

Vacinação em Moçambique: a experiência dos cinco primeiros anos após a Independência. Um testemunho na primeira pessoa

*Immunization in Mozambique: the experience of the first 5 years after Independence
A first-person testimony*

*Vaccination au Mozambique: l'expérience des 5 premières années après l'Indépendance
Un témoignage à la première personne*

Helder F. B. Martins

Médico especialista e Professor Emérito de Saúde Pública. Doutor Honoris Causa em Ciências da Saúde e da Educação; ex-Ministro da Saúde da República Popular de Moçambique (1975-80); ex-funcionário sénior da OMS (1985-96); ex-membro de vários comités de peritos da OMS. Maputo, Moçambique.

Resumo

O autor começa por mostrar que na época colonial não havia nenhum programa de vacinação sistemática, só se fazendo vacinações quando surgia notícia de epidemias. Nessas circunstâncias, as autoridades coloniais praticavam campanhas de vacinação maciça e obrigatória, sem qualquer explicação às populações das vantagens, sendo elas forçadas a serem compulsivamente vacinadas.

O autor descreve também o conceito de «vacina» na tradição cultural africana, como «qualquer coisa que se toma para prevenir algo», que pode ser uma doença, uma infelicidade amorosa, insucesso nos negócios ou um azar na vida. Ele mostra como na tradição africana a «vacina» é um preventivo genérico.

Depois, o autor explica que, durante a Luta de Libertação Nacional, nos anos 60 do século XX, quando tiveram conhecimento de alguns casos de varíola e, mais tarde, de cólera, nas zonas ocupadas pelo colonialismo, fizeram campanhas de vacinação antivariólica e anticolérica às populações das zonas semilibertadas, que estavam no controlo da FRELIMO (Frente de Libertação de Moçambique). Também explica como tiveram que fazer um grande trabalho de mobilização e de explicação às pessoas, para aderirem à campanha de vacinação. A esta mudança de atitude em relação às vacinações o autor chamou de «descolonização das vacinas». Vacinaram numa ocasião, cerca de 250.000 pessoas e, mais tarde, cerca de 800.000.

O autor descreve, detalhadamente, como as vacinações foram consideradas prioritárias, ainda no período de Transição para a Independência e, depois no imediato pós-Independência (quando o grande princípio e a palavra de ordem era: «promoção da Saúde da comunidade pela própria comunidade») e as negociações realizadas, com sucesso, com a Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), para o financiamento do Programa Alargado de Vacinação (PAV), precedido por uma campanha nacional de vacinações. Descreve também as dificuldades havidas pelo facto da OMS ser contra campanhas, naquela altura, em que o PAV tinha sido recentemente aprovado na Assembleia Mundial da Saúde (AMS) e as resultantes do calendário, para admissão de Moçambique na Organização das Nações Unidas (ONU) e na OMS, e como essas dificuldades foram ultrapassadas. Descreve também por que razão para «descolonizar as vacinas» era necessária uma vacina para toda a população, a vacina antivariólica, que estava fora do PAV, e como foi convencido o Director Geral da OMS a aceitar incluí-la na campanha.

A campanha nacional de vacinação iniciou em 14 de Janeiro de 1976, na Província de Niassa, e terminou na Cidade de Maputo no dia 2 de fevereiro de 1978. Não havendo pessoal suficiente, para vacinar em todo o país ao mesmo tempo, vacinaram três províncias de cada vez. Em cada província onde a campanha terminava, começava logo o PAV de rotina. O autor não esconde que, no início, o PAV teve muitas dificuldades de implementação, que foram sendo gradualmente resolvidas. Nesta campanha, foram vacinadas quase onze milhões de pessoas contra a varíola, cerca de um milhão e meio de crianças contra o sarampo, mais de cinco milhões de crianças e adolescentes pelo BCG (contra as complicações letais da tuberculose) e cerca de dois milhões de mulheres em idade fértil, contra o tétano, tendo sido atingida uma taxa de cobertura de 97% (calculada pelos peritos da OMS e UNICEF).

O autor conclui que Moçambique foi capaz de «descolonizar as vacinas», pois soube construir sobre os aspectos positivos da tradição africana e assim atingiram o grande objectivo, de que a população passasse a ver as vacinações como um instrumento de defesa e promoção da sua própria Saúde e não como uma imposição colonial, ao serviço da Saúde dos colonos. Finalmente, o autor traça breves notas sobre o desenvolvimento do PAV nos anos subsequentes.

<https://doi.org/10.25761/anaisihmt.425>

Palavras-chave: “Descolonização das vacinas”, erradicação da varíola, mobilização comunitária, PAV, persuasão, tradição africana, vacina, vacinação compulsiva

Abstract

The author begins by showing that, in colonial times, there was no systematic immunization program. Vaccinations were only carried out when there was news of epidemics. In these circumstances, the colonial authorities practiced massive and mandatory immunization campaigns, without any explanation to the populations of the advantages of immunization. They were forced to be compulsively immunized.

The author also describes the concept of «*vaccine*» in the African cultural tradition, as «*anything that is taken to prevent something*», which can be an illness, an unhappiness in love, failure in business or bad luck in life. He shows how, in the African tradition, the «*vaccine*» is a generic, non-specific preventive, which protects people from all the harm or complications of life.

The author then explains that, during the National Liberation Struggle, when they became aware of some cases of smallpox and later of cholera in the areas occupied by colonialism, they carried out smallpox and anticholera immunization campaigns, to the populations of the semi-liberated areas, which were under the control of FRELIMO. It also explains how they had to do a great job of mobilizing and explaining to people to join the immunization campaign. The author called this change in attitude towards immunization, the «*decolonization of vaccines*». About 250.000 people were vaccinated at one time and later about 800.000.

The author describes, in detail, how vaccinations were considered a priority, still in the period of Transition to Independence, and then immediately after Independence (when the great principle and the watchword was: «*promotion of community Health by the community itself*») and the successful negotiations with WHO, UNICEF and UNDP, for the financing of the EPI, preceded by a national vaccination campaign. He also describes the difficulties faced by the fact that, at that time, when the EPI had recently been approved in the WHA, WHO was against campaigns, and those resulting from the timetable, for the admission of Mozambique to the UN and to WHO, and how these difficulties were overcome. He also describes why, to «*decolonize vaccines*», he needed a vaccine for the entire population, the smallpox vaccine, which was outside the EPI and how he convinced the WHO Director General to accept including it in the campaign.

The national vaccination campaign started on January 14, 1976, in Niassa Province, and ended, in Maputo City, on February 2, 1978. As there was not enough staff to vaccinate throughout the country, at the same time, 3 provinces were vaccinated, at each turn. In each province where the campaign ended, the routine EPI began. The author does not hide that, at the beginning, the EPI had many implementation difficulties that were gradually resolved.

In this campaign, almost eleven million people were vaccinated against smallpox, about one and a half million children against measles, more than five million children and adolescents by BCG (against the lethal complications of tuberculosis) and about two million women of childbearing age against tetanus, with a coverage rate of 97% (calculated by WHO and UNICEF experts).

The author concludes that, they were able to «*decolonize vaccines*», because they were successful in building on the positive aspects of the African tradition and thus achieved the great objective, that the population would come to see immunization as an instrument for the defence and promotion of their own Health, and not as a colonial imposition, at the service of the colonists Health. Finally, the author makes brief notes on the development of EPI in subsequent years.

Keywords: African tradition, compulsory immunization, Decolonization of vaccines, community mobilization, EPI, persuasion, smallpox eradication, vaccine.

Résumé

L'auteur commence par montrer qu'à l'époque coloniale, il n'y avait pas de programme de vaccination systématique. Les vaccinations étaient pratiquées lorsqu'il y avait des nouvelles d'épidémies. Dans ces circonstances, les autorités coloniales ont pratiqué des campagnes de vaccination massives et obligatoires, sans aucune explication aux populations des avantages des vaccinations, les obligeant de se vacciner de manière compulsive.

L'auteur décrit également le concept de «*vaccin*» dans la tradition culturelle africaine, comme «*tout ce qui est pris pour empêcher quelque chose*», qui peut être une maladie, un malheur en amour, un échec en affaires ou une malchance dans la vie. Il montre comment, dans la tradition africaine, la «*vaccination*» est un préventif générique, non spécifique, qui protège les personnes de tous les maux ou complications de la vie.

L'auteur explique ensuite que, lors de la Lutte de Libération Nationale, lorsqu'ils ont eu connaissance de certains cas de

variole et plus tard de choléra, dans les zones occupées par le colonialisme, ils ont mené des campagnes de vaccination antivariolique et anticholérique, auprès des populations des zones semi-libérées, qui était contrôlées par le FRELIMO. Il explique également comment ils ont dû faire un énorme travail de mobilisation et d'explication aux gens, pour qu'ils participent à la campagne de vaccination. L'auteur a appelé ce changement d'attitude envers les vaccinations: la «*décolonisation des vaccins*». Environ 250.000 personnes ont été vaccinées à cette époque et plus tard environ 800.000.

L'auteur décrit, en détail, comment les vaccinations ont été considérées comme une priorité, déjà dans la période de Transition vers l'Indépendance et puis immédiatement après l'Indépendance (quand le grand principe et le mot d'ordre était: «*promotion de la Santé communautaire par la communauté elle-même*») et le succès des négociations avec l'OMS, l'UNICEF et le PNUD, pour le financement du PEV, précédé d'une campagne nationale de vaccination. Il décrit également les difficultés rencontrées par le fait de, l'OMS être, à l'époque, contre les campagnes, quand le PEV avait été récemment approuvé dans la WHA, et celles résultant du calendrier, pour l'admission du Mozambique à l'ONU et à l'OMS, et comment ces difficultés ont été surmontées. Il décrit aussi pourquoi, pour «*décoloniser les vaccins*», il avait besoin d'un vaccin pour toute la population, le vaccin antivariolique, qui était hors PEV, et comment il a convaincu le Directeur Général de l'OMS d'accepter de l'inclure dans la campagne.

La campagne nationale de vaccination a commencé, le 14 janvier 1976, dans la province de Niassa, et s'est terminée dans la ville de Maputo, le 2 février 1978. Comme il n'y avait pas assez de personnel pour vacciner dans tout le pays, en même temps, à tour de rôle, 3 provinces étaient vaccinées. Dans chaque province où la campagne se terminait, le PEV de routine commençait. L'auteur ne cache pas, qu'au début, le PEV a connu de nombreuses difficultés de mise en œuvre, qui se sont progressivement résolues.

Dans cette campagne, près de onze millions de personnes ont été vaccinées contre la variole, environ un million et demi d'enfants contre la rougeole, plus de cinq millions d'enfants et d'adolescents par le BCG (contre les complications mortelles de la tuberculose) et environ deux millions de femmes en âge de procréer contre le tétanos, ayant été atteint un taux de couverture de 97% (calculé par les experts de l'OMS et de l'UNICEF).

L'auteur conclut qu'ils ont pu «*décoloniser les vaccins*», car ils ont su s'appuyer sur les aspects positifs de la tradition africaine et ont ainsi atteint le grand objectif, que la population en viendrait à voir les vaccinations comme un instrument de Défense et de Promotion de leur propre Santé et non, comme une imposition coloniale, au service de la Santé des colons.

Enfin, l'auteur fait de brèves notes sur le développement du PEV, lors des années suivantes.

Mots-clés: Décolonisation des vaccins, éradication de la variole, mobilisation communautaire, PEV, persuasion, tradition africaine, vaccin, vaccination obligatoire

Antecedentes:

i) Colonialismo e Saúde Pública [1]

A partir do Século XV dão-se as grandes viagens marítimas em que os europeus procuravam outros continentes. Os navegadores europeus transportaram com eles as suas doenças. As populações dos países de África, Ásia e América passaram a ser vítimas, não só da escravatura, mas igualmente das doenças importadas, passando a ser «*solo virgem*» para as epidemias importadas. Também as doenças das populações locais eram transmitidas aos colonizadores, que as levavam para outros países e continentes.

Os cuidados de Saúde eram destinados exclusivamente a proteger os colonos. Com o desenvolvimento das ciências biomédicas, no século XIX, o combate às

grandes endemias tornou-se na melhor forma de defesa da Saúde dos colonos.

A descoberta e, sobretudo, a utilização das vacinas veio proporcionar aos regimes coloniais a oportunidade de proteger os seus colonos, das consequências devastadoras das doenças preveníveis por vacinas. Então, em caso de risco de eclosão de surtos epidémicos ou de verdadeiras epidemias, havia que vacinar todos, não só os colonos, mas também os colonizados. A grande questão era que a doença do pobre (o colonizado) podia transmitir-se ao colono e a doença dos pretos podia passar para os brancos e, na óptica colonial, era absolutamente necessário que isso não acontecesse.

O colonialismo desconhecia a persuasão e a mobilização comunitária. O colonialismo só conhecia a força, a coacção e a intimidação.

No período colonial não havia nenhum programa de vacinação sistemática. Em Moçambique e em outras colónias, no século XX, duas doenças, para as quais havia vacinas, preocupavam os colonos: a varíola e a cólera. Mais tarde, por volta da segunda metade do século, a estas doenças veio acrescentar-se a poliomielite.

Em Moçambique houve várias epidemias destas doenças. Em todas estas epidemias, há provas de se ter praticado a vacinação maciça e obrigatória, sem qualquer explicação às populações das vantagens das vacinações, sendo elas obrigadas a vacinação compulsiva, sendo para isso utilizados os Régulos e os Indunas, para arremeter as populações.

É curioso que no Brasil, no início do século XX, o primeiro médico sanitário brasileiro (Oswaldo Cruz que ainda hoje é considerado o fundador da Saúde Pública moderna no Brasil) foi chamado a resolver o problema da cólera e da varíola e também tomou medidas de higiene colectiva muito drásticas, baseadas na coacção. Essas medidas foram eficazes e acabaram por resolver uma grande parte dos problemas, mas causaram muita polémica e mesmo uma revolta popular, pois foram implementadas pela força e sem a necessária explicação à população [2,3].

A acção iniciada por Oswaldo Cruz veio a ser continuada por Carlos Chagas que fez largo uso da persuasão e que tornou rotineira, no Brasil, a Educação para a Saúde [2,4].

ii) O conceito de vacina na tradição cultural africana

Na tradição africana, em toda a África Subsaariana, está profundamente enraizado o conceito de «vacina», como «qualquer coisa que se toma para prevenir algo», que pode ser uma doença, uma infelicidade amorosa, insucesso nos negócios ou um azar na vida [1]. A palavra vacina existe em todas as línguas africanas (línguas bantu).

Por isso, em África as pessoas sempre foram - e continuam a ir - ao curandeiro, para pedir uma «vacina» (é essa a palavra que usam), contra várias doenças, mas igualmente para «o mau-olhado da vizinha ou de outro curandeiro», que, no entender das populações, pode ser causa de doença, de infelicidade amorosa, de insucesso nos negócios ou de um azar na vida.

Os colonos nunca tiveram conhecimento nem se interessaram por conhecer e explorar este conhecimento empírico ancestral dos africanos. A sua arma principal sempre foi a força, a coacção, a intimidação e a re-

pressão.

O que é mais difícil de explicar aos africanos é a especificidade das vacinas. Na tradição africana, a «vacina» é um preventivo genérico que coloca as pessoas ao abrigo de todos os malefícios ou complicações da vida. Eu, não só tive conhecimento deste aspecto da tradição africana pelas minhas leituras sobre os hábitos e tradições culturais dos diversos povos africanos, como tive evidências disso, ao longo da minha já longa vida de interacção com os povos deste continente, não só de Moçambique, mas dos diversos países por onde andei e, em muitos deles, onde trabalhei.

iii) Vacinações durante a Luta de Libertação Nacional (1964/1974)

Durante a Luta de Libertação Nacional de Moçambique fui Director dos Serviços de Saúde da FRELIMO e, em meados de 1966, tivemos conhecimento de alguns casos de varíola nas zonas ocupadas pelo colonialismo, nomeadamente nos aldeamentos, junto das cidades, onde as tropas coloniais estavam presentes. Soubemos que eles estavam a fazer a vacinação compulsiva nas zonas deles. Então, decidi que devíamos fazer uma campanha de vacinação antivariólica às populações das zonas semilibertadas, que estavam sob o nosso controlo [5,6].

Para esse efeito utilizámos uma vacina liofilizada que não requeria muitos cuidados de conservação pelo frio, fabricada no Quénia. O Presidente da FRELIMO (Prof. Doutor Eduardo Mondlane) conhecia pessoalmente o Ministro da Saúde do Quénia, que já se tinha disponibilizado para prestar a ajuda que estivesse ao seu alcance. O Quénia fabricava vacinas contra a varíola, contra a cólera e contra a raiva. Mondlane escreveu-lhe uma carta a apresentar-me e a pedir, gratuitamente, 300.000 doses de vacina antivariólica. Desloquei-me a Nairobi e, mesmo sem encontro marcado, fui recebido pelo Ministro da Saúde, nessa mesma manhã. Ficou muito admirado por ser branco e perguntou-me se eu era mesmo moçambicano. Quis saber notícias do desenvolvimento da luta. Tratou-me muito cordialmente e concedeu as vacinas gratuitamente. Só tive de esperar 3 dias, que preparassem toda a encomenda. Depois despachei-a como frete aéreo e regresssei a Dar-es-Salaam, com todas as vacinas pedidas [5].

Antes, já tinha preparado todas as instruções detalhadas, de como se fazia a vacinação. Essas instruções foram distribuídas a todos os trabalhadores de Saúde das

zonas semilibertadas, que cumpriram rigorosamente as instruções.

É importante sublinhar que a nossa campanha de vacinação nas zonas libertadas não foi obrigatória, como sucedia nas zonas controladas pelo colonialismo. Tivemos de fazer um grande trabalho de mobilização e de explicação às pessoas, para aderirem à campanha de vacinação. Enquanto eu estava ainda a caminho de Nairobi à procura das vacinas, já o trabalho de mobilização e de explicação estava em curso. Naquela altura, toda a população das zonas semilibertadas estava connosco e quando explicávamos que a vacina era para evitar a doença, toda a gente percebia que era para seu próprio bem [6]. Isto era bem diferente do que faziam as autoridades coloniais, nas zonas por eles controladas.

Foi a esta mudança de atitude em relação às vacinações que, mais tarde, eu chamei de «*descolonização das vacinas*» [1].

Vacinámos, nessa altura, cerca de 250.000 pessoas, sem distinção de idades. Isso serviu para avaliar a fiabilidade das estimativas que se faziam nessa altura, de que haveria cerca de 300.000 pessoas nas zonas semilibertadas. Estou seguro de que a nossa taxa de cobertura foi muito alta (rondando os 90%), pelo que a população das zonas semilibertadas devia rondar as 280.000 pessoas [5].

Mas esta nossa campanha de vacinação antivariólica teve pleno êxito. Não houve nenhum caso nas zonas libertadas, sob nosso controlo. Aliás, nunca mais houve variola em Moçambique. Os últimos casos foram em 1969, nas zonas controladas pelo regime colonial [6]. Nessa altura, eu já tinha a ideia clara de que as vacinações não deviam ser feitas em campanhas e que deviam constar dum programa sistemático – o Programa Alargado de Vacinação. Contudo, em caso de risco de epidemia, era necessário fazer uma campanha [6].

Em finais de 1966, princípio de 1967, houve, de novo, risco de epidemia, desta vez de cólera. Registaram-se muitos casos nas zonas controladas pelo colonialismo, incluindo zonas próximas das regiões semilibertadas. Também decidi fazermos uma campanha de vacinação anticolérica e também recorreremos à cooperação do Quénia. Tudo se desenrolou do mesmo modo. A adesão das populações foi ainda maior, pois elas, nessa fase da Luta de Libertação Nacional, estavam ainda mais mobilizadas e prontas para acolherem as orientações dos nossos profissionais de Saúde e dos Comissários Políticos, que também tiveram um importantíssimo papel na mobilização das populações. Paralelamente à campanha de vacinação anticolérica intensificámos

as medidas de higiene individual e colectiva e as de saneamento do meio. Também não tivemos cólera nas zonas por nós controladas.

Em finais de 1967 e princípios de 1968 preparámos, de novo, uma grande campanha de imunização contra a variola, de toda a população das zonas libertadas em Cabo Delgado e Niassa e das zonas semilibertadas de Tete, utilizando vacina liofilizada, com poucas exigências de refrigeração, como nas vezes anteriores [5]. Numa brochura ilustrada, bilingue (Inglês/Francês), por mim redigida, publicada em Janeiro de 1968, em colaboração com o Departamento de Informação [7], para estimular a solidariedade internacional, descrevendo os problemas sanitários que se colocavam nas zonas libertadas e explicando a organização dos Serviços de Saúde da FRELIMO nessas zonas, afirmávamos: «*A grande extensão da mobilização popular dá-nos a certeza de que a campanha de vacinação é conhecida em toda a parte e em toda a parte é bem acolhida. A confiança do Povo no seu Partido é a garantia do sucesso. O reagrupamento da população em novas áreas facilita muito a sua mobilização e a sua informação*» [7].

Esta campanha foi planificada ao mínimo pormenor e em Maio de 1968 eu ainda fui a Nairobi buscar 800.000 doses de vacina antivariólica. Essa vacina foi logo distribuída pelas diversas zonas onde seria aplicada e iniciou-se nos primeiros dias de Junho. Mais uma vez, a campanha foi um sucesso [5].

iv) A transição para a Independência

A 7 de Setembro de 1974, foi assinado, em Lusaca, um acordo entre o governo português e a Frente de Libertação de Moçambique, prevendo a Independência de Moçambique, a 25 de Junho de 1975. Esse acordo, que ficou conhecido por «*Acordo de Lusaca*», previa também, entre outras disposições, um Governo de Transição, com um Primeiro-Ministro e seis Ministros designados pela FRELIMO e três Ministros designados pela parte portuguesa. A soberania portuguesa do território era assegurada por um Alto-Comissário, designado pelo governo português [7]. Esse período entre 7 de Setembro de 1974 e 25 de Junho de 1975, ficou conhecido como "Período de Transição" e o governo, como "Governo de Transição", que tomou posse a 20 de Setembro de 1974.

Logo no início do Período de Transição, em Novembro de 1974, iniciaram-se as primeiras negociações com o sistema das Nações Unidas, sobre a ajuda a prestar ao novo país independente, futuro membro

da ONU. Nessas negociações estavam representadas todas as agências especializadas do sistema das Nações Unidas, incluindo a OMS [6].

Do lado moçambicano, as negociações eram conduzidas pelos Ministros do Governo de Transição. No Governo de Transição, o Ministro da Saúde era indicado pela parte portuguesa e não tinha intenção de ficar em Moçambique depois da Independência. Nessa altura, eu tinha sido designado pelo Primeiro-Ministro, como Presidente da Comissão de Reestruturação e Reorganização dos Serviços de Saúde e funcionava como representante da FRELIMO, no Ministério da Saúde. Não havia qualquer indicação de quem seria o futuro Ministro da Saúde, no pós-Independência, mas como representante da FRELIMO, partido que teria a responsabilidade de dirigir o país depois da Independência, participei nas negociações com a delegação do sistema das Nações Unidas [6].

Houve vários dias de reuniões plenárias, com cada ministério, mas também reuniões de cada agência especializada com o respetivo ministério. Participei em todas as plenárias e nas sectoriais da Saúde. Embora o Ministro da Saúde português estivesse presente, deu-me sempre a primazia de dar a última palavra, pois ele deixaria Moçambique no dia da Independência (como de facto sucedeu) e eu ficava [6].

No decurso dessas reuniões, identificaram-se logo algumas áreas de cooperação e as três áreas prioritárias identificadas foram: Educação para a Saúde, que seria o suporte para todas as outras acções, Vacinação e Saneamento do meio. Considerou-se ainda assistência na área de Saúde Materna e Infantil e Planeamento Familiar. Nas três áreas prioritárias foram desenhados e elaborados programas detalhados de assistência técnica e financeira, nomeadamente, no que dizia respeito à criação do PAV.

O PAV foi um programa criado pelo Director Geral da OMS (Dr. Haffdan Mahler) e pela sua equipa. Foi uma das primeiras medidas dele, que foi lançada e aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 1974 [9]. Portanto, era um novíssimo programa, que estava ainda em início de implementação, em pouquíssimos países e em nenhum país africano. As outras agências das Nações Unidas, em particular, o PNUD e a UNICEF apoiaram este programa, que era tecnicamente muito bem fundamentado e muito promissor. Por isso o PAV, era, naquela altura, o “*menino bonito*” da OMS [6]. O PAV iniciou com seis vacinas: o BCG e as vacinas contra a poliomielite, difteria, tétano, tosse convulsa e sarampo [8]. Todas estas vacinas existiam há muito

tempo e quase não eram usadas. O BCG desde 1919, a vacina antidiftérica desde 1923, a vacina antitetânica desde 1924, a vacina anti-tosse convulsa desde 1926, a vacina anti-pólio desde 1955 e a vacina anti-sarampo desde 1963 [10]. Em 1974, nem 3% das crianças, em países em vias de desenvolvimento, beneficiavam dos serviços de vacinação.

Tratava-se dum pacote de vacinas para as crianças e mulheres em idade fértil: o BCG, e as vacinas contra a poliomielite, difteria, tétano, tosse convulsa e sarampo beneficiavam as crianças [9]. As mulheres em idade fértil também beneficiavam de vacinação antitetânica [9]. Naquela altura já havia outras vacinas, como as vacinas contra a papeira e rubéola, mas não se podia pedir apoio financeiro aos países para todas elas. A papeira e rubéola eram doenças mais benignas e era preciso priorizar aquelas doenças que mais contribuía para a mortalidade [10]. Uma outra ideia muito importante que estava por detrás da criação do PAV, era que, no passado, tudo o que implicava utilização de vacinas era feito na base de campanhas. Havia grande preocupação de o risco de uma epidemia se alastrar com muita facilidade e a solução era uma campanha de vacinação. Esta ideia de campanha era uma ideia que acabava estando ligada ao próprio conceito de vacina [6].

No espírito da nova OMS, inspirada pelo Dr. Mahler, a vacinação não devia ser feita por campanha, mas sim tinha de ser um programa sistemático, porque todos os dias nascem crianças. Pode-se fazer uma campanha e vacinar todas as crianças e no dia seguinte já surgem outras, que não estarão vacinadas, por terem nascido depois. Também todos os dias novas adolescentes chegam à idade fértil. Portanto, o PAV tinha de ser um programa contínuo, sistemático e bem organizado, com uma logística complexa, de modo a que ele pudesse ter uma abrangência universal. Por detrás desta ideia do PAV, também estava a ideia de abranger todo o grupo-alvo e não só grupos privilegiados. Tudo isto foram grandes inovações [6].

Este era o contexto que existia, quando a delegação das Nações Unidas veio a Moçambique, em Novembro de 1974, isto é, apenas seis meses depois do PAV ser aprovado na Assembleia Mundial da Saúde [6].

No processo de negociação com a OMS e as outras agências, os mecanismos de financiamento para o PAV foram assim delineados: a OMS garantia a assistência técnica, incluindo a formação do pessoal a todos os níveis; a UNICEF fornecia vacinas e os instrumentos para conservação (cadeia de frio) e administração das vacinas (seringas, agulhas, pedojets, etc.), i.e, todo material e

equipamento técnico, e colaborava também na assistência técnica, sobretudo na área de formação e de Educação para a Saúde; o PNUD financiava os equipamentos pesados (viaturas, tendas de campanha, etc.) e as despesas correntes: combustível, eletricidade e petróleo para geleiras, ajudas de custo do pessoal em missões no terreno, etc. O governo moçambicano só fornecia o pessoal, pagava salários e assegurava as instalações fixas [6]. O FNUAP (Fundo das Nações Unidas para a População) também prometeu assistência técnica e financeira para um programa de Saúde Materno-Infantil e Planeamento Familiar a desenvolver um pouco mais tarde. No conjunto, era um enorme pacote financeiro e de assistência técnica, de apoio a programas estruturantes do Serviço Nacional de Saúde [11].

Portanto, o financiamento do PAV ficou logo assegurado, muito embora nada pudesse começar antes do país ser independente e aderir às Nações Unidas e às suas agências especializadas [11]. Assim, na última sessão tida com os representantes das agências especializadas, fomos informados que a concretização de todos aqueles projetos dependia da adesão do país à OMS [11].

Aí levantava-se um problema de calendário. Nós pretendíamos iniciar todo aquele programa o mais cedo possível, se possível mesmo antes da Independência. Foi-nos respondido que só seria possível depois da Independência e depois da adesão do país à ONU e à OMS. A adesão à OMS fazia-se durante a Assembleia Mundial da Saúde que se realizaria em Maio. Em Maio de 1975 não podia ser, porque o país só acederia à Independência, em Junho de 1975. Teria que ficar para Maio de 1976, o que representava um enorme atraso [11].

Foi contactado o Escritório Regional da OMS para África, em Brazzaville, que se declarou incompetente para encontrar uma solução para o problema. Haveria, pois, que contactar a sede da organização, em Genebra [11]. Informei o então Primeiro-Ministro do Governo de Transição daquele impasse. A única solução era ir a Genebra, contactar o Director Geral da OMS. Mas previmos, antecipadamente, que outro problema burocrático se poderia levantar: se encontrássemos uma solução, que não sabíamos antecipadamente qual seria, e fosse necessário firmar algum compromisso, em nome do país, a única entidade com competência para o fazer era o Primeiro-Ministro, cuja agenda sobrecarregada não permitia deslocar-se a Genebra [11].

Então o Primeiro-Ministro, Joaquim Alberto Chissano, tomou uma decisão arrojada: eu iria a Genebra chefiar uma delegação (todos devidamente credenciados) e levaria comigo uma credencial assinada por

ele, delegando em mim, plenos e amplos poderes para assinar, em nome da futura República Popular de Moçambique, qualquer tipo de acordo, no sentido de possibilitar a adesão do país à OMS, no mais curto espaço de tempo [11].

Deste modo, logo nos primeiros dias de Maio de 1975, nas vésperas do início da Assembleia Mundial da Saúde, parti para Genebra acompanhado de três outros membros da Comissão de Reestruturação e Reorganização dos Serviços de Saúde e de suas sub-comissões [11].

Na véspera do início da AMS, fomos recebidos pelo Director Geral da OMS, a quem apresentámos as credenciais que levávamos. Ele chamou imediatamente o seu conselheiro jurídico que disse que, para aquela sessão da AMS, o Director Geral nos poderia conceder cartões de observadores, o que nos permitiria circular livremente nas salas de sessões e nos corredores da Assembleia, permitindo contactar funcionários da OMS e membros das diversas delegações. Assim foi feito e pudemos logo participar na reunião das delegações africanas e na reunião dos Países Não-Alinhados [11]. Entretanto, ficámos em negociações com o consultor jurídico. O Director Geral informou que qualquer solução que fosse aceitável para o consultor jurídico seria também aceitável para ele [11].

O consultor jurídico estava perplexo. O estatuto da OMS previa a existência de membros associados, mas no passado esse estatuto só tinha sido aplicado a territórios sob tutela ou sob dominação colonial, o que não era o nosso caso, pois seríamos independentes dentro de um mês e meio. Dizia ele que nunca tinha surgido nenhum caso daqueles: era uma situação nova. Eu aproveitei para dizer que isso trazia alguma vantagem, pois não nos fazia ficar dependentes de maus precedentes. Para uma situação nova, seria necessária uma solução inovadora, mas o consultor jurídico não encontrava saída. Marcou-se uma reunião para o dia seguinte, pois ele queria pensar melhor e consultar outros funcionários da organização. Percebemos que havia uma vontade genuína de encontrar uma solução [11].

Entretanto, encontrámo-nos com várias delegações de países africanos, não alinhados, nórdicos, socialistas e todos se mostravam muito entusiastas, sobre a possibilidade de se encontrar uma solução para a nossa admissão: estavam prontos a apoiar qualquer solução, que pudesse resolver o impasse [11].

No dia seguinte, quando encontrámos o consultor jurídico, ele estava totalmente desolado pois não tinha encontrado nenhuma saída e confessou-nos que o Di-

rector Geral estava deseioso que se encontrasse uma solução qualquer. Diante dessa situação de total impasse, eu disse ao consultor jurídico, o seguinte: e se a AMS aprovasse uma resolução fazendo a admissão condicional de Moçambique que só se tornaria efectiva depois da Independência? Quando lhe fiz essa proposta pareceu-me que se acenderam luzes no seu cérebro, mas com ar incrédulo respondeu: mas nunca houve uma situação dessas. Repliquei que, alguma vez tinha de ser a primeira e para problemas novos, tinha de haver soluções novas, reforcei. Depois de alguns minutos de reflexão, finalmente, ele sentenciou que, juridicamente não havia obstáculo a essa solução, porque a Assembleia era soberana, mas que em matérias de admissão de novos membros teria de haver aprovação por uma maioria de 2/3. Acrescentou ainda que, em situações normais, as admissões se faziam por unanimidade, mas neste caso tão singular, não estava certo de qual seria a reacção das diversas delegações [11].

Corremos para nos encontrar com o Director Geral, que encontrou um pequeno intervalo antes do almoço, para nos receber. Saudou a solução e recomendou-nos: «*A solução está nas vossas mãos. Vão fazer lobby junto das diversas delegações, para obter a maioria de 2/3*». Mas advertiu-nos que, o chefe da delegação portuguesa na Assembleia era o mesmo (isto mais de um ano depois da Revolução do 25 de Abril, em Portugal) que, durante anos, tinha defendido o colonialismo português, naquela mesma Assembleia. E chamou-nos à atenção: «*Se ele tomar uma posição desfavorável, vamos ter problemas!*» [11]. A admissão de novos membros era o 3º ponto da agenda e só seria discutida daí a quatro ou cinco dias. Era o tempo que tínhamos para o nosso «*lobby*». Entregámo-nos a essa tarefa com bastante sucesso. Os países da União Africana e do movimento dos Não Alinhados prometeram unanimemente apoiar a proposta. O mesmo sucedeu com os países socialistas e os nórdicos. Estes últimos prometeram abordar o assunto com outros países ocidentais. Conseguimos falar com o subchefe da delegação dos EUA, que achou a solução «*original*» e prometeu apoiar [11].

A Assembleia era dirigida pelo Ministro da Saúde das Maurícias que era um frequentador habitual das AMSs, onde tinha grande prestígio. Ele tinha-nos prometido apoio, mas insistindo que, como Presidente eleito, tinha de mostrar isenção [11].

No seio da nossa delegação levantou-se a questão, se devíamos ir falar com o delegado português ou não. Dado o facto de ser o mesmo que, anos a fio, naquela mesma Assembleia, tinha defendido o colonialismo português,

decidimos que não o devíamos contactar [11].

Quando chegou o dia da discussão e votação, estávamos confiantes que obteríamos a maioria de 2/3 necessária, mas seria mau se várias delegações votassem contra. Eu tinha preparado dois discursos de agradecimento pela admissão: um se ela fosse quase unânime e outro se ela fosse próxima dos 2/3. Se a admissão fosse recusada (estávamos confiantes que isso não sucederia) não pediria a palavra [11].

Logo que foi iniciada a discussão do ponto: «*Admissão da República Popular de Moçambique*», o Director Geral apresentou a proposta, que classificou de inovadora, e pediu ao consultor jurídico para se pronunciar sobre os aspetos jurídicos. Este confirmou que, embora fosse uma solução totalmente nova, não havia nenhum impedimento jurídico no estatuto da organização, pois a Assembleia era soberana. Aberta a discussão, o delegado português pediu imediatamente a palavra e insistiu que pretendia ser o primeiro a falar. A sala ficou toda gelada e nós também, sem sabermos o que ia sair dali. Porém, logo que começou a falar, o gelo quebrou-se: afirmou que tinha a grande honra de se associar à admissão de Moçambique na OMS; que nesse dia se estava a corrigir um erro histórico, pois que há muito que o lugar de Moçambique era no concerto das Nações e fez um discurso de cerca de dez minutos, sempre nesta tónica, que foi saudado, no final, com uma vibrante salva de palmas, tendo-se, alguns delegados, levantado para aplaudirem de pé. Depois só se sucederam discursos de saudação à admissão de Moçambique, incluindo o do delegado dos EUA. A um certo momento, o Presidente disse que já se tinha percebido qual era o sentimento da Assembleia e, por isso, não daria mais a palavra a nenhum delegado, para vir repetir o que os outros já tinham dito. Perguntou se havia alguma delegação que fosse contra a admissão de Moçambique, nas condições que eram propostas. Ninguém se pronunciou e ele considerou a proposta aprovada por unanimidade. Seguiu-se uma enorme salva de palmas e o Presidente mandou registar na acta que era aprovada por unanimidade e aclamação [11].

Foi-me então dada a palavra e discursi em francês, porque a maioria dos países africanos eram francófonos, usando o discurso previamente preparado, mas, obviamente, a um certo momento, improvisei fora do texto escrito, pois a admissão se tinha passado de modo a ter ultrapassado todas as melhores expectativas [11]. Nessa altura, a Assembleia foi interrompida para o almoço, e os chefes de inúmeras delegações vieram felicitar-me. Um dos últimos, foi o chefe da delegação

francesa, um Professor de Saúde Pública, já de idade prolecta, um homem muito conhecido nos meios da OMS e de grande prestígio, que me felicitou pela forma sábia que tínhamos encontrado para a admissão de Moçambique e também pela qualidade do meu francês. Segundo ele, foi notório que, a uma certa altura, me afastei do texto escrito, mas a qualidade do meu francês não se alterou por isso. Acrescentou que a França apreciava muito os delegados africanos que se expressavam em francês [11].

Deste modo, foi possível que, logo em Setembro de 1975, Moçambique aderisse à ONU e à OMS.

As vacinações no imediato pós-Independência (1975/1980)

Entretanto, a 29 de Junho de 1975 (quatro dias depois da Independência), foi nomeado o primeiro Governo da República Popular de Moçambique e eu fui designado Ministro da Saúde. Tomámos posse a 1 de Julho de 1975.

As prioridades que tinham sido definidas, nas reuniões com os delegados das agências do sistema das Nações Unidas, eram as minhas prioridades: Educação para a Saúde, Programa Alargado de Vacinações e Saneamento do meio Ambiente. Eram as áreas onde haveria melhor relação custo/benefício e com um orçamento para a Saúde tão escasso, era preciso fazer recurso a elas. O meu grande princípio e a palavra de ordem era: «*promoção da Saúde da comunidade pela própria comunidade*».

Como Ministro da Saúde, eu pretendia «*descolonizar as vacinas*», construindo sobre a tradição africana e mostrando às populações que as vacinas eram instrumentos de proteção da sua Saúde e deviam ser aceites voluntariamente. Para esse efeito, precisava da campanha nacional de vacinações e de incluir nela uma vacina que tivesse como grupo-alvo a totalidade da população, sendo as vacinas do PAV só para crianças e mulheres em idade fértil [1, 6] a vacina ideal para atingir toda a população era a antivariólica.

Submeti essas questões à discussão do Conselho de Ministros, que as aprovou. Decidiu-se realizar um Seminário Nacional de Saúde, para mobilizar todos os trabalhadores da área da Saúde, todas as estruturas dirigentes do país, e toda a população, para esses grandes princípios.

No plano interno, isto não foi tarefa fácil, pois os técnicos da saúde formados durante a época colonial, nas escolas coloniais, profundamente imbuídos do espíri-

to da medicina curativa, com carácter lucrativo, tiveram muita dificuldade em assumir estas novas orientações. Foi preciso muito trabalho de mobilização e persuasão [1,6].

Também tivemos muitas dificuldades externas, pois as agências do sistema das Nações Unidas (PNUD, UNICEF e OMS) estavam dispostas a financiar quase tudo (excepto os salários do pessoal), mas todo o programa tinha que ter o aval técnico da OMS. Na altura, a OMS era radicalmente contra campanhas de vacinação. O PAV era um programa recém-criado (em 1974) e, como já vimos, inspirava-se do princípio de que todos os dias nascem crianças e todos os dias novas adolescentes atingem a idade fértil, que devem ser vacinadas sistematicamente e não episodicamente, como acontece nas campanhas de vacinação. Para além disso, a varíola estava em processo de erradicação e o PAV já não compreendia a vacinação antivariólica [1, 6].

Eu queria uma campanha prévia, antes de iniciar o PAV e a OMS era contra campanhas. A UNICEF e o PNUD aceitavam financiar essa campanha prévia, nos mesmos moldes já definidos para o PAV, desde que a OMS aceitasse, até porque os custos adicionais eram mínimos [1,6].

As razões pelas quais eu queria a campanha eram as seguintes [6]:

- Eu queria uma vacina para todos, dos 0 anos de idade até ao fim da vida, pois isso era muito importante para mobilizar a população. E a única vacina que tinha como grupo-alvo toda a população era a vacina antivariólica, pelo que se teria que acrescentar, nessa campanha, a vacinação antivariólica às vacinas do PAV. Tecnicamente, poderia ser ineficaz essa vacinação generalizada da população contra a varíola, visto que o último caso tinha ocorrido em 1969, mas era uma forma de garantir que, definitivamente, o vírus da varíola era eliminado da terra moçambicana. Quando os Inspectores da OMS viessem, para a certificação da erradicação da varíola, estariam tranquilos que podiam fazer essa certificação com segurança.

- Naquela altura, um dos nossos lemas era «*a Saúde ao serviço e em prol do Povo*». O nosso Povo esperava que a Independência lhe desse frutos e o acesso à Saúde era um deles. O Povo não poderia compreender que, só as crianças e mulheres em idade fértil fossem beneficiados. E uma vacinação só para certos segmentos da população não era mobilizadora. Era preciso envolver toda a população.

- Por outro lado, e isto era muito importante, eu

precisava de «*descolonizar as vacinas*». As vacinações em Moçambique sempre tinham sido compulsivas. Era preciso explicar à população que a vacina era para proteger a Saúde deles e, portanto, eles deviam aderir voluntariamente. Era uma grande ruptura com as práticas do colonialismo.

• Além disso, eu precisava de fazer uma gestão científica do escasso dinheiro existente, porque o orçamento da Saúde era muito baixo (em média US\$ 1,50 por habitante/ano, metade deste dinheiro ia para HCM – Hospital Central de Maputo e o restante era para o resto do país). Portanto, sobravam, para o resto do país, 0,75 cêntimos de dólar por habitante/ano. Nestas condições, era necessário encontrar soluções altamente rentáveis, do ponto de vista de custo/eficácia, e a Educação para a Saúde, as Vacinações e o Saneamento do meio as que, a mais baixo custo, podiam trazer mais benefícios. Em Saúde, é preciso saber aplicar o escasso dinheiro onde for dar mais resultados.

Nas negociações com as agências das Nações Unidas, a UNICEF e o PNUD afirmaram que as despesas adicionais, por fazer uma campanha e por esta incluir a vacina contra a varíola, não eram muito grandes. Eles disseram: “*nós aceitamos, mas é preciso que a OMS dê o seu acordo técnico, porque a OMS é contra campanhas*”. Então tudo ficou dependente desse parecer técnico. Discutimos com os técnicos da OMS, que vieram a Maputo negociar connosco e eles disseram que não tinham competência para decidir, que essa decisão tinha que ser tomada a alto nível [6].

Falei telefonicamente com o Director Regional da OMS para África, sobre a questão da campanha de vacinação. Era o Dr. Comlan Quenum, um africano do Benim e simpatizante de Moçambique, que eu tinha conhecido em Genebra durante a AMS de Maio, e que me acolheu muito afavelmente. Expus a minha preocupação e ele afirmou simpatizar com a minha posição, mas não tinha poder de decisão acerca do assunto [6].

Tive que negociar diretamente com o Director Geral da OMS, pois mesmo o Director Regional (embora compreendesse as minhas razões) não se considerava competente para decidir sobre essa questão [6].

Em Setembro de 1975, realizou-se a reunião do Comité Regional de África da OMS, em Yaoundé, nos Camarões. Fui eleito Vice-Presidente do comité. Nessa altura, tive um longo almoço de trabalho, com o Dr. Hafdan Mahler, Director Geral da OMS. Mostrei-lhe

que, embora não tivesse sido reportado nenhum caso de varíola, em Moçambique, desde 1969, o país ainda não tinha recebido o certificado de erradicação, o que só sucedeu em 1979. Mostrei-lhe igualmente que, no quadro do Programa de Erradicação da Varíola, ele dispunha de muitos milhões de doses de vacina a um custo irrisório. Mostrei-lhe ainda que, uma vez montada a logística da campanha, os custos adicionais de vacinar contra a varíola com pedojet eram mínimos. Finalmente, expliquei-lhe o meu plano de «*descolonização das vacinas*», que exigia realizar uma campanha inicial para lançamento do PAV e promover a vacinação de todos e de todas as idades. Foi difícil, mas convenci-o! [6]

Depois, no plano nacional, foi necessário desenvolver uma intensa campanha, não só de mobilização de todas as estruturas políticas e administrativas do país, mas sobretudo de fazer uma profunda dinamização de todas as forças vivas da Nação (que envolveu o próprio Presidente da República e os membros do governo). Foi igualmente necessário realizar um grande esforço para a transformação das mentalidades do pessoal de Saúde [6].

Para a dinamização deste processo utilizaram-se, amplamente, todos os meios de comunicação (circulares, algumas delas assinadas pelo próprio Presidente da República, entrevistas nos jornais e à rádio^a, comunicados, etc.) e desloquei-me pessoalmente a todas as províncias e a um grande número de distritos, onde tomei parte, animei e dinamizei os preparativos da campanha que, sob a minha direcção e orientação directas, tinha sido planificada e organizada. Para além disso, enviei também os meus colaboradores no Ministério da Saúde para esta mobilização geral em todo o país. Assisti e participei pessoalmente, às primeiras acções de vacinação em todas as províncias, o que teve sempre larga cobertura mediática. Foi graças a esta profunda dinamização de todas as forças vivas da Nação, que a Campanha Nacional de Vacinações veio a atingir os seus objetivos [6].

Uma grande parte dos nossos parceiros eram internos. Eram aqueles que nos ajudavam na importante componente de mobilização popular. Eram aquilo que na altura, se chamavam as organizações democráticas de massa: refiro-me à OMM (Organização da Mulher Moçambicana), OJM (Organização da Juventude Moçambicana), OTM (Organização dos Trabalhadores Moçambicanos), o partido FRELIMO e as próprias estruturas do governo, aos diversos níveis [6].

Para assegurar a colaboração de todos, eu sempre tive o

^a Na altura, ainda não havia televisão, em Moçambique.

cuidado de pedir a S. Exa. o Presidente da República para assinar todos os documentos de orientação para todos os outros escalões: despachos, circulares, notas de serviço, documentos normativos, etc. O impacto de ser o Presidente da República e ao mesmo tempo Presidente do Partido a assinar era enorme e isso fazia que essas organizações funcionassem e colaborassem bem [6].

Entretanto, de 30 de Outubro a 4 de Novembro de 1975, realizou-se em Quelimane, o I Seminário Nacional de Saúde que teve como tema principal a «*promoção da Saúde da comunidade pela própria comunidade*». Como forma de materializar este princípio decidiu-se realizar as Campanhas Nacional de Vacinação e de Saneamento do meio [12].

A partir daí começámos a trabalhar, já em termos concretos, com as três agências (OMS, UNICEF e PNUD) e, em 14 Janeiro de 1976, iniciou-se a Campanha Nacional de Vacinação, na Província do Niassa, numa localidade bem ao Norte, próxima do Rio Rovuma. Fui eu próprio lá administrar a primeira vacina. Três dias depois, iniciou-se em Cabo Delgado, onde também fui iniciar a campanha. Na semana seguinte, foi na Província de Tete, onde também marquei presença. Depois, as brigadas de vacinação, quando acabavam uma província, vinham para outra, mais ao Sul. A última região a ser vacinada foi a Cidade de Maputo, só no início de 1978. Terminou no dia 2 de Fevereiro de 1978 [6].

A razão deste avanço gradual foi porque não tínhamos pessoal suficiente, para vacinar em todo o país, ao mesmo tempo. A nossa capacidade em termos de pessoal técnico só nos permitia vacinar três províncias de cada vez. Por isso a campanha durou dois anos, mas em cada província onde ela terminava, começava logo o PAV de rotina [6].

É de realçar a dificuldade logística de vacinar com sete antigénios, três técnicas de injeção diferentes, quatro grupos etários e ainda algumas vacinas com doses múltiplas, mas mesmo assim a campanha foi levada a bom termo.

De tudo isto fica claro que o meu objetivo era o mesmo da OMS: iniciar o PAV em Moçambique. Mas eu queria reabilitar as vacinas e precisava duma Campanha Nacional de Vacinação a preceder a introdução do PAV, que constituísse um grande movimento nacional de mobilização das comunidades para a vacinação e por esse meio para a defesa e promoção da sua própria Saúde. E foi isso que aconteceu [6].

No decurso desta campanha, foram vacinadas quase onze

milhões de pessoas contra a varíola, cerca de um milhão e meio de crianças contra o sarampo, mais de cinco milhões de crianças e adolescentes pelo BCG (contra as complicações letais da tuberculose) e cerca de dois milhões de mulheres em idade fértil, contra o tétano [6].

Esta campanha veio a ter o máximo sucesso pois que atingiu uma taxa de cobertura de 97% (calculada pelos peritos da OMS e UNICEF^b) no conjunto do país e 99% na Cidade de Maputo, o que foi reconhecido pelo Director Geral da OMS, Dr. Hafdan Mahler, como “*um sucesso sem precedentes em nenhum outro país do mundo*” [13].

O Dr. Mahler veio a Moçambique, em 1977, e assistiu a uma parte da campanha, em Mocuba. Ficou muito impressionado pela positiva, pela forma como o processo decorria e com a extraordinária adesão popular à campanha. Ele felicitou-se da decisão que tinha tomado, pois viu com os seus próprios olhos, como a população estava mobilizada, para defesa e promoção da sua própria Saúde. Ele não se surpreendeu, mais tarde, quando lhe foram apresentadas as taxas de cobertura da campanha, pelo que ele tinha visto no terreno, em pleno desenrolar da campanha [6].

O sucesso desta campanha deveu-se sobretudo ao alto grau de mobilização popular atingido pelas estruturas da FRELIMO e pelas organizações democráticas de massas, que o Ministério da Saúde soube utilizar. Soubemos construir sobre os aspectos positivos da tradição africana e assim atingimos o nosso grande objectivo: que a população passasse a ver as vacinações como um instrumento de defesa e promoção da sua própria Saúde e não como uma imposição colonial ao serviço da Saúde dos colonos [6].

Os fantásticos resultados desta campanha mostraram que fomos capazes de «*descolonizar as vacinas*» [1].

A nossa maior dificuldade foi explicar às pessoas que o efeito preventivo de cada vacina é específico para a doença ou as doenças provocadas pelo agente contido nessa vacina [1].

Os grandes heróis desta campanha foram os membros das brigadas de vacinação, a Margarida Matsinha, que sendo na altura uma simples agente sanitária, assegurou a logística da campanha, os poucos médicos que se encontravam nos distritos e os Técnicos de Medicina Preventiva e Saneamento do Meio, que eram responsáveis pela Medicina Preventiva em cada província e que, naquela época, fizeram parte da equipa de implementação e de supervisão da Campanha Nacional de Vacinação [6].

^b Naquela altura, não dispunhamos de capacidade técnica nacional para fazer inquéritos de determinação da cobertura vacinal, pelo que tivemos que recorrer a capacidade técnica da OMS e UNICEF.

O impacto desta campanha foi fantástico. Em primeiro lugar, a redução da taxa de mortalidade infantil e juvenil e o aumento da esperança média de vida à nascença, que se vieram a constatar pelos resultados do Recenseamento Geral da População (RGP), de 1980. Estes são os dois principais indicadores do estado de saúde duma população [6].

Depois os impactos específicos sobre as taxas de mortalidade e morbidade das doenças para as quais se vacinou. Assim tivemos uma redução drástica de mortalidade pelas complicações graves e mortais da tuberculose nas crianças (tuberculose miliar aguda e meningite tuberculosa em menores de 1 ano de idade), que foi muito bem documentada na Cidade de Maputo, onde praticamente estas complicações desapareceram.

Depois a redução acentuada das taxas de morbidade e mortalidade pelo sarampo. Isso foi muito bem documentado na Província do Niassa. Nesta província, no ano da campanha e no seguinte, o sarampo praticamente desapareceu. Mas depois tivemos problemas graves de logística que atrasaram o início do PAV e o sarampo reapareceu sob forma de epidemia. Logo que esses problemas se resolveram e o PAV entrou no seu funcionamento normal, a morbidade e mortalidade por sarampo diminuíram, de novo, drasticamente. Para além disso, a Campanha Nacional de Vacinação veio garantir a erradicação da varíola [6]. Em África, fomos o primeiro país a introduzir o PAV.

O PAV foi desenhado para que se obtivesse cobertura universal, sem discriminação de qualquer espécie. A campanha foi feita por equipas móveis, que mais tarde se tornaram nas equipas fixas do PAV. Dada a nossa fraca cobertura sanitária, a partir dos postos fixos de vacinação do PAV, continuámos a utilizar equipas móveis, para atingirmos as localidades mais afastadas das unidades sanitárias.

No início, o PAV teve muitos problemas de implementação (logísticos e organizacionais), que gradualmente fomos resolvendo. Nos Conselhos Nacionais Coordenadores de Saúde de 1977, 1978 e 1979, ficámos dias a fio, a discutir problemas de logística e de organização do PAV. Este programa dependia muito de doações, que nem sempre chegavam na altura certa. Tivemos problemas de excesso de agulhas e de falta de seringas e vice-versa, e outros do mesmo tipo. Enfim, a nível mundial, o PAV era um programa novo, com grandes exigências do ponto de vista logístico e organizacional, e as agências que nos apoiavam (sobretudo UNICEF e PNUD), também estavam a aprender a gerir um novo programa e enfrentavam dificuldades

logísticas e organizacionais. Nem sempre tudo funcionava com tanta perfeição, como teria sido desejado, mas com o tempo, os problemas foram-se resolvendo. A partir de 1979/80, o PAV entrou em velocidade de cruzeiro, com taxas de cobertura razoáveis de cerca de 75%, o que, para um país com grave déficit de cobertura sanitária era muito bom [6].

Breves notas sobre os anos subsequentes

Moçambique passou por vários períodos de desenvolvimento, mas igualmente de convulsão social, ao longo dos 47 anos da sua existência como país independente.

Pouco tempo depois da Independência, sofreu uma guerra de destabilização movida pelo regime de Ian Smith, da Rodésia do Sul, e depois pelo regime do apartheid da África do Sul, com alguns moçambicanos como seus agentes.

A partir de 1981/82, as consequências dessa guerra de destabilização no tecido social começaram a ser muito visíveis e isso provocou a sua desorganização. Nas zonas rurais, passou a dominar a insegurança, os massacres de civis e a guerra. Uma parte da população rural fugiu para zonas urbanas, em busca de segurança, mas com todas as consequências socioeconómicas que isso acarreta, de desorganização do tecido urbano. Este êxodo rural para as cidades atingiu também os profissionais de Saúde. Muitas das unidades sanitárias rurais foram destruídas ou vandalizadas e outras deixaram de funcionar, porque os profissionais de Saúde que as faziam funcionar fugiram para zonas urbanas.

Passou a haver grande escassez de unidades sanitárias rurais a funcionar e relativa pletoira de profissionais de Saúde nas zonas urbanas, sobretudo nas principais cidades. As vacinas que não eram usadas em meio rural sobravam para as zonas urbanas. Em consequência, as taxas de cobertura vacinal em meio rural desceram para níveis baixíssimos (entre 15 e 20%), com taxas de cobertura vacinal em meio urbano a rondar os 100%.

O Acordo Geral de Paz, assinado em 4 de Outubro de 1992, veio trazer a paz ao país, mas as feridas provocadas por cerca de 16 anos de guerra e de instabilidade social demoraram muitos anos a cicatrizar. A partir de 1995, o Sector da Saúde passou a beneficiar, durante cerca de 20 anos, de importantes financiamentos externos que, embora nem sempre utilizados da melhor forma, permitiram assegurar um financiamento adequado ao PAV, que viu melhorar as suas taxas de cobertura, sobretudo em zona rural.

A prioridade atribuída ao PAV tem também dependido da maior ou menor sensibilidade dos diversos ministros que se sucederam. As taxas de cobertura vacinal têm oscilado em função destes factores.

Contudo, às vacinas do PAV original, juntaram-se novas vacinas. Em 2002, foi introduzida a vacina contra a hepatite B. Em 2008 foi introduzida a vacina contra *Haemophilus influenzae* B (vacina HiB), enquanto a vacina contra o Pneumococo foi introduzida em 2013, e a do Rotavírus em 2015. A vacina da rubéola só foi introduzida em Moçambique em 2018 e a da papeira ainda não foi introduzida. A vacina contra a infeção pelo HPV foi introduzida, só para raparigas, em 2021 [10]. A introdução de novas vacinas não tem andado a par com as taxas de cobertura que têm oscilado muito nos últimos anos.

Esta introdução de novas vacinas resultou, em parte, das pressões exercidas pelas diversas agências internacionais, sobretudo OMS, GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation) e UNICEF, mas também, em grande parte, por propostas do Comité de Peritos de Vacinas (CoPI) [14] de que fui o grande impulsionador e primeiro Presidente [15], durante os quatro primeiros anos.

Finalmente, umas palavrinhas sobre a fiabilidade de

dados. Nos primeiros anos após a Independência (até 1982/83) havia disciplina e seriedade do nosso pessoal, no registo administrativo dos dados de vacinação e nos cálculos das taxas de cobertura. Como o PAV era um programa recente, a OMS e a UNICEF mandavam, a cada dois anos, técnicos especializados para avaliar o desempenho do PAV, que faziam inquéritos por amostragem estatística, para determinar as taxas de cobertura vacinal e as diferenças eram insignificantes, entre as taxas obtidas administrativamente e as calculadas pelos inquéritos por amostragem estatística, o que era a prova insofismável dessa disciplina e seriedade do pessoal, a que me referi.

Entretanto, deu-se uma degradação na qualidade nos registos administrativos dos dados de vacinação e nos cálculos das taxas de cobertura. Os inquéritos por amostragem estatística também passaram a fazer-se com menor frequência, em geral, só por ocasião dos Inquéritos Demográficos e de Saúde, de 6 em 6 anos. Hoje, as diferenças entre os resultados dos inquéritos por amostragem estatística e os da via administrativa são consideráveis, de modo que não se pode confiar nas estatísticas administrativas, que estão sempre muito inflacionadas.

Bibliografia:

[1] Martins H: Texto de apoio a uma apresentação audiovisual intitulada «Descolonização das Vacinas», feita no X Congresso da União dos Médicos Escritores e Artistas Lusófonos (UIMEAL), realizado em Viana do Castelo (Portugal), de 24 a 28 de Setembro de 2015 e também apresentada num acto cultural da Associação de Médicos Escritores e Artistas de Moçambique (AMEAM), em Maputo, em 11 de Dezembro de 2015.

[2] Indriunas L: História da Saúde Pública no Brasil. In Enciclopédia Delta Universal, Charge sobre a revolta da vacina.

[3] Fraga C: Vida e Obra de Oswaldo Cruz - Capítulo XII – Combate à varíola, 2ª edição. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2005.

[4] Kropf SP e Massarani L: Carlos Chagas – A Ciência para Combater Doenças Tropicais. Rio de Janeiro, Museu da Vida/Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, 2009.

[5] Martins H: Porquê Sakrani? – Memórias dum Médico duma Guerrilha Esquecida. Maputo, Editorial Terceiro Milénio, 2001.

[6] Martins H: Entrevista por Carlos Bavo, para uma Tese de Doutoramento deste, na Universidade do Minho (Portugal), sobre o Programa de Vacinação em Moçambique. Maputo, 31 de Janeiro de 2017.

[7] Direcção dos Serviços de Saúde e Departamento de Informação da FRELIMO: Moçambique - 1968: The Medical Assistance in the Liberated Areas / L'Assistance Médicale dans les Régions Libérées. Dar-es-Salaam, FRELIMO, 1968.

[8] Presidência da República de Portugal: Acordo entre o Estado Português e a Frente de Libertação de Moçambique, celebrado em Lusaka, a 7 de Setembro de

1974: Diário do Governo n° 210, de 9 de Setembro de 1974. Lisboa, Imprensa Nacional, 1974.

[9] Official Records of the World Health Organization No. 217: Twenty-Seventh World Health Assembly Geneva, 7 -23 May 1974 Part I Resolutions And Decisions. In: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85874/Official-record217_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acessado a 18/02/2019.

[10] Martins H: Bringing to widespread Public Use latest Technologies and Innovations in Vaccines and Immunization: A Point of View from a Developing Country – Mozambique: Support text to an audiovisual presentation in the 32nd International Conference on Vaccines and Immunization;. Roma, Itália, 21 de Março de 2019.

[11] Martins H: A Admissão de Moçambique na OMS: Testemunho para um livro de memórias de Francisco Cabo. Maputo, 25/01/2021.

[12] Relatório Final do «I Seminário Nacional de Saúde», realizado em Quelimane (Moçambique), de 30 de Outubro a 4 de Novembro de 1975.

[13] Mahler H: Comunicação pessoal, Genebra, Maio de 1978.

[14] Ministério da Saúde: Diploma Ministerial n° 151/2011, de 8 de Junho, publicado no Boletim da República n° 23 da I Série, que define a composição, termos de referência e mecanismos de funcionamento do Comité de Peritos para a Imunização (CoPI).

[15] Ministério da Saúde: Diploma Ministerial n° 197/2011, de 28 de Julho, publicado no Boletim da República n° 30 da I Série, que cria o Comité de Peritos para a Imunização, abreviadamente designado por CoPI.