

Informe Epidemiológico

Paralisias Flácidas Agudas/Poliomielite

Série Histórica 2010 – 2021

Alessandra Lucchesi de Menezes Xavier Franco^{ID}, Juliana Monti Maifrino Dias^{ID}, Maria Carla da Silva^{ID}, Murylo Gustavo Candido Rocha^{ID}, Mariluci Navarro Pinheiro^{ID}, Vitória Oliveira de Souza^{ID}

Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar
Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”
Coordenadoria de Controle de Doenças
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

DOI: <https://doi.org/10.57148/bepa.2022.v.19.37950>

VOL. 20 • Nº 219 • ANO 2023 • ISSN 1806-4272

Correspondência

E-mail: dvhidri@saude.sp.gov.br

Instituição: CVE | CCD/SES-SP

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 351 - 6º andar. CEP: 01246-000. São Paulo-SP, Brasil

BREVE HISTÓRICO

A poliomielite, popularmente conhecida como paralisia infantil, apesar de erradicada no território brasileiro, permanece como uma doença atual e de alta importância em saúde pública, já que ainda ocorre de forma endêmica ou epidêmica em vários países, principalmente da África e do Oriente Médio.¹ Fatores como a intensa mobilização e migração de pessoas desses continentes para o Brasil e outros países da América Latina impõem a necessidade de uma vigilância altamente sensível e permanente para impedir sua reintrodução, requerendo qualificação e sensibilização do profissional médico para a sua identificação precoce.

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda, de gravidade extremamente variável, que pode ocorrer sob a forma de infecção inaparente ou apresentar manifestações clínicas, com frequência caracterizadas por febre, mal-estar, cefaleia, distúrbios gastrointestinais e rigidez de nuca, acompanhadas ou não de paralisia, que ocorre em cerca de 1% das infecções causadas pelo poliovírus. O déficit motor instala-se subitamente e sua evolução, com frequência, não ultrapassa três dias, acometendo, de modo geral, os membros inferiores, de forma assimétrica, e tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada, e arreflexia (ausência de reflexos) no segmento atingido. Assim, a poliomielite pertence a um grupo de doenças e agravos que causam paralisia flácida aguda (PFA).²

Quanto ao cenário epidemiológico, infere-se que até a primeira metade da década de 1980 a poliomielite era de alta incidência no Brasil, contribuindo de forma significativa para a elevada prevalência anual de sequelas físicas observada nesse período. Em 1980, foi adotada como medida de controle da doença a ampliação das coberturas vacinais por meio de campanhas em massa, em todo o território nacional, utilizando a vacina oral Sabin em duas etapas anuais, de um só dia cada, na faixa etária de 0 a 5 anos. A diminuição de casos foi assim observada: para o país, de 1.280 casos em 1980 para 122 em 1981; e no estado de São Paulo (ESP), de 101 para 7, no mesmo período.

O registro do último caso brasileiro de poliomielite confirmado ocorreu em 1989 no município de Souza, na Paraíba; em território paulista, o último registro havia ocorrido no ano anterior (1988) na cidade de Teodoro Sampaio. Em 1991, o Peru foi a última nação das Américas a registrar casos da doença. Em 1994, a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) certificou a erradicação da transmissão autóctone do poliovírus selvagem nos continentes americanos, após três anos sem circulação desse vírus. Desde então, todos os países da região assumiram o compromisso de manter altas e homogêneas as coberturas vacinais, bem como uma vigilância epidemiológica ativa e sensível para identificar, imediatamente, a reintrodução do poliovírus selvagem em cada território nacional, adotando medidas de controle capazes de impedir a sua disseminação.

AGENTE ETIOLÓGICO

O poliovírus é composto pelos sorotipos 1, 2 e 3 (tipo 1 ou Brunhild, tipo 2 ou Lansing, e tipo 3 ou León) pertencentes ao gênero *Enterovirus*, família *Picornaviridae*. Os poliovírus selvagens dos três sorotipos podem causar paralisia flácida, mas somente o sorotipo 1 (PVS1) ainda é circulante em dois países do mundo, considerados endêmicos para a doença (Afeganistão e Paquistão). A circulação do sorotipo 2 selvagem não tem sido observada desde 1999 e o último registro do sorotipo 3 selvagem ocorreu na Nigéria, em novembro de 2012.

Além do sorotipo 1 selvagem, está em circulação em vários países, principalmente da África e do Oriente Médio, o poliovírus derivado da vacina, em particular do sorotipo 2 (PVDV2), causando igualmente quadros de PFA. Desde 2017 há mais casos de paralisia pelo PVDV do que pelo vírus selvagem.

MODO DE TRANSMISSÃO

Contato direto pessoa a pessoa:

- pela via fecal-oral (mais frequentemente), por objetos, alimentos e água contaminados com fezes de doentes ou portadores; e
- pela via oral-oral, por meio de gotículas de secreções da orofaringe (ao falar, tossir ou espirrar).

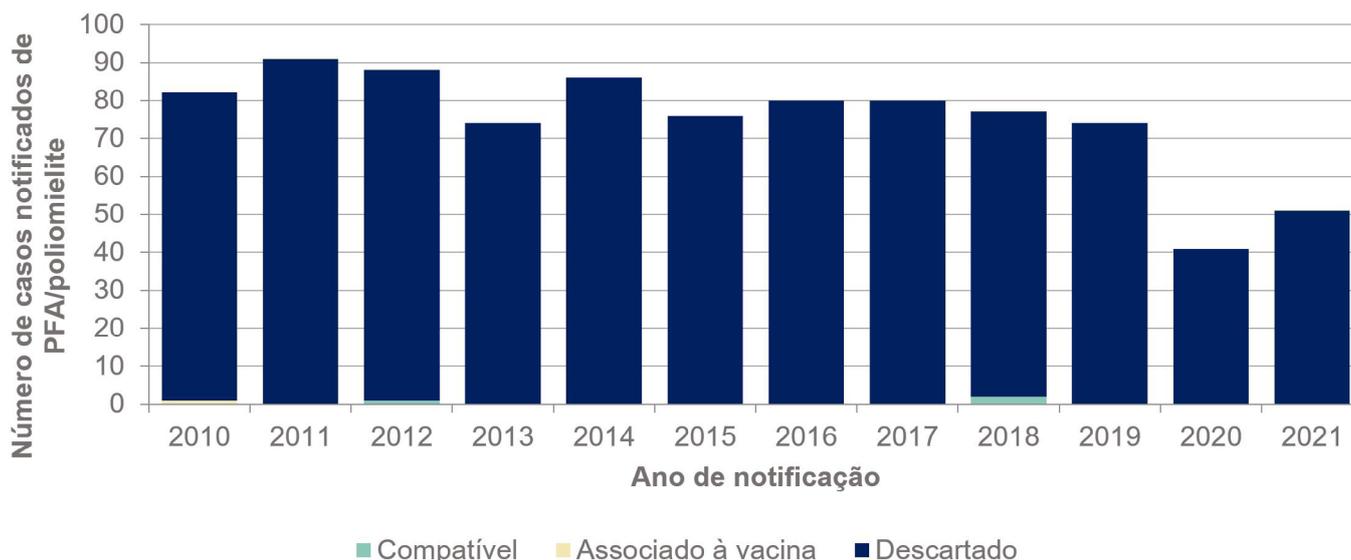
A falta de saneamento, as más condições habitacionais e a higiene pessoal precária constituem fatores que favorecem a transmissão do poliovírus.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Nos últimos 12 meses, 22 países registraram casos de paralisia por poliovírus selvagem e/ou derivado da vacina, dos quais dois ainda são considerados endêmicos para poliomielite selvagem: Afeganistão e Paquistão. Em 2021, entre as nações livres da doença há vários anos, o Malawi registrou um caso de poliomielite pelo vírus selvagem do tipo 1 e a Ucrânia, dois pelo vírus vacinal do tipo 2. Além desses, em 2022 também estão ocorrendo eventos em países livres da poliomielite, sendo detectado um caso pelo PVS1 em Moçambique e outro de PVDV3 em Israel. Ainda, houve detecção ambiental do poliovírus derivado da vacina no Reino Unido, em Londres, por quatro meses seguidos, e PVDV2 nos Estados Unidos. Vale ressaltar que ambos os países não utilizam a vacina oral poliomielite (VOP) desde 2000 e 2004, respectivamente.¹

Quando observada a distribuição de casos no período, 2011 aparece como o ano com maior número de notificações (91). Ressalta-se que ao longo de toda a série histórica analisada, não houve a confirmação de casos, o que permite inferir que todos os 900 casos não foram confirmados para poliomielite. Houve, no entanto, três registros compatíveis com poliomielite: um em 2012 e dois em 2018, além de um associado à vacina em 2010 (Gráfico 1).

Gráfico 1. Casos notificados de PFA/poliomielite de acordo com o critério de encerramento, ESP, 2010 a 2021.*



Fonte: DDTHA/CVE/SES-SP. *Dados extraídos em 30 de junho de 2022.

Importante esclarecer que só é considerado compatível com poliomielite todo e qualquer caso de PFA que não teve coleta adequada de amostra de fezes e que tenha apresentado sequela após os 60 dias de início do déficit motor, desde que se tenha clínica compatível (por exemplo, sequela assimétrica em um membro inferior) ou exame compatível com poliomielite, como a eletroneuromiografia (ENMG) com lesão do corno anterior da medula, além de evolução para óbito ou evolução clínica ignorada. Ressalta-se que só são encerrados como casos compatíveis após análise e classificação realizada por comissão técnica vinculada ao Ministério da Saúde.

Já a poliomielite associada à vacina envolve casos de PFA em que há isolamento de vírus vacinal na(s) amostra(s) de fezes e a presença de sequela compatível com poliomielite 60 dias após o início da deficiência motora. Assim, cabe destacar que há dois tipos de poliomielite relacionados com a vacina:

1) PFA, que se inicia entre 4 e 45 dias após o recebimento da VOP e apresenta sequela neurológica compatível com poliomielite 60 dias após o início do déficit motor.

2) Caso de poliomielite associado à vacina administrada em contatos:

a) PFA que surge após contato com criança que tenha recebido VOP até 40 dias antes; e

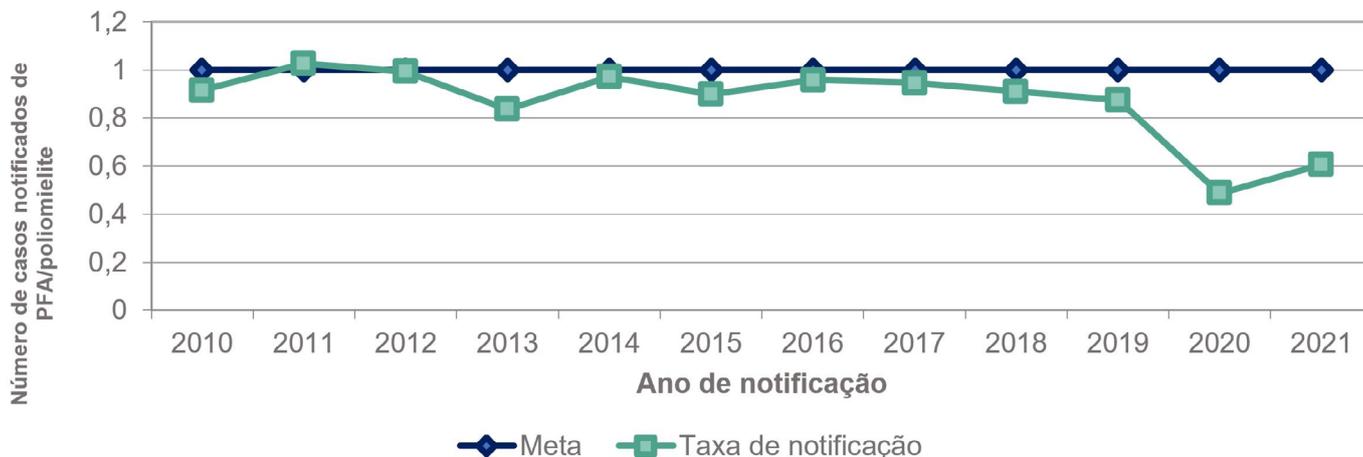
b) paralisia que surge de quatro a 85 dias após a exposição ao contato vacinado e o indivíduo apresenta sequela neurológica compatível com poliomielite 60 dias após o déficit motor.

Em qualquer das situações acima, o isolamento de poliovírus vacinal nas fezes é condição imprescindível para que o caso seja considerado como associado à vacina. Daí a necessidade de coletar as fezes adequadamente nos primeiros 14 dias após o início do déficit motor. Se a coleta for tardia, entre 15 e 60 dias após, e haja isolamento de vírus vacinal, o caso será classificado como associado à vacina. Nesse sentido, cabe informar que o caso de 2010 classificado como tal manifestou déficit motor 22 dias após recebimento da vacina. Dentre os casos compatíveis com poliomielite, apenas no de 2012 foi realizada coleta oportuna de fezes, sendo detectado o P3 vacinal. Esse e os outros dois casos apresentaram sequelas após os 60 dias do início do déficit motor. Vale ressaltar que, muito embora o resultado da amostra de fezes tenha sido nos dois casos de 2018, eles apresentaram clínica compatível e resultados de ENMG sugestivos para poliomielite.

Quando comparadas as notificações da série histórica, percebe-se uma queda no número de casos a partir de 2016. Acredita-se que a implementação de medidas não farmacológicas como estratégia para redução de morbimortalidade da covid-19 tenha influenciado positivamente a não exposição de crianças menores de 15 anos a outros patógenos que podem levar à ocorrência de PFA. E isso se reflete diretamente nas taxas de notificação, bem como na possível ocorrência de subnotificação em 2020 e 2021, visto que em ambos os anos foi observado o menor volume do período avaliado.

Ademais, considerando os dados da população menor de 15 anos extraídos da Fundação Seade, entre os anos analisados apenas em 2011 (1,03/100.000 habitantes) foi possível alcançar a taxa de notificação adequada, com a piora dos resultados observados a partir de 2016 (0,96/100.000 habitantes), sendo 2020 (0,49/100.000 habitantes) o de pior resultado. Embora o resultado de 2021 (0,61/100.000 habitantes) tenha se mostrado melhor em relação a 2020, ainda ficou distante do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, taxa de notificação de pelo menos 1/100.000 habitantes ([Gráfico 2](#)).

Gráfico 2. Taxa de notificação de casos de PFA, ESP, 2010 a 2021.*



Fonte: DDTHA/CVE/SES-SP. *Dados extraídos em 30 de junho de 2022.

Quanto à taxa de notificação de casos entre menores de 15 anos por grupo de vigilância epidemiológica (GVE), é possível afirmar que no período de 2010 a 2021 a maior foi verificada em 2016 no GVE São José do Rio Preto (6,00/100.000 habitantes). Já no que tange aos últimos cinco anos, a maior taxa foi registrada em 2017, no GVE Araçatuba (3,84/100.000 habitantes). Quando observado 2021, essa notificação foi maior no GVE Registro (3,38/100.000 habitantes), seguido do GVE São João da Boa Vista (2,14/100.000 habitantes) e GVE Marília (1,89/100.000 habitantes) ([Tabela 1](#)).

Tabela 1. Taxa de notificação de PFA/polio mielite por GVE de notificação, ESP, 2010 a 2021.*

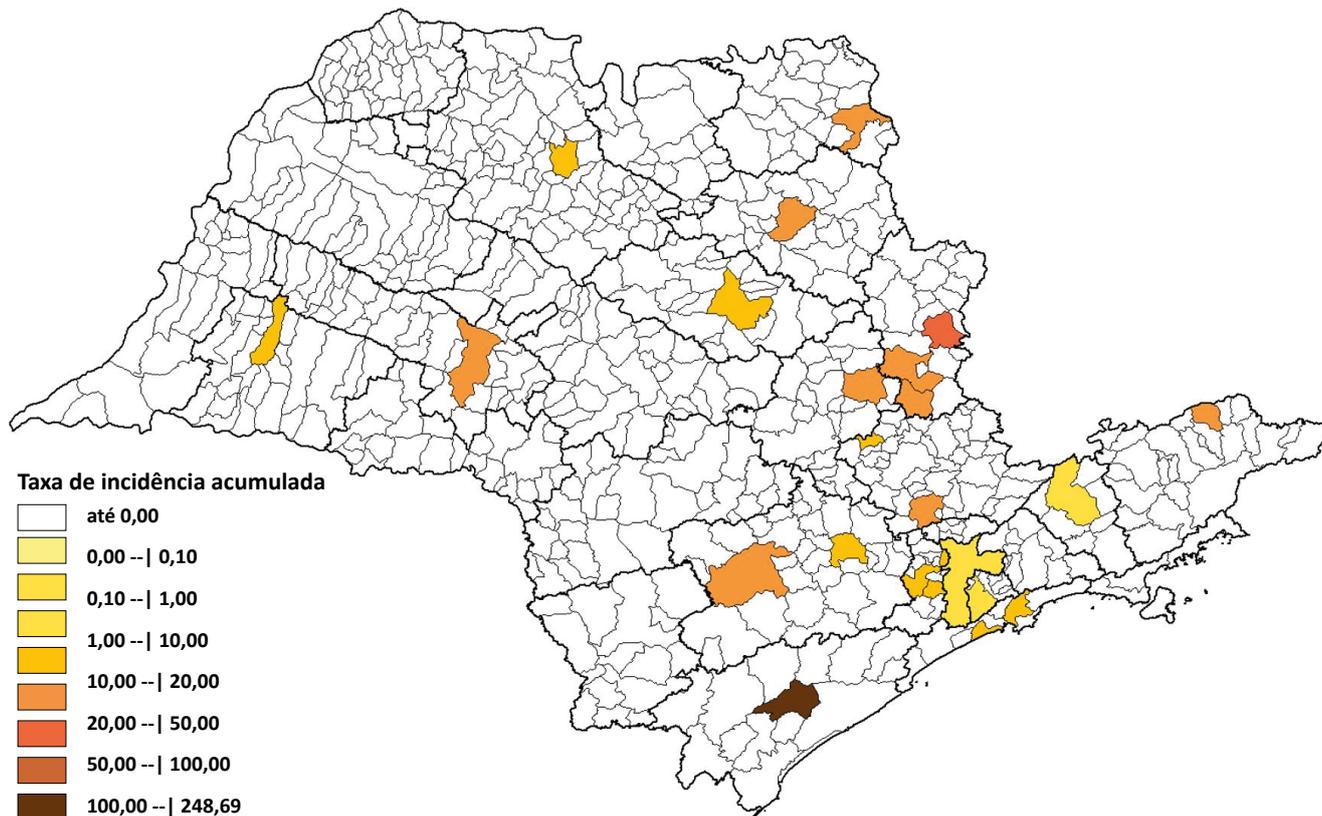
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araçatuba	0,00	0,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,77	3,84	1,54	0,77	0,00	0,00
Araraquara	1,08	0,00	0,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57	0,57	1,14	0,58	0,58
Assis	1,04	1,04	0,00	2,09	1,04	2,24	1,12	0,00	0,00	2,24	0,00	0,00
Barretos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bauru	0,00	0,46	0,91	0,00	1,82	0,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Botucatu	0,00	0,00	2,43	0,00	0,81	0,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Campinas	0,84	1,09	0,97	0,60	0,97	0,98	0,86	1,23	1,60	0,74	0,36	0,49
Capital	1,63	1,41	1,54	1,11	1,28	1,15	1,28	1,24	1,24	1,02	0,71	0,67
Caraguatatuba	0,00	1,47	1,47	4,41	1,47	0,00	0,00	0,00	1,53	0,00	0,00	0,00
Franca	0,00	1,39	0,00	0,70	1,39	0,74	0,74	0,00	0,74	0,00	0,00	1,52
Franco da Rocha	1,53	0,00	0,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,60	0,00	0,00	0,00
Itapeva	1,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Jales	0,00	0,00	4,30	0,00	0,00	0,00	4,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Marília	0,83	0,83	1,66	1,66	1,66	0,91	0,91	0,91	0,00	0,91	0,00	1,89
Mogi das Cruzes	0,15	0,45	1,06	0,30	0,60	0,48	0,16	0,16	0,32	0,00	0,32	0,00
Osasco	0,15	0,61	0,30	0,61	0,46	0,31	0,63	0,16	0,31	0,16	0,15	0,62
Piracicaba	0,68	0,68	1,02	0,68	0,00	0,36	1,08	1,44	0,36	1,08	0,37	0,37
Presidente Prudente	3,38	1,13	0,00	4,51	2,25	2,44	2,44	0,00	2,44	0,00	0,00	1,26
Presidente Venceslau	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Registro	1,38	2,75	1,38	0,00	1,38	0,00	3,18	3,18	0,00	1,59	0,00	3,38
Ribeirão Preto	0,36	0,73	1,09	0,00	1,09	2,26	1,50	2,63	2,63	0,00	1,13	1,51
Santo André	1,13	1,13	0,38	1,32	1,13	0,20	0,40	0,60	0,60	0,20	0,40	0,20
Santos	0,55	1,36	0,27	0,82	0,55	0,28	0,28	0,00	0,56	2,25	0,56	0,84
São João da Boa Vista	1,28	2,56	0,64	0,00	1,92	0,69	0,00	0,69	0,69	0,69	0,00	2,14
São José do Rio Preto	1,32	2,20	3,52	3,08	3,96	5,07	6,00	3,23	1,85	3,69	2,32	0,93
São José dos Campos	1,87	0,00	0,47	1,40	0,94	1,44	0,96	0,96	0,00	1,92	0,00	0,47
Sorocaba	0,68	0,91	0,45	0,68	0,23	0,72	0,48	0,72	0,00	1,69	0,72	0,72
Taubaté	0,00	1,82	0,45	0,00	0,45	0,00	1,46	1,94	1,94	1,46	0,98	0,49

Fonte: DDTHA/CVE/SES-SP. *Dados extraídos em 30 de junho de 2022.

Vale ressaltar que ao longo dos anos houve variação no quantitativo de unidades notificadoras de PFA/polio mielite no ESP, ou seja, hospitais que internam crianças menores de 15 anos ou serviços de atendimento que dispõem de pediatra ou neurologista/neuropediatra. Das 447 unidades que informaram com regularidade a notificação semanal negativa e busca ativa de casos à Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DDTHA), 56 notificaram casos suspeitos de PFA/polio mielite em 2019, 27 em 2020 e 38 em 2021. Nesse sentido, reforça-se a importância da busca ativa e da notificação de casos, pois, mesmo contando com 447 unidades notificadoras regulares, é sabido que o ESP dispõe de mais serviços que atendem o público-alvo, seja de saúde pública ou privada, nos quais ainda é necessário implementar rotinas relativas ao programa de vigilância das PFA/polio mielite para que sejam verificadas melhores taxas de notificação por região de saúde e em nível estadual.

Quanto à taxa de notificação de PFA por 100.000 habitantes menores de 15 anos por município, no período de 2010 a 2021 os maiores acúmulos foram registrados em Pariquera-Açu (248,69), Águas de São Pedro (218,34) e Igaratá (162,34) ([Figura 1](#)).

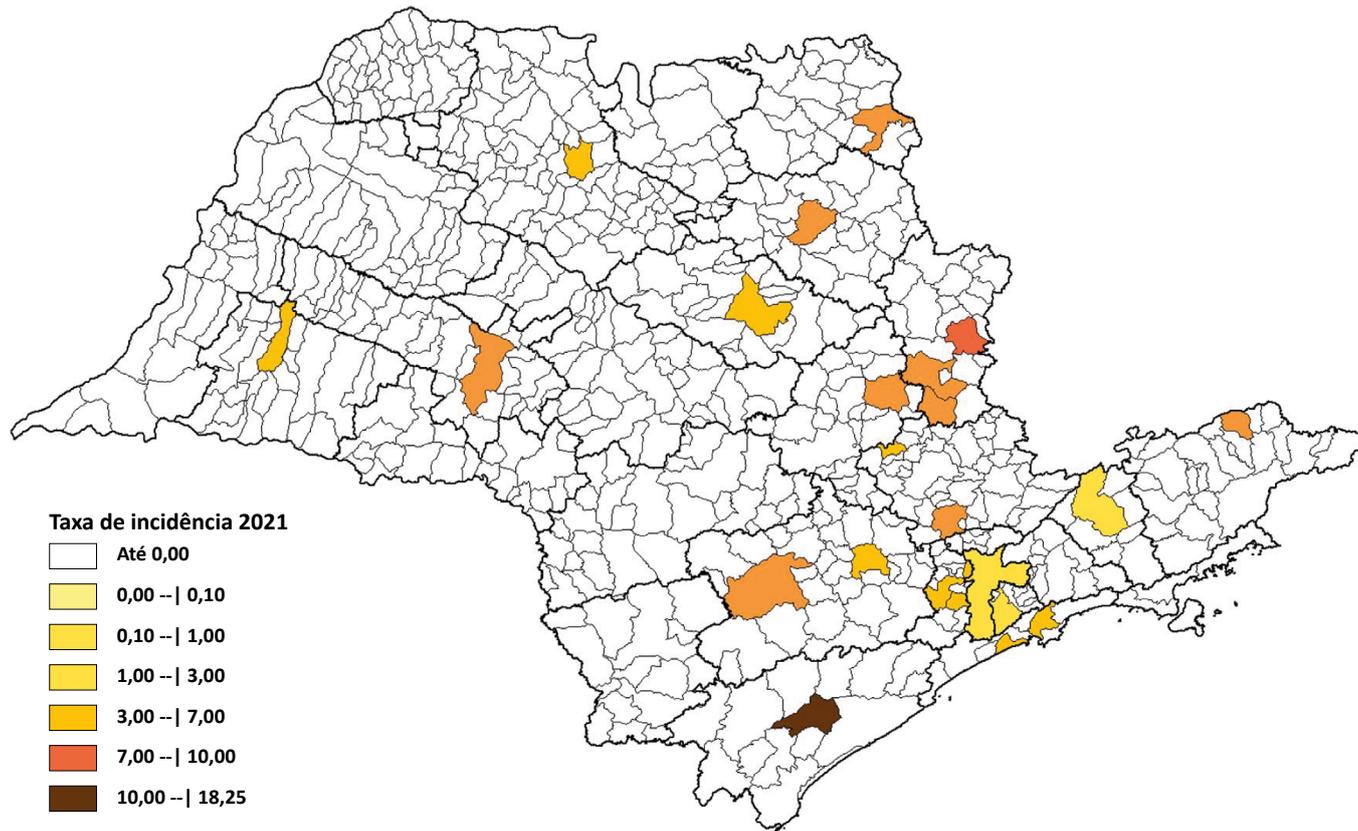
Figura 1. Distribuição espacial da taxa de notificação de casos de PFA por 100.000 habitantes menores de 15 anos acumulada, por município de notificação, ESP, 2010 a 2021.*



Fonte: DDTHA/CVE/SES-SP. *Dados extraídos em 30 de junho de 2022.

Quando observado apenas o ano de 2021, os municípios que apresentaram a maior taxa foram Registro (18,25), São João da Boa Vista (7,28) e Cruzeiro (6,54) (Figura 2).

Figura 2. Distribuição espacial da taxa de notificação de casos de PFA por 100.000 habitantes menores de 15 anos, por município de notificação, ESP, 2021.*



Fonte: DDTHA/CVE/SES-SP. *Dados extraídos em 30 de junho de 2022.

Sabe-se que a PFA não é um diagnóstico, mas sim um sintoma de alerta, o qual pode se manifestar na poliomielite e em outras doenças, como a síndrome de Guillain-Barré, a mielite transversa, a meningite viral, em acidente vascular encefálico e tumor de medula espinhal, entre outros. Assim, quando identificada a PFA, recomenda-se a sua notificação mesmo que não haja suspeita de poliomielite.

Para tanto, há uma lista de diagnósticos diferenciais a serem investigados que são recomendados pela DDTHA contendo 39 CID-10. Entre as notificações observadas no período, a síndrome de Guillain-Barré (G61.0) foi a mais frequente, com 289 casos ([Tabela 2](#)).

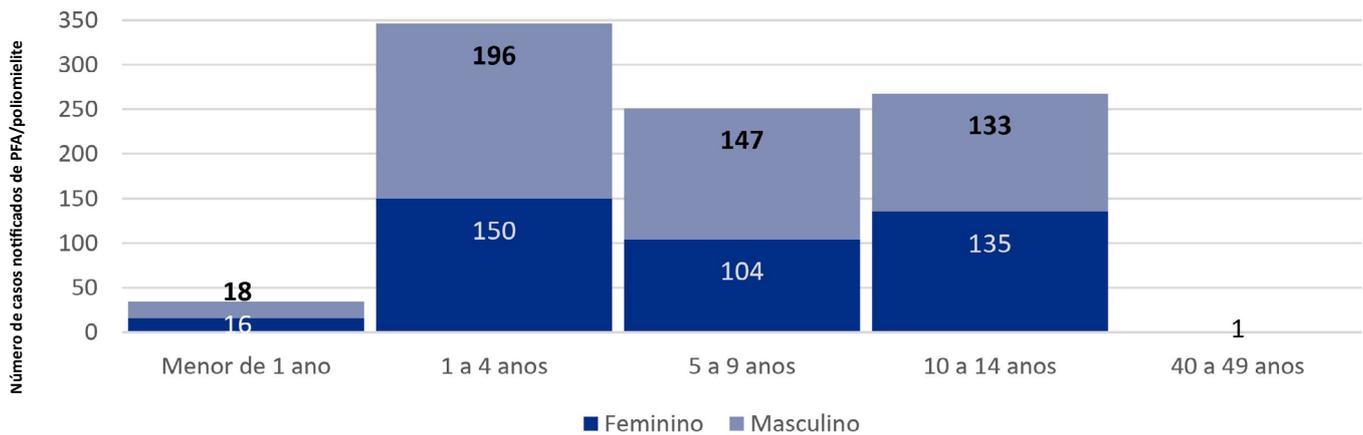
Tabela 2. Hipóteses de diagnóstico referidas nas fichas de notificação de PFA, ESP, 2010 a 2021.*

CID-10	DESCRIÇÃO	Nº CASOS
A05.9	Intoxicações alimentares bacterianas não especificadas	1
A80	Poliomielite aguda	2
A80.0	Poliomielite parálitica aguda, associada ao vírus vacinal	2
C72.9	Neoplasia maligna do sistema nervoso central, não especificado (tumor)	5
G04.0	Encefalite aguda disseminada	9
G04.2	Meningoencefalite e meningomielite bacteriana não classificadas em outras partes	1
G04.8	Outras encefalites, mielites e encefalomielites	7
G04.9	Encefalite, mielite e encefalomielite não especificadas	22
G05.1	Encefalites, mielites e encefalomielites em doenças virais classificadas em outra	15
G37.3	Mielite transversa aguda	23
G55	Compressão de raízes e plexos nervosos	1
G57.0	Lesão do nervo ciático	2
G57.9	Mononeuropatias de membros inferiores não especificada	4
G61.0	Síndrome de Guillain-Barré (polioneurite pós-infecciosa)	289
G61.9	Polineuropatia inflamatória não especificada	13
G62.9	Polineuropatia não especificada	21
G70.0	Miastenia gravis	2
G72.3	Paralisia periódica	2
G72.9	Miopatia não especificada	8
G81.0	Hemiplegia flácida	10
G81.9	Hemiplegia não especificada	7
G82.0	Paraplegia flácida	14
G82.3	Tetraplegia flácida	6
G83.1	Monoplegia de membro inferior	5
G83.2	Monoplegia de membro superior	2
G83.3	Monoplegia não especificada	1
G83.4	Síndrome da cauda equina	1
G83.9	Síndrome parálitica não especificada (ignorado – IGN)	9
I64	Acidente vascular cerebral não especificado	17
T13.9	Traumatismo não especificado do membro inferior, nível não especificado	3

Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos em 30 de junho de 2022.

No que se refere à faixa etária e ao sexo, de 2010 a 2021 as notificações concentraram-se entre 1 e 4 anos (38,4%) e no sexo masculino (54,9%) ([Gráfico 3](#)).

Gráfico 3. Distribuição dos casos notificados por sexo e faixa etária, ESP, 2010 a 2021.*



Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos em 30 de junho de 2022.

Já quando analisado unicamente o ano de 2021, elas foram predominantes na faixa etária de 10 a 14 anos (41,2%) e, também, no sexo masculino (60,8%). Em 2016, uma técnica de laboratório da área de virologia teve contato com *Enterovírus* e desenvolveu PFA, justificando sua inclusão no banco, sendo o único caso em maior de 15 anos.

Diante da ocorrência de casos, a notificação deve acontecer de forma imediata às autoridades sanitárias no nível local, pelo profissional de saúde à unidade notificadora, que por sua vez comunica concomitantemente as secretarias municipal e estadual de Saúde, através do Centro de Informações Estratégicas em Saúde (Cievs).

Os procedimentos de investigação do caso devem ser iniciados em até 48 horas. Assim, nota-se que 2015 foi o ano com a menor proporção de notificações iniciadas oportunamente (94,7%); em 2021 apenas dois casos não tiveram a investigação iniciada no prazo preconizado, enquanto em 2013, 2019 e 2020 todas as investigações foram iniciadas em até 48 horas. Mas vale ressaltar que em todo o período avaliado a meta de 80% de investigações iniciadas em tempo oportuno foi superada ([Gráfico 4](#)).

Gráfico 4. Proporção de casos que foram notificados de acordo com a oportunidade de início da investigação, ESP, 2010 a 2021.*

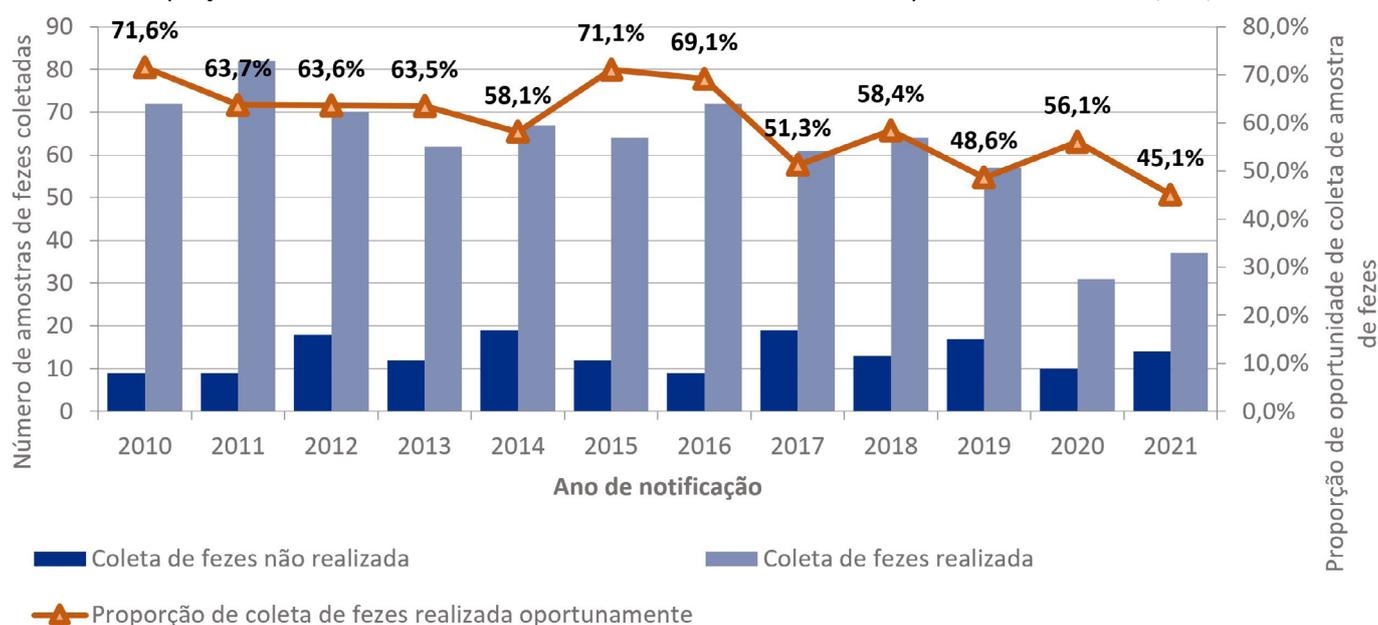


Fonte: DDTHA/CVE/SES-SP. *Dados extraídos em 30 de junho de 2022.

Com base nos objetivos da vigilância das PFA, para além das taxas de notificação e investigação dos casos, também é necessário observar a coleta de fezes de toda e qualquer pessoa menor de 15 anos, ou que atenda aos critérios de notificação, até 14 dias após o início do déficit motor. Assim, infere-se que ainda é necessário intensificar as ações que visem à coleta de fezes de todo e qualquer paciente notificado, bem como melhorar a oportunidade de realização de tal procedimento.

Nesse sentido, frisa-se que 2021 foi o ano que apresentou a menor proporção de amostras coletadas oportunamente (até 14 dias do início do déficit motor). Isso corresponde a 45,1% dos casos, quando a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde é de pelo menos 80% ([Gráfico 5](#)).

Gráfico 5. Proporção de amostras de fezes coletadas dos casos notificados e de oportunidade de coleta, ESP, 2010 a 2021.*



Fonte: DDTHA/CVE/SES-SP. *Dados extraídos em 30 de junho de 2022.

Um dos pilares da vigilância das PFA/polio mielite é o monitoramento ambiental e das coberturas vacinais contra a polio mielite. No que se refere ao monitoramento ambiental, no ESP ele é realizado pela Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (Cetesb), por meio do exame de amostras da composição fecal humana em esgotos, coletadas em pontos selecionados como estratégicos pela Comissão Estadual de Prevenção e Combate à Cólera e demais Doenças Transmitidas por Água e Alimentos, coordenada pelo CVE/CCD/SES-SP.

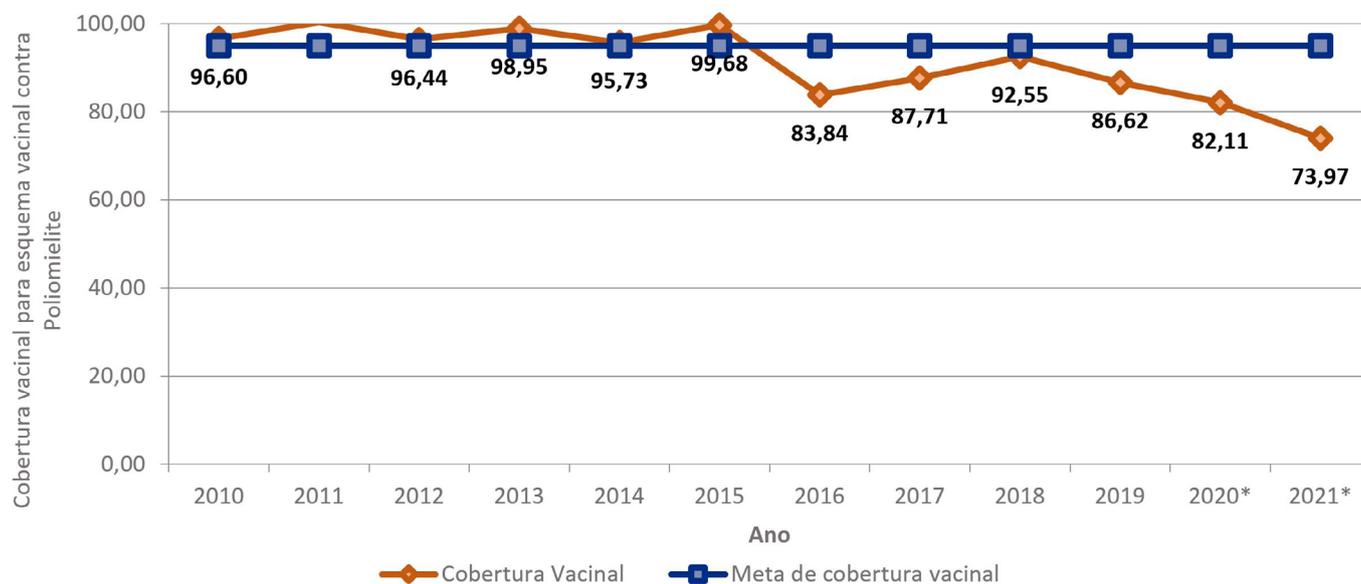
Em 2014, um dos vírus isolados pela Cetesb, no esgoto sanitário do aeroporto de Viracopos, em Campinas (SP), foi caracterizado como poliovírus do tipo 1 (PV1) selvagem. Esse achado foi confirmado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e, após sequenciamento completo do gene VP1 e pesquisa efetuada no banco de dados do GeneBank, constatou-se que possuía identidade nucleotídica de 95% com um poliovírus selvagem, isolado no Chade (CHA1011675), no ano de 2010, pertencente a um genótipo de poliovírus selvagem do Oeste da África, característico da Nigéria (WEAF-B).³ O laboratório global de referência de polio mielite da Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou esse poliovírus como originário da Guiné Equatorial. Ainda em 2014, outra amostragem ambiental isolou no porto de São Sebastião, no litoral de São Paulo, um poliovírus derivado da vacina tipo 2 (VDPV2), mas não foi possível determinar sua origem. Apesar desses poliovírus terem sido encontrados no ambiente, não houve caso de polio mielite registrado no território paulista.³

Em decorrência da covid-19 foi preciso suspender temporariamente o serviço de coleta das amostras de água para pesquisa de poliovírus entre o início do ano de 2020 e dezembro de 2021. A atividade foi retomada em 2022.

Quanto ao esquema vacinal referente à proteção contra a poliomielite, desde 2016 o Ministério da Saúde preconiza a aplicação de três doses da vacina inativada poliomielite (VIP) e duas doses de reforço da VOP, aos 2, 4, 6 e 15 meses e aos 4 anos de idade.

Quando analisadas as coberturas vacinais para o esquema completo da VIP (três doses), nota-se uma diminuição acentuada desde 2018. O ano de 2021 foi o que apresentou a mais baixa cobertura (73,97%) do período avaliado, superando a queda verificada em 2016 (83,84%), ano em que houve a alteração do esquema vacinal (Gráfico 6).

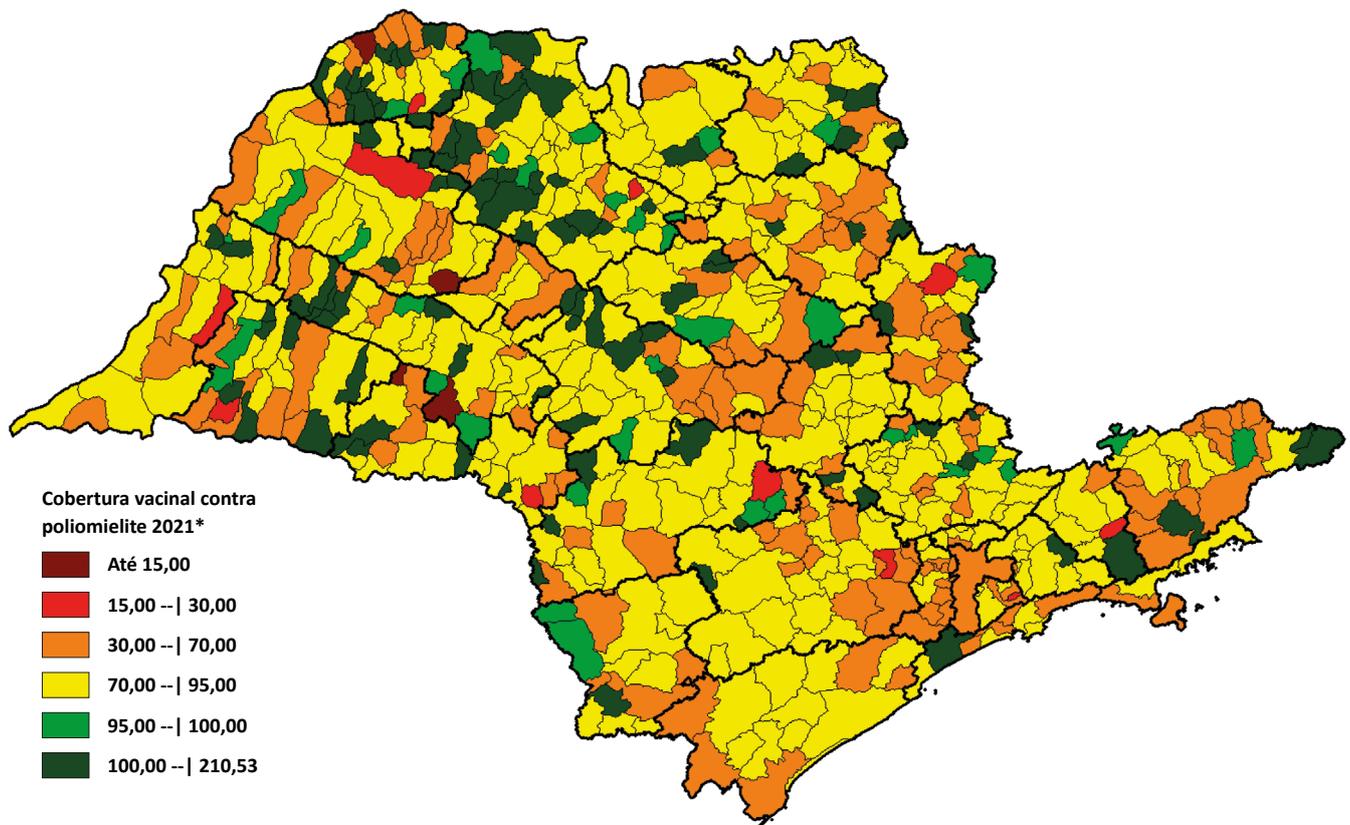
Gráfico 6. Coberturas vacinais para esquema completo contra a poliomielite, ESP, 2010 a 2021.*



Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. *Dados sujeitos a alterações, extraídos em 21 de julho de 2022.

O fato também é observado quando se avalia a cobertura vacinal por grupo de vigilância epidemiológica, sendo as menores verificadas em 2021 nos GVE Capital (62,5%), Osasco (62,7%) e Taubaté (66,7%) e as maiores nos GVE São José do Rio Preto (83,8%), Botucatu (83,2%) e Piracicaba (82,6%).

Em 2021 as coberturas vacinais também se mostram insatisfatórias em 78,29% (505/645) dos municípios paulistas (Figura 3).

Figura 3. Distribuição espacial das coberturas vacinais contra poliomielite, ESP, 2021.*

Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. *Dados sujeitos a alterações, extraídos em 09 de março de 2022.

Esse desempenho indica a necessidade de incrementar as referidas coberturas para reduzir o risco de uma possível reintrodução do poliovírus. Isso porque, quando verificadas as coberturas vacinais dentro dos percentuais esperados, o número de susceptíveis expostos a maior risco de contaminação pelo poliovírus é reduzido.

Mesmo tendo sido confirmado o último caso de poliomielite no Brasil em 1989, diante da queda das coberturas vacinais, não somente no ESP, mas em todas as unidades federadas do país, e com a circulação viral de forma endêmica no Paquistão e Afeganistão e de derivados vacinais em diversos países, há risco para ocorrência de casos importados no país. Além disso, eventual circulação do poliovírus no território nacional pode ocorrer caso haja transmissão local.

REFERÊNCIAS

1. Polio Global Eradication Initiative World Health Organization. Wild poliovirus list [internet]. Geneva; 2022 [acesso em 21 jul 2022]. Disponível em: <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/wild-poliovirus-list/>
 2. Secretaria da Saúde de São Paulo (estado). Centro de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância das paralisias flácidas agudas/manutenção da erradicação da poliomielite – Importância, atividades, rotinas, fluxos operacionais, avaliação e pactuação. São Paulo; 2007.
 3. Secretaria da Saúde de São Paulo (estado). Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. Divisão de Imunização. Identificação de poliovírus 1 selvagem (PV1) pelo monitoramento ambiental em esgoto sanitário no aeroporto de Viracopos Campinas, SP. Nota informativa. São Paulo; 23 jun 2014.
-

Publicação Maio de 2023

Acesso aberto



Como citar

Franco ALMX, Dias JMM, Silva MC, Rocha MGC, Pinheiro MN, Souza VO. Informe epidemiológico da vigilância das paralisias flácidas agudas/poliomielite. Bepa [Internet]. 1 de fevereiro de 2023 ;20(220):1-17. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/37950>

