

Situação Epidemiológica da Vigilância das Paralisias Flácidas Agudas/Poliomielite, Santa Catarina, 2014-2019.

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda, caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito, que ocorre em cerca de 1% das infecções causadas pelo poliovírus. O déficit motor instala-se subitamente e sua evolução, frequentemente, não ultrapassa 3 dias. Acomete em geral os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada, e a arreflexia no segmento atingido. Ocorre por contato direto pessoa a pessoa, pela via fecal-oral (mais frequentemente), por objetos, alimentos e água contaminados com fezes de doentes ou portadores, ou pela via oral-oral, através de gotículas de secreções da orofaringe (ao falar, tossir ou espirrar). A falta de saneamento, as más condições habitacionais e a higiene pessoal precária constituem fatores que favorecem a transmissão do poliovírus. A melhor medida de prevenção adotada é a vacinação.

Os primeiros relatos de casos de poliomielite no Brasil foram descritos no início de 1911, em São Paulo, neste mesmo ano também foi descrito o primeiro surto da doença. Um segundo surto no país foi registrado em 1917, no estado de São Paulo.

O Plano Nacional de Controle da Poliomielite (PNCP) é instituído no Brasil em 1971 e em 1974 se estabelece um novo conjunto de formulários e fluxos para a investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória em todos os níveis do sistema. Em 1974, o PNCP é incorporado ao PNI (Programa Nacional de Imunização), estabelecendo a vacinação de rotina com a vacina Sabin em nível nacional, incluída no calendário infantil de vacinação.

A estratégia adotada para a eliminação do vírus no país foi centrada na realização de campanhas de vacinação em massa com a vacina oral contra a pólio (VOP). Essa vacina propicia imunidade individual e aumenta a imunidade de grupo na população em geral, com a disseminação do poliovírus vacinal no meio ambiente, em um curto espaço de tempo.

Em 1989 são registrados os últimos casos de isolamento de poliovírus selvagem no Brasil (na cidade de Souza na Paraíba), Em 1991, no Peru é registrado o último caso das Américas, em Santa Catarina, no ano de 1980, no município de Petrolândia, foi notificado o último caso de poliomielite confirmado laboratorialmente. O último ano com registros no estado foi em 1989, casos procedentes dos municípios de São José, Caçador e Laguna classificados pelo critério clínico. Desde então todos os casos notificados para PFA ou poliomielite foram descartados por laboratório ou pela clínica. Em 1994, o país recebeu da OMS/OPS o “Certificado de Erradicação da Transmissão Autóctone do Poliovírus Selvagem nas Américas”. A partir de então, o Brasil reafirma seu compromisso em manter altas coberturas vacinais e uma vigilância epidemiológica ativa de todo quadro de paralisia flácida aguda (PFA), possibilitando, assim, a identificação imediata e precoce da reintrodução do poliovírus, e a adoção de medidas de controle para impedir sua disseminação.

A poliomielite pode ser causada pelo poliovírus selvagem, por evento adverso a vacina pólio oral e por poliovírus derivado da vacina (PVDV), este último consiste em uma mutação do vírus vacinal da pólio onde ele adquire neurovirulência e volta a causar paralisia, isso acontece em regiões com baixa homogeneidade das coberturas vacinais e com grandes bolsões de suscetíveis. Em 1999, foi detectado o último caso de poliomielite causada pelo poliovírus selvagem tipo 2 (PVS2) em todo o mundo; entretanto, o poliovírus Sabin tipo 2 foi responsável pela maioria dos casos de poliovírus circulante derivado da vacina (cPVDV), detectados a partir do ano 2000, e de uma proporção substancial dos casos de poliomielite paralítica associada à vacina. O primeiro surto causado por um vírus derivado vacinal (PVDV) foi detectado na Ilha de Hispaniola (que pertence ao Haiti e à República Dominicana), em 2000/2001. Esse surto teve grande importância no processo de erradicação da Poliomielite, quando foram registrados 21 casos (50% na faixa etária de 1 a 4 anos).

Após todos os esforços e avanços em relação a erradicação da poliomielite chama a atenção para o risco de importação de casos de países onde ainda há circulação endêmica do poliovírus selvagem (Paquistão, Nigéria e Afeganistão), este cenário reforça a necessidade de manter ações permanentes e efetivas de vigilância da doença e níveis adequados de proteção imunológica da população.

Para manter a erradicação da poliomielite no mundo, a estratégia utilizada é o sistema de Vigilância das Paralisias Flácidas Agudas (PFA) e a manutenção de altas coberturas vacinais. A eficácia desta estratégia, depende principalmente de indicadores de qualidade e cumprimento das metas mínimas, sendo, 95% de cobertura vacinal com homogeneidade e uma vigilância sensível à identificação e investigação dos casos de PFA.

Tabela 1 - Indicadores de vigilância da Paralisia Flácida Aguda/Pólio em Santa Catarina – 2014-2019

Ano	Meta	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Taxa de notificação	14/100.000hab.	50%	29%	52%	121%	71%	100%
Investigação oportuna	80%	71%	100%	92%	88%	90%	86%
Coleta oportuna	80%	71%	75%	56%	76%	90%	71%
Notificação semanal	80%	90%	93%	95%	95%	92%	95%

Fonte: SINAN (Atualizado em 19/05/2020). SE 20. Dados sujeitos a alterações.

A taxa de notificação é calculada na proporção de 1 casos de PFA para cada 100.000/hab menores de 15 anos e a meta é atingir 100% ao ano, em Santa Catarina, a meta é de 14 casos ano. Esta taxa foi atingida nos anos de 2017 e 2019, com 121% e 100% respectivamente em 2015 foi ano com menor taxa, 29%, seguidas de 2014 com 50% e 2016 com 52%.

A investigação dos casos deve ser realizada em até 48 horas após a identificação do mesmo, com o objetivo de classificar corretamente o caso e visando subsidiar o processo de tomada de decisão quanto ao desencadeamento em tempo hábil das medidas de controle em cada situação. Em 2014, 71% das investigações foram realizadas em tempo oportuno, sendo o único ano da série histórica que não atingiu a meta de 80% de

investigação oportuna. Os anos de 2015 (100%), 2016 (92%), 2017 (88%), 2018 (90%) e 2019 (86%) ultrapassaram a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde (80%.)

A amostra de fezes, constitui material mais adequado para isolamento do poliovírus. A coleta deve ser realizada em até 14 dias após o início da deficiência motora pois é na fase aguda da doença que se obtém os melhores resultados de isolamento viral. Em 2018, 90% das amostras foram coletadas em tempo oportuno, no ano de 2016 atingimos apenas 56%, nos anos de 2014 e 2019 atingimos 71% das amostras e nos anos de 2015 e 2017 75% e 76%. Obstipação intestinal e amostra inadequada são fatores que contribuíram para não atingir esta indicador, nestas situações, o caso só pode ser descartado com exames complementares que comprovem outra patologia e/ou com revisita do caso após 60 dias comprovando ausência de sequelas.

A negativa semanal é um importante indicador a ser monitorado, pois comunica com antecedência os casos de PFA/polio mielite, deve ser realizada por cada unidade notificadora, informando a ausência de casos identificados no período (semana epidemiológica). Os municípios enviam às gerências regionais de saúde planilha de notificação preenchida nos hospitais/unidades notificadoras que atendem crianças menores de 15 anos (sentinelas) e as regionais encaminham ao nível central.

Tabela 2 - Casos notificados de paralisia aguda por Macro Região de Saúde. Santa Catarina: 2014 - 2019.

Macro região de saúde	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Grande Oeste	0	0	4	3	0	0
Meio Oeste e Serra	1	0	4	2	1	4
Foz do Rio Itajaí	2	0	2	1	0	2
Vale do Itajaí	1	2	5	4	1	4
Grande Florianópolis	1	0	4	3	1	2
Sul	2	1	3	1	4	1
Nordeste e Planalto Norte	0	1	5	3	3	1
Total	7	4	27	17	10	14

Fonte: SINAN (Atualizado em 19/05/2020). SE 20. Dados sujeitos a alterações.

Observa-se uma oscilação no número de casos notificados no período de 2014 a 2019. No ano de 2014 identificamos notificações das Macro Regiões de Meio Oeste e Serra, Foz do Rio Itajaí, Vale do Itajaí, Grande Florianópolis e macro região Sul. Em 2015 as macro regiões que notificaram foram Nordeste e Planalto Norte, Vale do Itajaí e Macro região Sul, nos anos de 2016 e 2017 todas as Macro regiões notificaram casos de PFA/pólio. Em 2018 não foram identificadas registros nas Macro Regiões do Grande Oeste e Foz do Rio Itajaí, em 2019 somente a Macro Região do Grande Oeste não notificou nem um caso de PFA/pólio.

A inconstância nas notificações resultam em falhas na vigilância prejudicando a identificação precoce da reintrodução do vírus da polio mielite selvagem ou derivado vacinal.

A baixa cobertura vacinal e vigilância epidemiológica pouco sensível, podem culminar com a reintrodução dos casos de polio mielite no país, principalmente em se tratando da circulação do PVDV2. Logo

precisamos concentrar esforços nestas duas vertentes de prevenção para evitar que crianças carreguem sequelas da doença para o resto da vida.

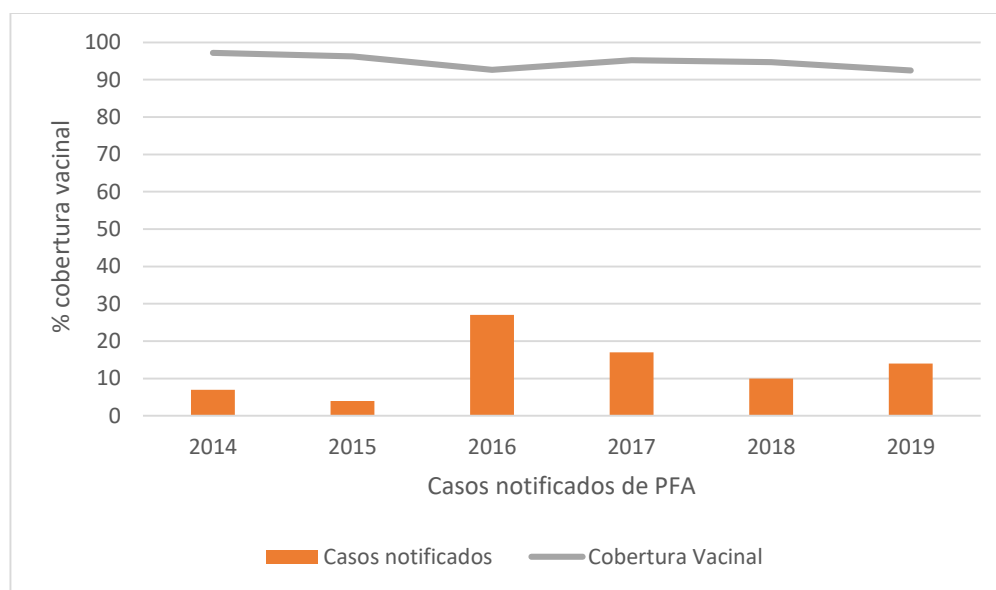
Tabela 3: Cobertura Vacinal Poliomielite em menores de 1 ano, SC, 2014 a 2019

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Cobertura Vacinal	97,17	96,27	92,65	95,23	94,7	92,52

Fonte: SIPNI. Atualizado em 19/05/2020. Dados sujeitos a alterações.

A análise dos dados de cobertura vacinal, no estado de Santa Catarina, no período de 2014 a 2019, demonstra uma variação de 92,52% (2019) a 97,17 % (2014). Nos anos de 2016, 2018 e 2019 não foi atingida a meta de 95% deixando assim um número de suscetíveis que podem adoecer de poliomielite caso ocorra a reintrodução do vírus no país.

Gráfico 1: Casos notificados de PFA em menores de 15 anos e Cobertura Vacinal em menores de 1 ano em Santa Catarina, 2014 a 2019.



Fonte: SIPNI/ SINAN. Atualizado em 19/05/2020. Dados sujeitos a alterações.

Esta série histórica demonstra que nos anos de 2016, 2018 e 2019, o estado de Santa Catarina não atingiu a meta de 95% de cobertura vacinal e no ano de 2018, também não foi alcançado o indicador de notificação de casos de PFA/poliomielite, cenário propício para reintrodução do poliovírus no país. Nos anos de 2014 e 2015 e 2018 apesar de uma cobertura vacinal adequada, foram períodos em que a vigilância da PFA/poliomielite não alcançou a meta de notificar 14 casos /ano de PFA em menores de 15 anos, sendo estes dois indicadores estratégias fundamentais para a manutenção da erradicação global da poliomielite.

Considerações

O esforço global pela erradicação da pólio começou em 1988, liderado pela Organização Mundial da Saúde, pela UNICEF e pela Fundação Rotary, desde então estratégias de vacinação e vigilância foram estabelecidas e gradualmente a poliomielite começou a ser erradicada nos continentes. Esse esforço deve continuar até que o último país seja considerado livre da poliomielite, esforço enfraquecido nos últimos anos com a falsa sensação de erradicação, onde se verificam baixas cobertura vacinais e pouca intensificação de vigilância na maioria dos países.

Manter o Brasil livre da pólio e colaborar com a erradicação de mais uma doença no mundo significa intensificar cobertura vacinal e garantir uma vigilância atuante nos municípios. Para fortalecer esse processo, o Ministério da Saúde, junto com todas as Unidades Federativas, elaboraram um plano de contingência que encontra-se em fase de validação.

Em Santa Catarina, nos anos de 2014 a 2018 foram realizados encontros macrorregionais de doenças imunopreveníveis e realizadas reuniões e supervisões técnicas para sensibilizar e orientar sobre importância da detecção de casos, notificação e coleta de material adequado além da importância de manter altas e homogêneas as coberturas vacinais para poliomilite.