

INTRODUÇÃO

1. A dracunculose, mais conhecida sob a designação de «doença do verme-da-Guiné», ou «Filiariase de Medina», é uma parasitose invalidante causada pela saída por via cutânea da fêmea adulta do *Dracunculus medinensis*, um verme filiforme que pode atingir 60 a 100 cm de comprimento. Esta parasitose é conhecida desde a antiguidade devido às suas graves consequências sócio-económicas.
2. A dracunculose é uma doença transmitida através da ingestão de água contaminada. Predomina geralmente nas zonas rurais, onde as fontes de água potável são constituídas por águas estagnadas: charcos, pântanos, poços tradicionais não protegidos. É uma doença para a qual não existe ainda um medicamento ou vacina, mas contra a qual existem meios simples e eficazes de prevenção.
3. Em 1986, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Resolução WHA39.21 e em 1988, o Comité Regional Africano da OMS aprovou a Resolução AFR/RC38/R13, que tinha como objectivo a erradicação da dracunculose.
4. O presente relatório tem como objectivo fazer o ponto da situação da luta contra esta doença na Região, desde a aprovação das resoluções.

SITUAÇÃO DA DRACUNCULOSE NO INÍCIO DA CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO

Situação epidemiológica

5. No início do programa de erradicação da dracunculose, em 1986, estimava-se que o número de casos em África se situava entre os 3 e 5 milhões. A amplitude da doença foi determinada com mais exactidão após a realização dos inquéritos nacionais de despistagem activa dos casos. Assim, em 1989 foram detectados 883.640 casos de dracunculose em 25.789 localidades da Região Africana e 19 países foram considerados endémicos, a saber: Benim, Burkina Faso, Camarões, Côte d'Ivoire, República Centrafricana, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Gana, Quénia, Mauritânia, Mali, Níger, Nigéria, Uganda, Senegal, Chade e Togo. De acordo com os resultados destes inquéritos nacionais, os países mais afectados eram a Nigéria, Gana, Uganda e o Burkina Faso.
6. É conveniente recordar que no início do programa de erradicação e fora da Região Africana, mais quatro países tinham sido declarados endémicos, a saber: Índia, Paquistão, Sudão e o Iémem. Em 2002, apenas o Sudão permanece endémico.

Consequências sócio-económicas da dracunculose

7. A dracunculose é uma doença que ocorre na altura em que as populações devem realizar os trabalhos agrícolas, incapacitando as vítimas e impedindo-as de efectuar os seus trabalhos no campo. Os doentes tornam-se assim um fardo para as suas famílias, especialmente, quando a ferida de saída do verme fica infectada. Em muitas das famílias de doentes, a perda de semanas de trabalho causada pela doença do verme-da-Guiné, conduziu à destruição de toda uma colheita agrícola. Por este motivo, em algumas áreas de África, a dracunculose está

associada à fome. Na Região de Dogon, no Mali, a dracunculose é designada como «Yoro», o que em dialecto local significa «doença do celeiro vazio».

8. Igualmente importante é o impacto da dracunculose sobre a saúde da criança pequena quando a mãe é afectada. A mãe não pode ocupar-se da criança e perde o contacto diário, necessário ao desenvolvimento psicomotor daquela. Quanto às crianças em idade escolar, as ausências causadas pela doença, têm como consequência os atrasos no nível de aprendizagem.

PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DA DRACUNCULOSE

Justificação

9. A drancunculose é uma doença que afecta as populações mais pobres, privadas do acesso aos cuidados de saúde primários, água potável e educação sanitária. As suas consequências sócio-económicas e as importantes repercussões sobre a vida das famílias são frequentemente negligenciadas e esquecidas.

10. As graves consequências sócio-económicas da dracunculose, a oportunidade que ofereceu o Decénio Internacional para a Água Potável e Saneamento (1981-1990), a existência de meios simples e eficazes de prevenção desta doença e o facto de o homem constituir o único reservatório de que se tem conhecimento, conduziu os Estados-Membros a tomarem medidas para a erradicação da dracunculose.

Estratégia

11. Para erradicar a dracunculose, os Estados-Membros aprovaram uma estratégia mista, composta por uma vigilância activa de base comunitária, a advocacia a favor do abastecimento de água potável às localidades afectadas, promoção da informação, educação e a comunicação para a alteração dos comportamentos favorável à prevenção da doença. As intervenções principais desta estratégia são as seguintes :

- a despistagem activa de todas as localidades endémicas;
- a implementação de um sistema activo de vigilância em cada localidade considerada endémica;
- a informação, educação e a comunicação;
- divulgação do sistema de filtragem das águas de superfície (charcos);
- o abastecimento de água potável nas localidades afectadas;
- o reforço da colaboração intersectorial que permita melhorar os programas de educação sanitária e aumentar o acesso à água potável;
- a luta contra os vectores;
- a detecção precoce e a responsabilização pelos casos.

12. A participação voluntária e eficaz das comunidades afectadas foi identificada como uma base indispensável para a implementação dos programas nacionais de erradicação.

Parcerias

13. A elaboração e a implementação dos programas nacionais de erradicação da dracunculose foram efectuadas através de uma forte colaboração de vários parceiros aos níveis internacional e nacional. Entre os parceiros permanentes e tradicionais do programa, conta-se o Programa «Global 2000» do Centro Carter, UNICEF, OMS a Cooperação Japonesa e os Voluntários do Corpo de Paz dos Estados Unidos da América.

14. Várias personalidades comprometeram-se pessoalmente com os esforços para a erradicação da doença do verme-da-Guiné. Trata-se nomeadamente dos Presidentes Jimmy Carter dos Estados Unidos, Jerry Rawlings do Gana, Yakubu Gowon da Nigéria e Amadou Toumani Touré do Mali. Foi igualmente estabelecida uma parceria com as comunidades e com outros intervenientes a nível local (ONG), tendo sido estabelecida uma colaboração com o sector da água, após o início do programa.

Actividades realizadas

15. No quadro da implementação das resoluções que visam a erradicação da dracunculose, o Escritório Regional, em colaboração com os seus parceiros, elaborou e colocou à disposição dos países endémicos, as directivas para a elaboração de planos nacionais de erradicação da dracunculose. Entre 1988 e 1991, a maioria dos países afectados, designaram responsáveis nacionais pelo programa de erradicação da doença do verme-da-Guiné e efectuaram inquéritos nacionais que culminaram com a elaboração de programas nacionais para a erradicação da dracunculose.

16. O Escritório Regional forneceu igualmente um apoio aos países para a implementação das actividades de erradicação definidas nos programas nacionais. A organização de reuniões para a avaliação anual dos programas nacionais, permitiu trocas de dados resultantes das experiências nos países, a que seguiram os progressos realizados e a planificação das actividades prioritárias. Este mecanismo continua a desempenhar um papel fundamental nos processos de erradicação da doença do verme-da-Guiné.

17. A OMS, tendo verificado o progresso significativo realizado na erradicação da doença do verme-da-Guiné no mundo, criou em Maio de 1995, uma comissão internacional para a Certificação de Erradicação da Dracunculose (CICED), constituída por doze peritos sanitários independentes. Esta comissão recomendou ao Director-Geral a concessão da certificação livre da transmissão da dracunculose a 150 países e territórios no mundo.

18. Para acelerar a implementação das actividades de erradicação da dracunculose em África, a OMS, em colaboração com os seus parceiros, organizou em Março de 2002 em Khartoum (Sudão) uma Mesa-Redonda dos Ministros da Saúde. Os ministros reconheceram a existência de desafios reais a serem ultrapassados. Aprovaram uma declaração designada como «Declaração de Khartoum sobre o verme-da-Guiné», onde se comprometem a atingir o objectivo de erradicação da dracunculose em África.

PROGRESSOS REALIZADOS

19. A implementação dos programas nacionais de erradicação da dracunculose na Região Africana, permitiu reduzir de forma significativa a incidência anual e a endemicidade desta doença:

- a) o número de casos da dracunculose assinalado todos os anos, passou de 883.640 em 1989 para 13.150 em 2002, representando uma redução de 98,5%, na incidência anual;
- b) o número de localidades onde a doença é endémica passou de 25.789 em 1989, para 2.037 em 2002, uma redução de 92% na endemicidade;
- c) a interrupção da transmissão local da dracunculose em quatro países: Camarões, Quênia, Senegal e o Chade. Estes países encontram-se por isso em fase pré-certificação;
- d) a certificação de sete países «livres da transmissão da dracunculose»: o Botswana, Burundi, Lesoto, Malawi, Namíbia, Seychelles e o Zimbabwe;
- e) o número de países considerados como endémicos passou de 19 em 1989, para 11 em 2002, representando uma redução de 42% no número de países com endemia declarada;
- f) a melhoria da cobertura de água potável nas zonas afectadas;
- g) a integração de outras actividades sócio-sanitárias nas actividades de nível comunitário para a erradicação da doença, como a luta contra o paludismo e as doenças diarreicas, a vigilância das doenças de potencial epidémico, a vigilância da Paralisia Flácida Aguda (PFA).

FACTORES DE CONSTRANGIMENTO

20. Os principais factores de constrangimento encontrados pela Região para a erradicação da dracunculose, são:

- a) a diminuição da motivação dos actores no terreno e a mobilização geral para a erradicação da doença do verme-da-Guiné;
- b) o surgimento de novas localidades endémicas ou a reinfestação das zonas anteriormente endémicas. Em 2002, por exemplo, 47% das localidades que notificaram um ou mais casos, eram localidades novas ou reinfestadas e que foram responsáveis pela notificação de 28% de todos os casos na Região, ao longo desse ano.
- c) o elevado número de casos importados de um país para outro ou de uma localidade para outra no mesmo país; em 2002, cerca de 160 casos foram importados ou exportados de um país para outro;

- d) a fraca cobertura de água potável nas zonas de endemia;
- e) a insuficiência dos recursos financeiros;
- f) a inacessibilidade de determinadas zonas devido à insegurança ou ao mau estado das estradas, que normalmente estão impraticáveis durante o principal período de transmissão, devido à água das chuvas;
- g) as dificuldades de aplicação prática e de manutenção das actividades de erradicação em meio nómada.

DESAFIOS

21. A fim de acelerar o processo de erradicação em curso na Região Africana, por forma a atingir os objectivos definidos, à semelhança das outras Regiões, é necessário que todos os Estados endémicos empreendam as seguintes medidas:

- a) intensificar as intervenções que visam interromper a transmissão da doença;
- b) mobilizar os recursos necessários para as últimas actividades de erradicação;
- c) reforçar as actividades de vigilância activa nas zonas anteriormente endémicas e nas zonas de risco;
- d) utilizar a avaliação e o seguimento ao nível do distrito e ao nível nacional, como principais instrumentos para a gestão do programa de erradicação;
- e) intensificar a mobilização a favor da erradicação, assegurando em particular a colaboração por parte das instituições de desenvolvimento e das ONG, no domínio do abastecimento de água, para que a prioridade seja atribuída às zonas endémicas sem água potável;
- f) colocar em prática abordagens inovadoras que permitam chegar até às zonas de insegurança ou em condições climáticas difíceis, e obter a participação das populações nómadas no programa de erradicação.

CONCLUSÃO

22. A redução de 98,5% na incidência anual da dracunculose e a interrupção da transmissão local em quatro países da Região, entre 1989 e 2002, é uma prova evidente do sucesso dos programas nacionais de erradicação da doença e uma indicação clara de que a dracunculose é uma doença em vias de erradicação na nossa Região.

23. No entanto, o nosso objectivo não foi ainda atingido e muito há ainda a ser feito. Para que a erradicação da dracunculose seja levada a bom termo, é necessário que 11 países ainda endémicos e os seus parceiros prossigam e intensifiquem os seus esforços e o seu compromisso para a consecução deste objectivo.

24. En 1991, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Resolução WHA44.5 onde constava a erradicação da dracunculose antes do fim do ano 1995. Em 31 de Dezembro de 2002, apenas a África e particularmente, a Região Africana da OMS, permanece endémica.

25. A Região Africana não será ela também «livre de transmissão da dracunculose», a menos que se preste uma atenção acrescida à erradicação e se esta não for objecto de esforços concertados e sustentados.

NÚMERO DE CASOS DE DRACUNCULOSE NOTIFICADOS POR ANO, NA REGIÃO AFRICANA DE 1989 A 2002

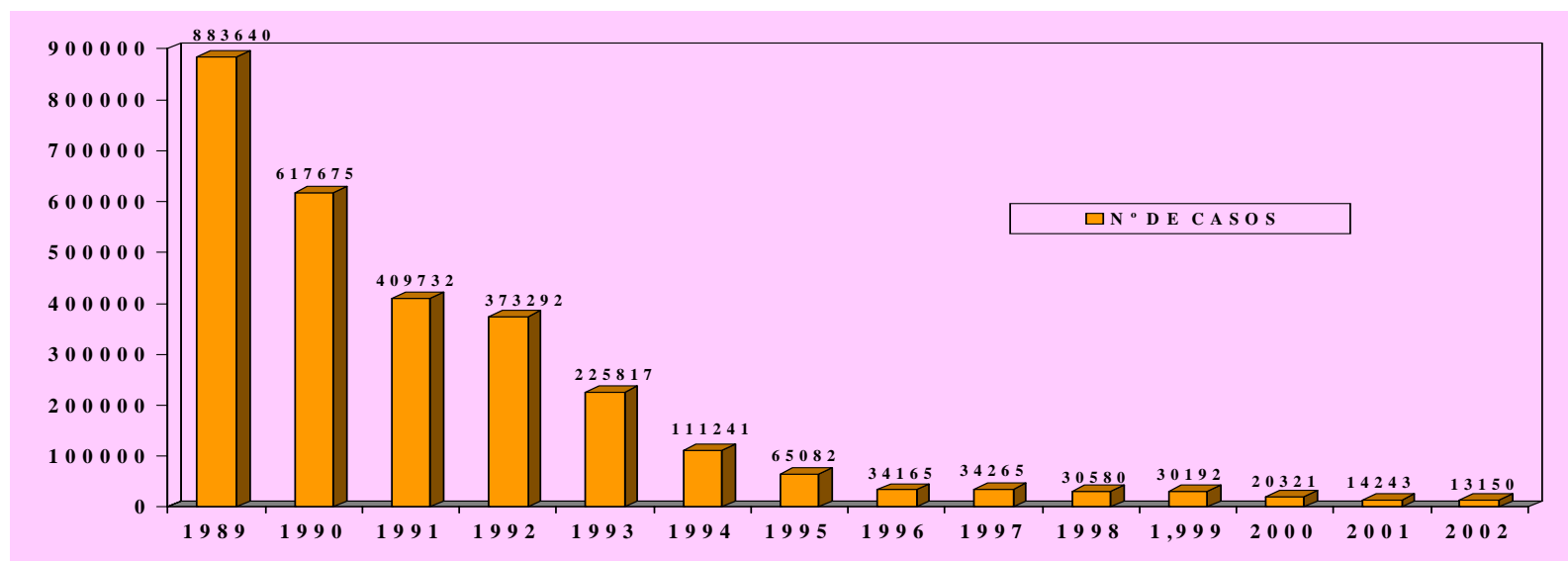


Gráfico 1

Fontes: OMS/AFRO com base nos relatórios anuais dos países

**NÚMERO DE CASOS DE DRACUNCULOSE NOTIFICADOS POR PAÍS,
NA REGIÃO AFRICANA EM 2001 E 2002**

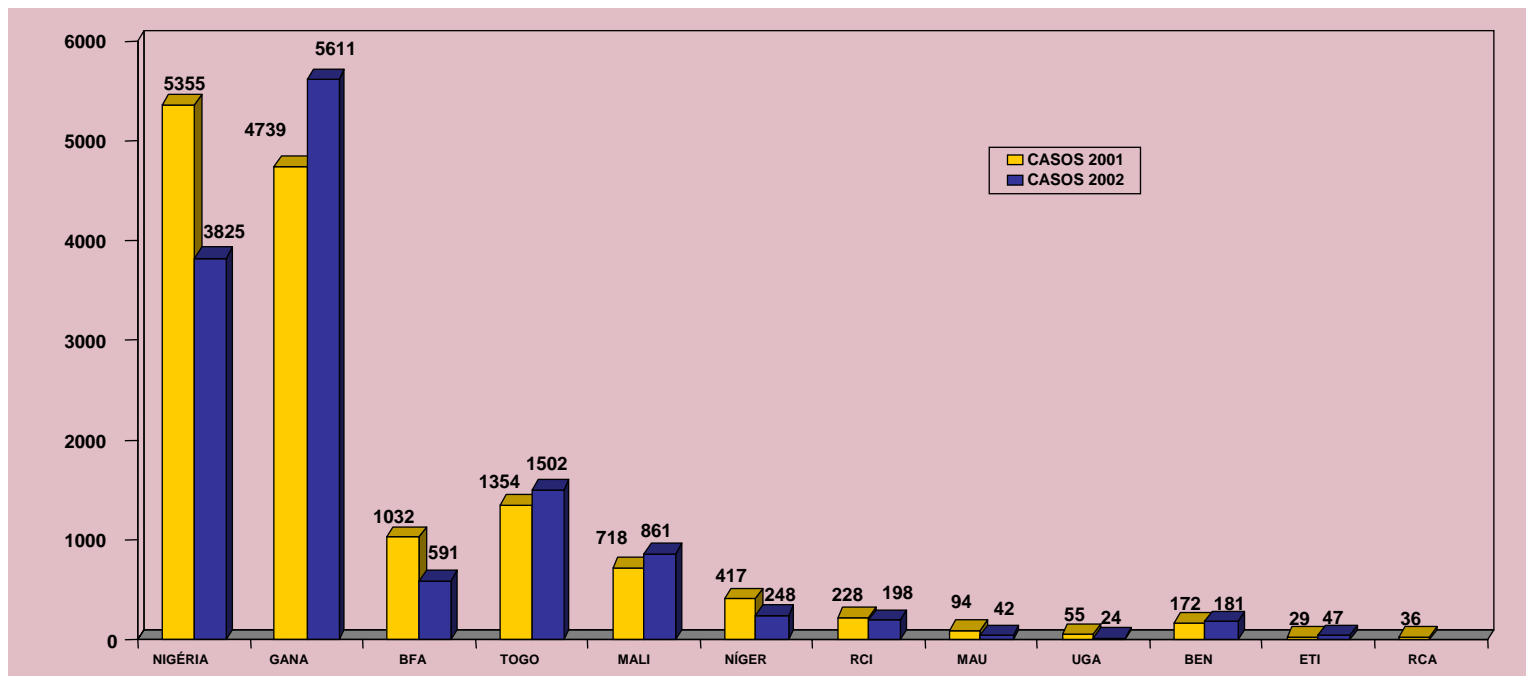
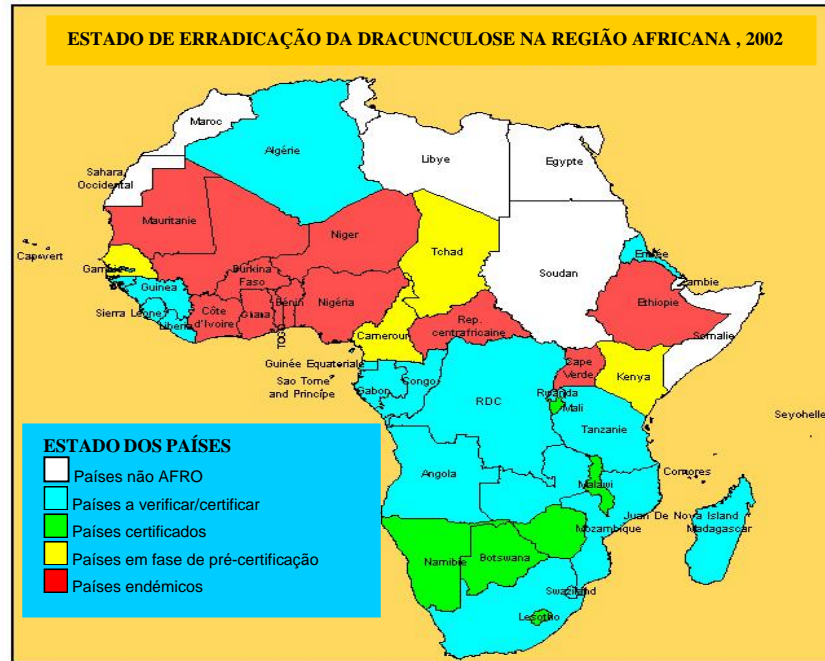


Gráfico 2

Fontes: OMS/AFRO com base nos relatórios dos países



Fonte: OMS/AFRO

ANEXO 4**SITUAÇÃO DA ERRADICAÇÃO DA DOENÇA DO VERME-DA-GUINÉ
NOS PAÍSES ENDÉMICOS**

Benim: de acordo com os resultados do inquérito nacional realizado em 1990, foram despistados 37.414 casos da doença do verme-da-Guiné, em 3.762 localidades. A implementação do programa nacional para a erradicação da dracunculose permitiu reduzir em 99,5% a incidência anual da doença, e em 99,2% o número de localidades endémicas, entre 1990 e 2002. Em 2002, foram notificados 181 casos da doença do verme-da-Guiné, em 31 localidades, dos quais 18 deles foram importados do Togo e do Gana. O distrito de Savalou, Região de Collines, permanece o mais afectado, com mais de setenta e dois por cento de todos os casos notificados. O desafio a ultrapassar pelo programa do Benim e pelos seus parceiros, é a intensificação das actividades, para terminar o mais rapidamente possível com a transmissão local da doença; a consecução, ou seja, o reforço das actividades de vigilância activa sobre a totalidade do território, em particular nas zonas transfronteiriças com os países vizinhos ainda endémicos.

Burkina Faso: ao longo do inquérito nacional, realizado em 1991, foram registados 42.187 casos da doença do verme-da-Guiné, em 2.626 aldeias. A implementação do programa nacional de erradicação da dracunculose permitiu reduzir em 98,5% a incidência anual da dracunculose e em 95% o número de aldeias endémicas entre 1991 e 2002. Em 2002, foram notificados 591 casos de doença do verme-da-Guiné, em 129 aldeias, de entre os quais 9 foram importados do Gana, Mali e Côte d'Ivoire. Setenta e um por cento de todos os casos notificados no Burkina Faso em 2002, provêm de cinco distritos: Gorom-Gorom (134 casos), Batié (96 casos), Gaoua (94 casos), Kaya (51 casos) e Djibo (46 casos). Ao longo dos dois últimos anos, foram realizados grandes progressos. O desafio a ultrapassar pelo programa e pelos seus parceiros é a manutenção, ou seja, a melhoria do desempenho actual do programa, com o objectivo de acelerar a interrupção da transmissão local da doença do verme-da-Guiné e de prosseguir com a vigilância activa sobre o conjunto do país, em particular nas zonas anteriormente endémicas e atravessadas pelas populações nómadas, nas fronteiras com o Mali e o Níger.

Côte d'Ivoire: os resultados do inquérito nacional realizado em 1990 e 1991 em 503 aldeias, indicam a despistagem de 12.690 casos de doença do verme-da-Guiné. Após a implementação do programa nacional de erradicação da dracunculose, a incidência anual da doença teve uma redução de 98% e o número de aldeias endémicas, registou uma redução de 90%. Em 2002, foram notificados 198 casos da doença, em 46 aldeias de entre os quais 6 foram importados do Gana, Burkina Faso, Mauritânia. O distrito de Tanda com 92% dos casos no país, permanece o mais afectado. O grande desafio que se coloca ao programa e aos seus parceiros é acelerar o processo de interrupção da transmissão local da doença no distrito de Tanda e de prosseguir a vigilância activa no conjunto do país, em particular nas zonas anteriormente endémicas e em risco.

República Centrafricana: os primeiros inquéritos realizados entre 1990 e 1994 não permitiram confirmar uma transmissão local da dracunculose na República Centrafricana. Foram ainda efectuadas inúmeras missões de apoio e de avaliação no terreno, por diversos parceiros, em particular a OMS. Ao mesmo tempo, com o apoio técnico e financeiro da OMS,

Anexo 4

o programa organizou actividades de vigilância e de sensibilização. Entre 1995 e 2001, o sistema de vigilância comunitário em prática assinalou alguns casos, mas estes não foram confirmados pelos agentes de saúde. Em 2002, o Ministério da Saúde, por forma a melhor validar as informações prestadas pelos agentes de saúde comunitários e acompanhar a situação, decidiu transferir a gestão dos dados do programa para Bangassou, a região afectada. O relatório da coordenação do programa do último semestre de 2002 indica que não foi confirmado nenhum caso da doença do verme-da-Guiné. O desafio para a República Centrafricana e os seus parceiros, coloca-se ao nível da prossecução da vigilância activa do conjunto do país, em particular nas zonas suspeitas, com o objectivo de obter a certificação de erradicação da doença.

Etiópia: de acordo com os resultados do inquérito de despistagem activa dos casos de doença do verme-da-Guiné, realizado em 1993, foram assinalados 1.120 casos em 116 localidades. A implementação do programa nacional de erradicação da dracunculose permitiu reduzir em 99,5% a incidência anual da dracunculose e em 99,2% o número de localidades endémicas. Em 2002, foram notificados 47 casos em 18 aldeias, dos quais 23 deles importados do Sudão. Oitenta e sete por cento (21/24) dos casos locais são provenientes do distrito de Gog (Gog Woreda), região de Gambella. Desconhece-se ainda a situação do verme-da-Guiné no distrito de Akobo, que, por motivos de segurança, permanece inacessível. O desafio que se coloca ao programa na Etiópia e aos seus parceiros é avaliar a situação no distrito de Akobo, intensificar as actividades para acelerar a interrupção da transmissão local do verme-da-Guiné no distrito de Gog e continuar a vigilância activa no conjunto do país, em particular nas zonas fronteiriças com o Sudão.

Gana: ao longo do inquérito nacional realizado em 1989, foram notificados 179.483 casos de doença do verme-da-Guiné em 6.515 aldeias. A implementação do programa nacional de erradicação da dracunculose permitiu a redução em noventa e sete por cento da incidência anual da dracunculose, e em oitenta e sete por cento o número de aldeias endémicas. Em 2002, foram notificados 5.611 casos do verme-da-Guiné em 739 aldeias, dos quais 5 foram importados do Togo e do Níger. Setenta e seis por cento de todos os casos de dracunculose notificados no Gana em 2002, provêm, da Região do Norte. A situação caracteriza-se pela detecção de um número elevado de novas aldeias endémicas ou reinfectadas e da fraca cobertura de água potável, em particular na Região do Norte. O desafio que se apresenta ao programa e aos parceiros do Gana é a intensificação das actividades de erradicação, especialmente o fornecimento de água potável e a continuação da vigilância activa no conjunto do país, em particular nas zonas anteriormente endémicas e ainda em risco.

Mauritânia: de acordo com os resultados do inquérito nacional realizado em 1990, foram assinalados 8.036 casos do verme-da-Guiné em 511 localidades. A implementação do programa nacional de erradicação da dracunculose permitiu reduzir em 99,4% a incidência anual da dracunculose e em 96% o número de localidades endémicas. Em 2002, foram notificados 42 casos de doença do verme-da-Guiné em 18 localidades. Sessenta e dois por cento de todos os casos de dracunculose detectados na Mauritânia durante o ano de 2002, provêm de quatro localidades : Bokoul, Argoup, Barkeol Lakhdar e Hsey Thall. O desafio que se coloca ao programa na Mauritânia e aos seus parceiros é intensificação das actividades para

Anexo 4

acelerar o fim da transmissão local da dracunculose nestas quatro localidades e a continuação da vigilância activa no conjunto do país, em especial nas zonas anteriormente endémicas.

Níger: de acordo com os resultados do inquérito nacional realizado em 1991, foram despistados 32.829 casos de doença do verme-da-Guiné em 1.687 aldeias. A implementação do programa nacional de erradicação da dracunculose permitiu reduzir em 99% a incidência anual da dracunculose, e em 95% o número de localidades endémicas. Em 2002, foram notificados 248 casos de doença do verme-da-Guiné em 91 localidades, de entre os quais 15 casos foram importados da Nigéria, Burkina Faso, Mali, Gana e do Benim. A Região de Tillabéri permanece a região mais afectada do Níger. O desafio a ultrapassar pelo programa no Níger e pelos seus parceiros coloca-se ao nível da intensificação das actividades, com o objectivo de acelerar o fim da transmissão local e prosseguir com a vigilância activa no conjunto do país, em especial nas zonas com populações nómadas e nas zonas fronteiriças com o Mali e o Burkina Faso.

Mali: de acordo com os resultados do inquérito nacional realizado em 1991, foram despistados cerca de 17.716 casos de doença do verme-da-Guiné, em 1.230 aldeias. A implementação do programa nacional de erradicação da dracunculose permitiu a redução de 95% na incidência anual da dracunculose e de 85% do número de aldeias endémicas. Em 2002, foram notificados 861 casos do verme-da-Guiné, em 183 aldeias de entre os quais 3 foram importados do Níger. De recordar que no ano 2000, o Mali notificou apenas 290 casos, mas posteriormente, o país registou um recrudescimento da doença: 718 casos em 2001 e 861 casos em 2002. 95% de todos estes casos notificados em 2002 provêm de três distritos (círculos), são eles : Ansongo, Gao et Gourma-Rharous, cuja particularidade é o modo de vida nómada das populações que são extremamente móveis e dispersas. O desafio para o programa do Mali é a intensificação das intervenções, por forma a acelerar o fim da transmissão local da doença nas regiões do Norte (Gao e Tombouctou) e a continuação da vigilância activa no conjunto do país, em particular nas zonas endémicas e de ambiente nómada.

Nigéria: de acordo com os resultados do inquérito nacional, realizado em 1988, foram despistados 643.464 casos da doença do verme-da-Guiné, em 5.270 localidades. A implementação do programa nacional de erradicação da dracunculose permitiu a redução de 99,4% na incidência anual da dracunculose e de 89,4% do número de localidade endémicas. Em 2002, foram notificados 3.825 casos do verme-da-Guiné em 557 localidades. Setenta e dois por cento de todos os casos notificados na Nigéria provêm de quatro Estados (distritos): Benue State, Oyo State, Ebonyi State e Níger State. O desafio que se coloca ao programa é a mobilização das estruturas do Ministério da Saúde para que participem nas actividades do programa, em particular no que respeita à vigilância activa das zonas anteriormente endémicas.

Uganda: de acordo com os resultados do inquérito nacional realizado em 1992, foram despistados 126.369 casos do verme-da-Guiné em 2.677 localidades. A implementação do programa nacional de erradicação da dracunculose permitiu reduzir em 99,98% a incidência anual da dracunculose e em 99,3% o número de localidades endémicas. Em 2002, foram notificados 24 casos de doença do verme-da-Guiné em 18 localidades, de entre os quais 18 casos foram importados do Sudão. A insegurança ao Norte e Nordeste do país afectou

Anexo 4

seguramente todas as actividades, onde se incluem a vigilância activa da dracunculose. O desafio para o Uganda coloca-se na intensificação das actividades, com vista a interromper o mais rapidamente possível a transmissão local da doença e de continuar o reforço da vigilância activa sobre o conjunto do país, em particular nas inseguras zonas fronteiriças com o Sudão.

Togo: de acordo com os resultados do inquérito nacional realizado em 1991, foram despistados 5.118 casos de doença do verme-da-Guiné, em 584 aldeias. A implementação de um sistema de vigilância de base comunitária entre 1991 e 1993, permitiu recensear em 1993, 10.394 casos, em 698 aldeias. Entre 1993 e 2002, a implementação de actividades de erradicação da dracunculose permitiu reduzir em 85% a incidência anual da dracunculose e em 67% o número de aldeias endémicas. Em 2002, foram notificados 1.502 casos do verme-da-Guiné, em 228 aldeias, de entre os quais 30 foram importados. Os distritos de Haho e de Ougou são os distritos mais endémicos, registando 60% de todos os casos detectados do Togo. A situação caracteriza-se, desde os últimos dois anos, pelo aumento do número de casos, na sequência da detecção das aldeias infectadas de novo, ou reinfectadas. O desafio que se coloca ao Togo e aos seus parceiros, é a intensificação das actividades, com o objectivo de acelerar a interrupção da transmissão local da dracunculose e a continuação, ou o reforço da vigilância activa sobre o conjunto do país, em particular nas zonas anteriormente endémicas.

Países em fase de pré-certificação: a implementação dos programas nacionais de erradicação da dracunculose nos Camarões, Quénia, Senegal e Chade, permitiu interromper a transmissão local da dracunculose nestes países. No entanto, devido à sua proximidade com vários países endémicos, os Camarões e o Quénia continuam a registar casos importados. O Senegal, cujo último caso local remonta a 1997, deverá entregar um relatório detalhado à Comissão Internacional para a Certificação de Erradicação da Dracunculose (CICED), com vista à obtenção da certificação como país livre desta doença. O último caso local notificado no Chade, data de 2000, pelo que o país deveria igualmente preparar um relatório detalhado sobre a dracunculose, visando a sua certificação a partir de 2004, como país isento da doença. O desafio que se coloca a este grupo de países é a continuação da vigilância activa e a documentação das actividades realizadas. Com efeito, os elementos importantes para a certificação compreendem as bases factuais para uma vigilância activa adequada ao longo dos três últimos anos, após o último caso local e a cobertura de abastecimento de água potável nas zonas rurais afectadas.

Países certificados como livres: por ocasião da 44^a sessão, a Assembleia Mundial da Saúde (através da sua Resolução WHA44.5), solicitou ao Director-Geral da OMS que se desse início à certificação país a país, da erradicação da dracunculose, e onde se incluiriam os países sem historial de dracunculose. No quadro da implementação desta resolução, 15 países efectuaram um pedido de certificação à CICED. Após o exame dos seus *dossiers*, sete países (Botswana, Burundi, Lesoto, Malawi, Namíbia, Seychelles e Zimbabwe), foram certificados como «livres da transmissão da dracunculose». A Comissão solicitou a oito outros países não certificados

Anexo 4

mas igualmente livres, a prestação de informações complementares ou a elaboração de um relatório detalhado sobre a dracunculose a nível nacional, visando a certificação.

Países a serem certificados como livres: para além dos onze países actualmente endémicos, dos quatro países em pré-certificação e dos sete países já certificados como livres, todos os outros países da Região deveriam elaborar um pedido de certificação. Os países cujo *dossier* foi já examinado por altura das anteriores sessões do CICODE, deveriam fornecer à Comissão as informações complementares necessárias, a fim de obterem a sua certificação. Os países não tendo ainda elaborado o pedido de certificação, deveriam fazê-lo o mais rapidamente possível. Os países sem historial de transmissão da dracunculose deveriam enviar à CICODE uma carta de «declaração de ausência da dracunculose», acompanhada de um questionário, fornecido pela OMS, devidamente preenchido pelas autoridades nacionais. Os países com historial longínquo da doença, ou em risco de transmissão da doença, deveriam fornecer à Comissão um relatório anual detalhado sobre a dracunculose nos seus países. No seio deste último grupo, podemos citar: Angola, Argélia, Congo, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Gabão, Madagáscar, Libéria, República Democrática do Congo e a Serra Leoa.



COMITÉ REGIONAL AFRICANO

AFR/RC53/INF.DOC/1

1 de Agosto de 2003

Quinquagésima-terceira sessão

Joanesburgo, África do Sul, 1–5 de Setembro de 2003

ORIGINAL: FRANCÊS

Pointo 9.1 da ordem do dia provisória

ERRADICAÇÃO DA DRACUNCULOSE NA REGIÃO AFRICANA

RELATÓRIO DE INFORMAÇÃO

RESUMO

1. A dracunculose, ou «doença do verme-da-Guiné», é uma parasitose invalidante, com consequências sócio-económicas graves. É uma doença provocada pela ingestão de água não filtrada, contendo crustáceos microscópicos (cíclopes). Esta doença afecta sobretudo as populações mais carenciadas das zonas onde o acesso à água potável é inexistente. É uma doença, por excelência, associada à pobreza e à exclusão. No entanto, os meios para a erradicar são simples e eficazes, a saber: a filtragem (através de um tecido), ou da fervura da água para ingestão.
2. Em 1986 e 1988, a Assembleia Mundial da Saúde e o Comité Regional Africano aprovaram as Resoluções WHA39.21 e AFR/RC38/R13 respectivamente, onde instavam os Estados-Membros a erradicarem a dracunculose.
3. Graças aos esforços dos Estados-Membros o número de casos de dracunculose notificados anualmente, passou de 883.640 casos em 1989, para 13.150 casos em 2002, o que representa uma redução de 98.5%. O número de localidades endémicas passou de 25.789 em 1989, para 2.037 em 2002, ou seja, uma redução de 92 %.
4. Dos dezanove países que em 1989 eram considerados endémicos, oito estão livres da transmissão local da dracunculose e quatro estão em fase de pré-certificação. No final de 2002, de entre os dezanove países endémicos registados quando se iniciou a implementação do programa de erradicação da dracunculose, apenas onze permaneciam endémicos. Estes sucessos foram obtidos graças aos esforços dos países, bem como à sólida parceria que apoiou o programa.
5. A África permanece o único continente onde a doença do verme-da-Guiné é ainda endémica. Devem ser envidados esforços para acelerar o processo de erradicação, a fim de libertar os países da dracunculose.

**ERRADICAÇÃO DA DRACUNCULOSE
NA REGIÃO AFRICANA**

PROGRESSOS REALIZADOS

RELATÓRIO DE INFORMAÇÃO



DRACUNCULOSE

A DRACUNCULOSE, DOENÇA EM VIAS DE ERRADICAÇÃO

ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
INTRODUÇÃO	1-4
SITUAÇÃO DA DRACUNCULOSE NO INÍCIO DA CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO.....	5-8
Situação epidemiológica.....	5-6
Consequências sócio-económicas da dracunculose	7-8
PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DA DRACUNCULOSE	9-18
Justificação	9-10
Estratégia	11-12
Parcerias.....	13-14
Actividades realizadas.....	15-18
PROGRESSOS REALIZADOS	19
FACTORES DE CONSTRANGIMENTO.....	20
DESAFIOS.....	21
CONCLUSÃO	22-25

ANEXOS

	<i>Página</i>
1. Número de casos de dracunculose notificados por ano na Região Africana de 1989 a 2002.....	7
2. Número de casos de dracunculose notificados por país na Região Africana em 2001 e 2002.....	8
3. Estado da erradicação da dracunculose na Região Africana em 2002.....	9
4. Situação de erradicação da doença do verme-da-Guiné nos países endémicos	10