangente para chegar ao zero. Então, vamos perguntar ao Stephen, no início deste século, Stephen, no Suriname, tinha a maior carga de malária nas Américas. Então, mas no ano passado, em junho de 2025, a OMS certificou o Suriname como livre da malária, fazendo realmente um dos países livres da malária na América e especialmente na região amazônica a atingir este objetivo. Qual foi o ponto de viragem, Stephen, para chegar a isso? E o momento em que sabiam que a eliminação era realmente possível ou estava ao nosso alcance.

Stephen Vreden [00:05:40] Obrigado por essa pergunta, obrigado por esta entrevista. Penso que, na verdade, viemos de uma carga de malária muito elevada que ainda estava em curso no início deste século. Conseguimos reduzir a carga da malária em populações estáveis e estamos a trabalhar no controlo da malária nas populações móveis e migrantes. Há muito a dizer sobre isso, mas acho que falaremos de alguns assuntos específicos mais tarde, durante esta entrevista. Mas penso que por volta do ano de 2015, quando percebemos que não tinha havido transmissão de malária nas populações estáveis, e havia cada vez menos malária nas populações móveis e migrantes devido a todas as ações sobre as quais falaremos depois. Pensávamos que talvez pudéssemos livrar-nos completamente desta doença neste país. Sabíamos que seria um desafio porque na região amazônica, as pessoas nem acreditavam que a Amazônia pudesse estar livre da malária por causa dos vetores, do clima, da temperatura, tudo. Mas pensamos que se tem um programa específico e o prossegue continuamente, talvez seja possível. Na verdade, para motivar todas as pessoas e também para deixar claro que estávamos a trabalhar na eliminação, propusemos ao Ministério da Saúde que mudasse o nome do conselho orientador, que era o Conselho da Malária para mudar esse nome, Conselho da Malária para a Força-Tarefa de Eliminação da Malária. Isso aconteceu no ano de 2018. Porque então ficou claro qual era o objectivo desta comissão. Tinham de eliminar a malária do Suriname. Demorou mais três anos antes de termos o primeiro ano de transmissão zero da malária, que foi em 2021. Mas é preciso estar livre da malária durante pelo menos três anos antes de poder candidatar-se à certificação de eliminação da OMS. Então, mas o primeiro ano de transmissão zero foi 2021.

Garry Aslanyan [00:08:03] Ok.

Stephen Vreden [00:08:03] Portanto, sim, quando dissemos que vamos eliminar a malária, conseguimos alcançá-la ativamente em três anos.

Garry Aslanyan [00:08:14] Stephen, quero mesmo ser um pouco mais preciso sobre quem éramos e cuja liderança, porque é muito interessante para nós e para os ouvintes, talvez nos aprofundarmos um pouco mais nisso. Como quando diz nós, talvez seja demasiado modesto, mas é como o grupo de pessoas que trabalhavam, que estavam realmente a pressionar por isso? Quem foi, quem tornou isso possível, Stephen?

Stephen Vreden [00:08:40] Bem, devo dizer uma coisa muito visionária do governo do Suriname que, no ano de 1996, instalou um conselho nacional contra a malária. Era um órgão de fiscalização em que havia todo o tipo de peritos, mas também partes interessadas relevantes que faziam um plano para controlar a malária, para reduzir o peso da malária, porque naquela altura tínhamos um grave fardo da malária em tantas aldeias do interior, crianças a morrer, crianças a ficar fora da escola, pessoas que não conseguiam funcionar plenamente porque tinham ataques contínuos de malária. Acho que o quadro da malária foi onde começou. Isso foi em 1996.

Garry Aslanyan [00:09:30] Ok.

Stephen Vreden [00:09:31] E foi responsável por fazer um grande plano para a redução da malária. Então, quando digo nós, é a parte da malária, que foi no final de 2018, veio a eliminação da malária.

Garry Aslanyan [00:09:47] Task force de eliminação. Isso é muito útil, e talvez eu possa voltar a Jamal porque vêem que as estratégias de eliminação em diferentes contextos estão a desenvolver-se de forma diferente. E sei que a participação da sociedade civil também foi realmente fundamental para a erradicação da pólio. Vocês têm muito envolvimento com a comunidade, mães, avós, têm o Rotary International envolvido. Como é que essa liderança comunitária se traduz realmente em erradicação? E Jamal, o que diria que seria bom ouvir para inspirar a próxima geração a tratar este tipo de planos de erradicação e não a ver a pólio no futuro?

Jamal Ahmed [00:10:36] Não, absolutamente. Na verdade, estava muito curioso sobre o mesmo tópico e o mesmo problema quando o Stephen estava a destacar o Conselho da Malária. Quando falamos de comunidades, falamos de comunidades nacionais, mas também falamos de comunidades que vivem além-fronteiras em vários países. E no contexto da poliomielite, permitam-me ser honesto, a poliomielite, toda a luta contra a pólio tem sido impulsionada pelas comunidades, pelas pessoas, desde o início. Se recuarem o suficiente, verão que mesmo as vacinas e as ferramentas que usamos hoje são resultado da mobilização da comunidade, principalmente nos EUA, por exemplo, tivemos a “March of Dimes” durante o período pós-guerra com Roosevelt, Franklin Delano Roosevelt, os antigos EUA. Presidente. E todo esse esforço, foi liderado pela comunidade. As mães enviavam dólares, sabes, moedas, moedas, moedas, moedas, e isso era usado para desenvolver essas vacinas. E a vacina em si era uma vacina gratuita. A genialidade disso é que muitas das vacinas hoje são patenteadas, não sabemos se algumas destas coisas foram dadas gratuitamente às comunidades no auge do medo da poliomielite em muitos países, incluindo o Ocidente. E as vacinas que usamos hoje têm feito um bom trabalho para nos levar a zero. Portanto, a poliomielite chegou a quase zero durante muito, muito tempo, inclusive em áreas onde estamos a combater a doença. Mas é aqui que agora, aqueles que estão, sabem de onde viemos, dizemos que o elefante tem uma memória longa, e parte da razão pela qual dizemos isso é porque eles vivem muito e lembram e guardam muito, vivem em comunidades e vivem em sociedades. Em todas as nossas aldeias, em todas as nossas comunidades, temos avós e temos avós e eles sabem o que era a poliomielite quando era extremamente elevada. Portanto, na nossa mobilização comunitária, dependemos bastante dos idosos. Contamos com líderes comunitários. Confiamos naqueles com essa longa memória que se lembram, quando falamos de poliomielite, o que é a pólio. Ao mesmo tempo, quando perguntaram há pouco sobre a erradicação e o que isso significa, a erradicação significa não deixar ninguém para trás e, no trabalho que fazemos, por exemplo, tentamos vacinar todas as crianças do país. Um exemplo muito bom no Paquistão, numa campanha, numa campanha nacional, atingimos mais de 45 milhões. Não há como fazer isso sem trazer a comunidade a cada passo, e é parte integrante, é o tecido de todo o esforço de erradicação e uma chamada especial aqui aos Rotary e aos rotarianos. Eles fazem um trabalho fantástico. Estão inseridos na comunidade a todos os níveis. E dentro da nossa parceria, dentro da iniciativa global de erradicação da pólio, eles são os mobilizadores a nível comunitário de muitas maneiras.

Garry Aslanyan [00:13:57] Isto é muito interessante porque tenho a sensação de que vamos precisar daquelas avós e avós um pouco mais para muitas, muitas coisas. Porque quando se trata de algumas das doenças evitáveis por vacinas, essa memória em alguns lugares está a desaparecer às vezes porque a cobertura não é estável em todo o lado. Portanto, este é um ponto interessante sobre lembrar como as coisas eram antes. Obrigado por essa visão particular. Vou voltar ao Stephen. Stephen, Jamal também mencionou esta transmissão em torno das fronteiras e da migração e tudo isso, com que teve de lidar nos seus esforços. Então, em torno da Amazon, este foi um grande desafio, existem poucos países lá, e também mineiros de ouro migrantes. Como é que teve de pensar diferente em trabalhar

com esta população que era remota, muitas vezes eram móveis, imagino que falavam línguas diferentes. Partilhe isso connosco, acho que será muito interessante saber mais.

Stephen Vreden [00:15:06] Temos no Suriname uma população significativa de migrantes móveis. Estão a trabalhar principalmente na extracção de ouro, na exploração mineira de ouro em pequena escala. A maioria deles é originária do Brasil. Mas estão a mover-se por todo o Escudo da Guiana. O Escudo da Guiana é, digamos, os países do norte do continente sul-americano. Inclui a Guiana Francesa, o Suriname, partes da Venezuela, a própria Guiana e também algumas partes do Brasil. Portanto, esta é uma área onde estas pessoas se deslocam, e isso é, na verdade, quase o motor da malária nesta região. Quando conseguimos controlar a malária nas nossas populações estáveis, percebemos que, nas populações móveis, seria necessária uma abordagem diferente. E isso não foi só por causa do problema da língua, porque estas pessoas, falam principalmente português, mas também porque viviam em zonas muito remotas onde, de facto, não havia aplicação da lei porque estavam a viver no meio da selva. E em tal situação, não era possível mobilizar o seu pessoal formal. Não é possível mobilizá-los numa zona onde não há polícia, onde não há nada. E depois percebemos que precisávamos trabalhar com as próprias comunidades. Então, começámos a recrutar pessoas daquelas comunidades mineiras de ouro, perguntando-lhes se gostariam de receber formação no diagnóstico e tratamento da malária. E para estas pessoas, era muito importante porque estavam a sofrer de muita malária. Então, recrutámos pessoas destas comunidades. Treinamo-los para fazer testes rápidos de malária, para dar medicamentos, também treinamo-los para distribuir mosquiteiros impregnados à comunidade, e foi assim que construímos aquilo a que chamamos uma rede de distribuição de superfície da malária. Portanto, em todas as regiões mineiras de ouro existem essas pessoas que têm medicamentos, que têm diagnóstico e que podem fornecê-lo. Portanto, esta rede é, posso facilmente dizer que sem esta rede, o Suriname nunca teria conseguido eliminar a malária, porque essas pessoas diagnosticam e tratam a malária em lugares onde não estamos. E se não diagnosticarem a malária, ela continuará a espalhar-se. Portanto, agora que eliminamos a malária, estamos livres da malária há quase cinco anos, mas ainda temos muitos casos importados dos nossos países vizinhos. E estas pessoas estão envolvidas na mineração de ouro, por isso, quando vêm para o país, vão para as áreas de mineração de ouro que são vulneráveis porque o vetor *Anopheles darlingi* está presente. Portanto, se não tivéssemos a libertação da malária na superfície nesta região, já teríamos a reintrodução da malária porque essas pessoas vêm e têm malária enquanto estão na floresta. E é só graças a isso, a esta participação comunitária, porque é isso que é, que conseguimos estar livres da malária durante cinco anos.

Garry Aslanyan [00:18:39] Muito interessante. Jamal, volte a isto um pouco, porque eles também estão na pólio, tivemos muitos outros tipos de coligações, temos um tipo de envolvimento político, doadores, chefes de Estado, etc. A comunidade é claramente uma coisa importante aqui, o que ouvimos de Stephen. O que é preciso para mover esse tipo de grupo diversificado de stakeholders, certificando-se de que estão cientes, para realmente partilhar essa propriedade em torno de um objetivo. O que pode partilhar connosco sobre isso?

Jamal Ahmed [00:19:17] Então, eu estava, mais uma vez, muito curioso sobre o telemóvel, antes de vir ao Garry e responder e responder à tua pergunta.

Garry Aslanyan [00:19:26] Por favor.

Jamal Ahmed [00:19:27] As populações móveis de que Stephen está a falar, são também um pilar muito crítico para a erradicação da poliomielite. Temos na bacia do Lago Chade, por exemplo, na Nigéria, vizinho Níger, Chade, há muitas pessoas nómadas a circular com vacas e assim por diante.

Temos aldeias mineiras e cidades na RDC, no leste da RDC, em partes da Guiné, em todo o Paquistão e Afeganistão, vocês têm esse movimento populacional. As doenças infecciosas movem-se com os seres humanos e as populações de alto risco de que o Stephen está a falar são super críticas para a erradicação da poliomielite. Da mesma forma, é bom para os críticos no Suriname e no Escudo das Guiana, como o senhor o chamou. Então, agora, como é que nos mobilizamos, agora, à sua pergunta, e avançando, como mover uma coligação em toda a linha? Em primeiro lugar, como dissemos anteriormente, a Iniciativa de Erradicação foi liderada pela sociedade civil e pelas comunidades desde o início. Por isso, ainda hoje, quando estamos a falar de stakeholders, começamos pelo nível mais baixo, a nível distrital. Em países, por exemplo, como o Afeganistão e o Paquistão, onde temos, estes são os dois últimos países endémicos para o vírus da poliomielite selvagem actualmente. Começamos conversas a nível distrital com a liderança do distrito. Trazemos as partes interessadas da administração distrital, os líderes políticos eleitos ou não. Reunimos os líderes religiosos e os anciãos da comunidade e toda a sociedade. E criamos um mecanismo de stakeholders que vai para o nível mais baixo. Stephen falava de uma task force, de uma task force contra a malária ao mais alto nível. Quando estamos, por exemplo, no Paquistão, ao nível mais baixo, a unidade administrativa mais pequena chama-se conselho sindical. A esse nível, do presidente do conselho sindical, temos uma task force para a erradicação, a nível superior ou distrital, temos um comité distrital de erradicação da pólio. Quando se chega ao nível das províncias, temos um grupo multisectorial, multidepartamental e multidisciplinar a nível provincial. E a nível nacional, até o próprio primeiro-ministro preside a task force. E tudo isso está a ser apoiado por uma coligação de parceiros. Isto junta a OMS e a UNICEF mas também reúne outras entidades privadas e entidades governamentais como a U.S. O CDC., o Rotary, a Fundação Gates, a GAVI e muitos outros doadores também vêm em todo o mundo. E, em última análise, a coligação é também ancorada pelos próprios Estados-Membros, os próprios países a nível global. Todos os anos, apresentamos relatórios na Assembleia Mundial da Saúde. Todos os anos, especialmente nas regiões endémicas, reportamos aos Estados-Membros e eles fornecem o seu contributo. Assim, é a construção de uma coligação, que está a reunir todas as partes interessadas a todos os níveis para acabar com a pólio de uma vez por todas.

Garry Aslanyan [00:22:48] Portanto, algumas coisas estão a surgir porque são semelhantes, talvez não completamente, mas toda esta task force e tudo isso são obviamente fundamentais e criticamente importantes. Stephen, disseste que a coisa existe há 30 anos, certo, a task force. Pode ter tido alguns ciclos de financiamento do governo, mudanças políticas. Foi difícil, não muito difícil, manter a sua atenção nesta task force e manter esta task force unida e meio que mantê-la em funcionamento? E também, talvez diga-me o que aconteceu agora com a task force? Ainda está por aí e o que eles fazem agora depois de atingirem o objetivo?

Stephen Vreden [00:23:34] Ainda estão por aí porque posso dizer-vos uma coisa, alcançar a eliminação, ser certificado para a malária, certamente não significa que se possa sentar e relaxar, porque é preciso prevenir a reintrodução. Aliás, pedimos ao Ministério este ano que renomeasse novamente esta comissão. Assim, já não somos uma task force, mas agora somos a comissão para a prevenção do restabelecimento da malária, porque isso é algo que têm de fazer. Se ficar sentado, voltará a ter malária. Isso aconteceu em tantos lugares do mundo. Se reduzirmos o financiamento, voltará a ter malária e uma coisa é importante, temos de perceber que o Fundo Global investiu mais de 20 milhões de dólares no Suriname e este foi, penso eu, talvez um dos seus melhores retornos de investimento, porque a malária já se foi. Mas se pararmos, e se não prestarmos atenção, ela voltará. Portanto, este comité, ainda está lá e continua a funcionar. Sim. Acho que é isso que queriam saber.

Garry Aslanyan [00:24:50] Sim, queria saber como o senhor manteve isso durante 30 anos com muitas mudanças talvez externas, mudanças políticas. Qual era o molho mágico?

Stephen Vreden [00:25:00] Bem, acho que o molho mágico foi que este comité, a primeira edição do conselho de administração da malária, foi presidido pelo Director da Saúde, que é comparável ao diretor médico noutros países. E uma coisa específica que este comité tinha, tinha poder executivo, porque se somos apenas um comité que dá conselhos ao ministério, se este conselho chegar a alguém que não está realmente ciente do que está a acontecer, pode acabar numa gaveta. Mas se tiverem, enquanto comité, têm poder executivo, podem implementar as coisas. Penso que é uma das coisas mais importantes. Não éramos uma comissão passiva; éramos uma comissão activa. Então, estávamos a cuidar dos pedidos de subvenção do Fundo Global, e assim por diante e assim por diante. Portanto, isso foi muito importante. E acho que fomos deixados sozinhos por todos os governos, provavelmente porque viram que estávamos a atuar. Penso também que viram que estamos a adaptar a comissão de acordo com as suas necessidades. Posso dizer-vos que, inicialmente, tínhamos as partes interessadas mais importantes que eram sempre membros da comissão. Na primeira edição do conselho da malária, tínhamos um representante do exército. Porquê? Porque os soldados do interior sofriam de malária e talvez saibam que a droga mais importante para a prevenção da malária naquela altura era a mefloquina. Mas a mefloquina, devido aos seus possíveis efeitos secundários psicológicos, psiquiátricos estava contra-indicada em pessoas que usavam armas e também em pilotos. Por isso, precisávamos de fazer uma abordagem específica para a prevenção da malária para o exército. Mas só o podemos fazer quando os temos envolvidos. E o mesmo vale para o Ministério da Educação. Queríamos introduzir o conhecimento sobre a malária no currículo das escolas. Só pode, não pode simplesmente impor isso a alguém, é preciso envolver pessoas do Ministério da Educação para o explicar, então esta é a mobilidade que a comissão teve, e que a fez permanecer forte e ser muito eficaz. Assim, todas estas coisas ajudaram, e penso que, evidentemente, temos de aplaudir os governos por não terem realmente intervindo na comissão, porque isso é muito bom. Mas penso que a própria comissão também tentou fazer o mesmo.

Garry Aslanyan [00:28:12] Interessante, muito interessante. Jamal, temos um conjunto de outras questões às vezes quando se trata de ressurgimento da poliomielite em locais realmente ligados a, sabe, conflitos geopolíticos, às vezes estrangulamentos em torno do acesso, hesitação vacinal, obviamente neste caso, mais feito em caso de malária. Que tipo de estratégias e abordagens têm de usar e liderança que têm de usar nesses tipos de situações que são bastante complexas, não apenas de saúde, mas à escala de onde estamos globalmente.

Jamal Ahmed [00:28:57] Acertou em cheio. O maior desafio, e porque é que tem sido um desafio acabar definitivamente com a pólio, foi porque os últimos redutos da pólio, os últimos, por exemplo, permitam-me dizer que os dois últimos países endémicos do vírus selvagem da poliomielite estiveram no epicentro da competição geopolítica global, e isso mesmo aumentou a insegurança. Em algumas delas, e estamos a falar das fronteiras entre o Afeganistão e o Paquistão, os desafios aumentaram no que diz respeito à acessibilidade. Temos enfrentado desafios de acessibilidade há muitas décadas entre as populações. E, portanto, o tipo de liderança que temos vindo a implantar e continuamos a implantar é essa liderança calma, mas uma liderança persistente que diz, sim, existem desafios. Mas esses desafios não são intransponíveis. Depois temos de trabalhar todos os dias para ver o que podemos fazer melhor. Assim, nos dois países, por exemplo, neste momento, se eu puder refletir especificamente sobre isso, temos conflitos, temos áreas que são inacessíveis aos vacinadores por causa disso, e trabalhamos com influenciadores locais, membros da comunidade local, e através deles, mesmo no meio do conflito, trabalhamos para ter acesso às aldeias e às crianças em as aldeias que possam estar inacessíveis de outra forma. Entregamos vacinas e tentamos fazer isso. Também mapeamos de forma consistente e contínua onde não conseguimos chegar. Uma outra forma de o fazermos é, sabe, a poliomielite, como dissemos anteriormente, a escala da pólio diminuiu de forma geral. Portanto, não é visto claramente como uma ameaça por muitas comunidades. Mesmo naquelas

zonas inacessíveis, os números são bastante baixos. As vacinas, sabem, o sucesso das vacinas é paradoxalmente, também é a sua fraqueza, certo. Esse êxito é também, sabes, que as vacinas são vítimas do seu próprio sucesso, se é que posso dizer isso. E isso é verdade, e é por isso que vemos esta hesitação aumentar. Portanto, da nossa perspectiva novamente, além da poliomielite, trabalhamos muito para usar a poliomielite como ponto de entrada, porque essas comunidades que não são alcançadas pelos nossos vacinadores também são outros sistemas de saúde, sabe, outras vacinas não estão a chegar lá, outros serviços de saúde não estão lá. Por isso, tentamos usar a poliomielite como vanguarda, trazer outros elementos através do que chamamos uma prestação integrada de serviços de nutrição, por exemplo. Para, sabem, água e saneamento, outras vacinas em todo o espectro de imunização de rotina. E trabalhamos o máximo possível para fornecer esses outros serviços juntos, para que a comunidade veja que não estamos a chegar apenas com as duas gotas de que precisamos para acabar com a transmissão.

Garry Aslanyan [00:32:11] Ok, mais uma vez, os nossos ouvintes, quer dizer, milhares de pessoas ouvem estes episódios e os podcasts e muitos trabalham em diferentes ambientes de saúde pública e muitos trabalham em diferentes questões de saúde pública. Por isso, quero pedir-vos que ajudem com o que podem aprender com estas experiências e com algumas lições transferíveis. E também tenho a sensação de que ambos são muito modestos porque ambos realmente desempenham, desempenharam ou estão a desempenhar, todos os tempos, um papel realmente crítico de quem são neste processo com os seus próprios princípios de liderança. Então talvez eu possa ouvir de vocês dois em caso de poliomielite, quais são os princípios para este trabalho e que realmente se traduzem nesses esforços e podem ser usados para qualquer outra doença. E o mesmo com você, Stephen, da mesma forma, como um líder que trabalha com a malária neste caso, que tipo de princípios transferíveis de liderança ou práticas pode partilhar da sua experiência no Suriname e o que é necessário que os que nos ouvem possam lidar com os seus próprios problemas de saúde pública. Então, talvez o Stephen, vais primeiro e depois o Jamal.

Stephen Vreden [00:33:41] O que penso é que é necessário um órgão nacional de supervisão para resolver problemas específicos. Em segundo lugar, penso que a descentralização e o envolvimento da comunidade são muito importantes, e uma das coisas que acabei de ouvir o Jamal dizer é que é a integração dos serviços de saúde, porque começámos a fornecer diagnóstico e tratamento da malária nas populações móveis e migrantes. Mas, na verdade, agora que já não existe malária, as pessoas estão parcialmente interessadas porque é preciso continuar a rastreio, mas as pessoas dificilmente estão interessadas no rastreio. E o que eles dizem é que preferimos que verifiquem a nossa diabetes ou a nossa hipertensão porque estamos a viver aqui numa área onde não há instalações de saúde. Por isso, treinámos os nossos prestadores de serviços de malária agora em pessoas que podem prestar mais serviços. Podem medir a pressão arterial, podem controlar a diabetes e até podem ajudar a obter medicamentos no local muito distante de hoje. Acho que quando o Jamal acabou de dizer, eu disse que sim, é algo muito importante. Precisamos de olhar para, mesmo que estejamos a focar numa doença, isso não significa que temos de ignorar outros problemas de saúde. Portanto, isso é muito importante. E o terceiro ponto que gostaria de acrescentar, evidentemente, é o financiamento. Porque ainda não o mencionamos, mas penso que o financiamento é muito importante se quiserem atingir certos marcos. E pode ser financiamento internacional, se for financiamento nacional, significa que o governo, mesmo com os seus fundos limitados, deve ter um certo compromisso de realmente disponibilizar fundos para um projeto específico. Portanto, eu diria que estas coisas são fundamentais para alcançar objetivos.

Garry Aslanyan [00:36:03] Ótimo, obrigado por isso. Jamal, e tu?

Jamal Ahmed [00:36:06] O que vou acrescentar aqui é, antes de mais, a clareza do objectivo. Quando falamos de erradicação, queremos dizer zero. Portanto, todos nós compreendemos que o zero é o objetivo. E zero não significa zero localmente, significa zero globalmente, em todo o mundo, em todo o mundo. Portanto, isso é extremamente importante. A segunda coisa é a convicção, depois a ideia de que acreditamos que isso é factível, tanto tecnicamente como a viabilidade do ponto de vista da implementação real. Portanto, esses dois são extremamente críticos no nível superior porque, uma vez que temos esse nível de crença, os aspetos técnicos são robustos e sólidos e é factível e temos essa clareza de objetivo. E isso é verdade, aliás, para a eliminação também porque estamos a ultrapassar os limites quando não estamos a trabalhar no controlo, estamos a pressionar para parar a transmissão como um todo. Isso também é verdade para a eliminação da malária. Então, o outro componente que vou dizer é a comunidade, a confiança da comunidade. Porque sem a comunidade não se pode ir muito longe. A nível político, a responsabilidade política, para nós absolutamente crítico, porque a todos os níveis os decisores têm de estar a bordo, têm de assumir o problema e depois ajudar-nos a empurrar. Então, agora, quando sairmos de tudo isso, estão as questões técnicas, a vigilância, a vigilância, temos de detetar todos os vírus e, numa perspetiva da poliomielite, recolhemos amostras de fezes, testamos dezenas de milhares de amostras todos os anos, mesmo se detectarmos poucos, esses resultados negativos são tão importantes como os positivos. Recolhemos águas residuais dos esgotos dos canais de escoamento das favelas e testamos, e é aí que o teste de águas residuais é importante. E então toda a detecção é importante. Temos de agir rapidamente. No minuto em que detetamos algo, não esperamos. Responde de forma rápida e rápida. A resposta precoce, a resposta rápida é fundamental porque não é fácil conter o vírus que depende do movimento humano numa pequena geografia. De vez em quando, vai espalhar-se. Será importado noutra lugar e terá de lidar com essas exportações, etc., e manter essa população totalmente protegida. E, finalmente, uma dose de humildade percorre um longo caminho, porque sem isso, vais falhar repetidas vezes em diferentes pontos, porque estamos a lidar com uma cadeia de transmissão implacável em áreas que são muito, muito difíceis de trabalhar e, portanto, não desistes, voltamos e vemos o que mais podemos fazer. Portanto, penso que são as lições do nosso fim.

Garry Aslanyan [00:38:53] Ambos têm uma dose enorme de humildade, percebi que têm uma visão muito realista destas coisas. Isto foi extremamente útil. Gostaria de terminar com uma pergunta final. Se puder refletir em termos do que lhes dá esperança de que a erradicação no seu caso Jamal, uma eliminação que teve no Suriname Stephen, seja alcançada ou seja mantida e sustentada, e o que é que quer que os ouvintes deste episódio levem consigo quando terminarem de ouvir? Stephen, vais primeiro.

Stephen Vreden [00:39:37] Estão a falar de esperança, e prefiro não falar de esperança, mas de condições. Penso que a eliminação das doenças é um dos objectivos mais importantes da humanidade neste momento. E receio que só esperar não nos leve até lá.

Garry Aslanyan [00:39:55] A esperança não é uma estratégia. Ouvi dizer isso há pouco tempo um dos primeiros-ministros. Isso é um bom ponto, sim.

Stephen Vreden [00:40:01] Principalmente se souber o que é preciso para atingir um determinado objetivo, porque então tem de moldar as condições para atingir esse objetivo. E a condição mais importante é, na minha opinião, ser um compromisso global, o que significa que são salvaguardados os fundos necessários. Depois disso, penso que os governos nacionais deveriam ser instados a torná-lo possível, porque penso que, finalmente, as pessoas estão prontas para fazer o que é necessário fazer se lhes explicarmos porquê e como. Portanto, diria que não tanto esperar mas sim fazer quais são as condições e estar à altura dessas condições.

Garry Aslanyan [00:40:57] Ok! Jamal.

Jamal Ahmed [00:41:00] O que me dá, diria espero talvez, é que o compromisso, o nível de empenhamento que continuamos a ver. Em Maio tivemos a Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, trazendo a palavra todos os Estados-membros, 64 Estados-membros, todos apoiando totalmente, todos apoiando a ideia de acabar definitivamente com a pólio. Muitos desses países não veem a pólio há muitas e muitas décadas, e isso dá-me esperança, todos continuam a bordo. A segunda coisa que me dá esperança é a distância que já percorreu. Quando olhamos para o Stephen agora, ele está no Suriname, está na América do Sul, não vemos há muitos, muitos anos surtos de poliomielite na transmissão, transmissão sustentada em toda a América do Sul incluindo grandes países como o Brasil, apesar de todos os desafios e muitos outros problemas, a poliomielite continua a ser zero. Quando olhamos para a Ásia, que agora está livre da pólio, a região do Pacífico Ocidental e a região do Sudeste Asiático, um país grande como a Índia, apesar de todos os seus desafios, apesar de os muitos opositos terem apresentado zero. E isso dá-me esperança porque eles permaneceram zero durante décadas, há mais de uma década, e o que me dá esperança, também é que todos os dias, quando vamos ao campo e encontramos mães e precisamos de líderes comunitários, essa crença ainda existe mesmo a nível local. Portanto, isso também me dá esperança e penso que isso continua a ser crítico, e Stephen disse que o compromisso global e a importância do compromisso global, não poderia estar mais de acordo, isso é extremamente crítico porque sem os recursos e a solidariedade que o programa global proporciona, os países mais fracos e os países de baixos rendimentos não serão capazes de acabar com as doenças como a malária e a poliomielite. Portanto, precisamos que isso seja sustentado, temos sorte de que esse compromisso ainda exista para a poliomielite através da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio, e esperamos que cheguemos a zero o mais rápido possível para podermos entregar um mundo livre da pólio.

Garry Aslanyan [00:43:14] Esta foi uma conversa muito, muito interessante. Agradeço muito isso. Tenho a certeza que os nossos ouvintes vão gostar muito. Por isso, vou apenas dizer obrigado pelo vosso tempo e pela partilha das vossas experiências. Esta foi uma excelente discussão e boa sorte com tudo o que faz.

Jamal Ahmed [00:43:35] Muito obrigado.

Stephen Vreden [00:43:36] Obrigado.

Jamal Ahmed [00:43:37] Isto é maravilhoso.

Garry Aslanyan [00:43:40] Achei muito interessante a conversa de hoje com o Jamal e o Stephen. Há três reflexões que gostaria de partilhar. Primeiro, o zero é uma declaração sobre capitais próprios. Como diz Jamal, a erradicação significa que ninguém fica para trás. Em segundo lugar, as pessoas mais próximas do problema têm o programa. O Suriname não conseguia alcançar os mineiros nas profundezas da floresta com pessoal formal. Então, treinou pessoas das comunidades mineiras de ouro para testar, tratar e distribuir mosquiteiros. A poliomielite conta com avós que lembram o que a doença costumava fazer e em task force que vão desde o Conselho da União ao primeiro-ministro. Em ambos os exemplos, as estruturas que funcionaram foram as construídas com as comunidades, não apenas entregues a elas. E, finalmente, chegar ao zero não é o fim do trabalho. O Suriname renomeou a sua task force de eliminação para impedir o restabelecimento porque o vetor ainda está lá e os casos importados ainda estão vivos. Espero que este episódio tenha reforçado a vossa determinação de manter a linha dos objectivos que já alcançámos tão perto. Para saber mais sobre o tema discutido

neste episódio, visite a página do episódio onde encontrará leituras adicionais, notas de programas e traduções. Não se esqueça de entrar em contacto connosco através das redes sociais, e-mail ou através da partilha de uma mensagem de voz, e não se esqueça de subscrever ou seguir-nos onde quer que receba os seus podcasts. Global Health Matters é produzido pelo TDR, um programa de investigação co-patrocinado pelas Nações Unidas baseado na Organização Mundial da Saúde. Obrigado por ouvirem.