saude.mg.gov.br

INFORME EPIDEMIOLÓGICO

COORDENADORIA DE DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS

POLIOMIELITE / PARALISIA FLÁCIDA AGUDA

Edição nº 12, Fevereiro / 2014 – Ano III

NOME DO AGRAVO CID-10:

» A80 (Poliomielite Aguda)

CASO SUSPEITO:

- Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em pessoas menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica.

- Caso de deficiência motora flácida, de inicio súbito, em pessoas de qualquer idade, com historia de viagem para países com circulação de poliovírus, que antecederam o início da deficiência motora, ou contato no mesmo período de tempo com pessoas que viajaram para esses países, que apresentem suspeita diagnóstica de poliomielite.

CASO CONFIRMADO:

- CONFIRMADO: Casos de PFA em que houve isolamento do Poliovírus selvagem na amostra de fezes do caso ou de um de seus contatos, independentemente de haver ou não sequela após 60 dias do início da deficiência motora e casos de PFA com isolamento PVDV e sequela após 60 dias do déficit motor.

- POLIOMIELITE COMPATÍVEL: Casos de PFA que não tiveram coleta oportuna de amostra de fezes e que apresentam sequela aos 60 dias, ou evoluíram para óbito, ou teve evolução clínica ignorada.

- POLIOMIELITE ASSOCIADO À VACINA: Casos de PFA em que há isolamento de vírus vacinal na amostra de fezes e presença de sequela compatível com poliomielite, 60 dias após o início do déficit motor.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS PARALISIAS FLÁCIDAS AGUDAS - ANO DE 2013

A poliomielite (“paralisia infantil”) é uma doença infectocontagiosa aguda, causada por um Enterovírus denominado poliovírus (sorotipos 1, 2 e 3). Caracteriza-se por um quadro de paralisia flácida de início súbito, resultante da destruição dos neurônios motores localizados no corno anterior da medula espinhal.

A transmissão do poliovírus ocorre principalmente através do contato direto pessoa a pessoa, pela via fecal-oral ou, raramente, oral-oral. As pessoas não imunizadas são suscetíveis de contrair a doença, sendo que a infecção natural ou a vacinação conferem imunidade duradoura, tipo-específica.

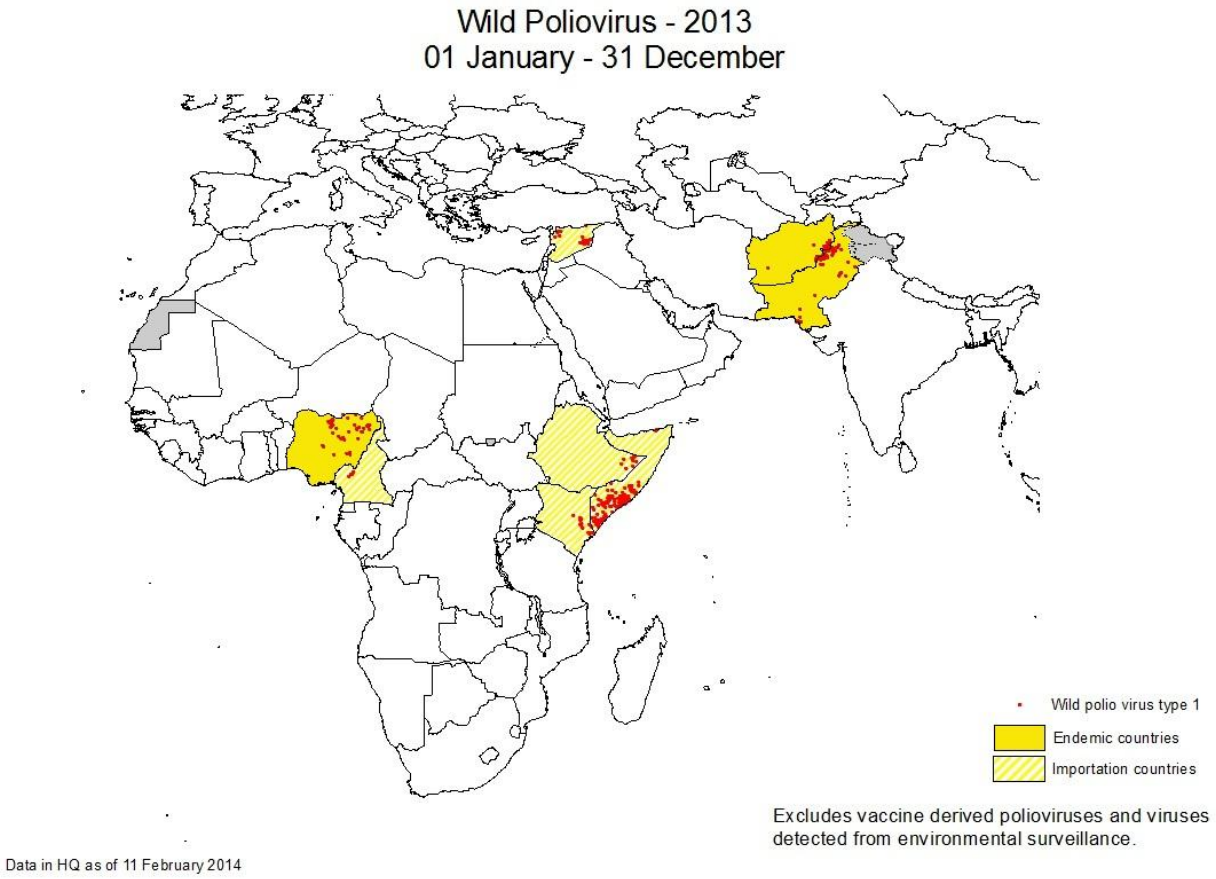
As manifestações clínicas devido à infecção pelo poliovírus são muito variáveis, indo desde infecções inaparentes até quadros de paralisia severa, podendo evoluir para óbito. Outras doenças podem causar um quadro clínico semelhante ao da poliomielite, também cursando com Paralisia Flácida Aguda (PFA).

Para realizar o diagnóstico diferencial da poliomielite, deve-se descartar a polineurite pós-infecciosa e outras infecções que causam paralisia, sendo as mais frequentes: Síndrome de Guillain-Barré, mielite transversa, meningite viral, meningoencefalite e outros Enterovírus (*ECHO* tipo 71 e *coxsackie*, principalmente do grupo A tipo 7).

A poliomielite foi uma doença de alta incidência no Brasil até meados da década de 80. O último caso no país ocorreu em 1989, no município de Souza, Estado da Paraíba. Em 1988 a Organização Mundial de Saúde (OMS) firmou o compromisso de erradicar a doença no mundo. O Brasil, juntamente com todos os países da América, recebeu da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o Certificado de Erradicação da Poliomielite, após três anos sem circulação do poliovírus selvagem.

No mundo, ainda ocorrem casos de poliomielite por poliovírus derivado vacinal (PVDV) em países endêmicos como Afeganistão, Nigéria e Paquistão. Portanto há o risco da reintrodução do poliovírus no Brasil através do turismo internacional.

Figura 1: Distribuição dos casos de poliomielite confimados no mundo no ano de 2013.



Fonte: The Global Polio Eradication Initiative, 2014.

Para manter a erradicação da poliomielite no país, a estratégia utilizada é o Sistema de Vigilância Epidemiológica da Poliomielite e Paralisias Flácidas Agudas (SVE-PFA). A eficácia dessa estratégia depende da manutenção dos altos índices de cobertura vacinal no país e a realização da vigilância das PFA, através de indicadores de qualidade.

Os indicadores operacionais de qualidade da VE-PFA avaliam o desempenho do sistema a fim de garantir a manutenção da erradicação da poliomielite no Brasil, sendo que as metas consideradas satisfatórias são definidas pela OPAS/OMS:

- Taxa de notificação de casos de PFA: Avaliar a sensibilidade da vigilância. Meta mínima – um caso de PFA por 100.000 habitantes menores de 15 anos.

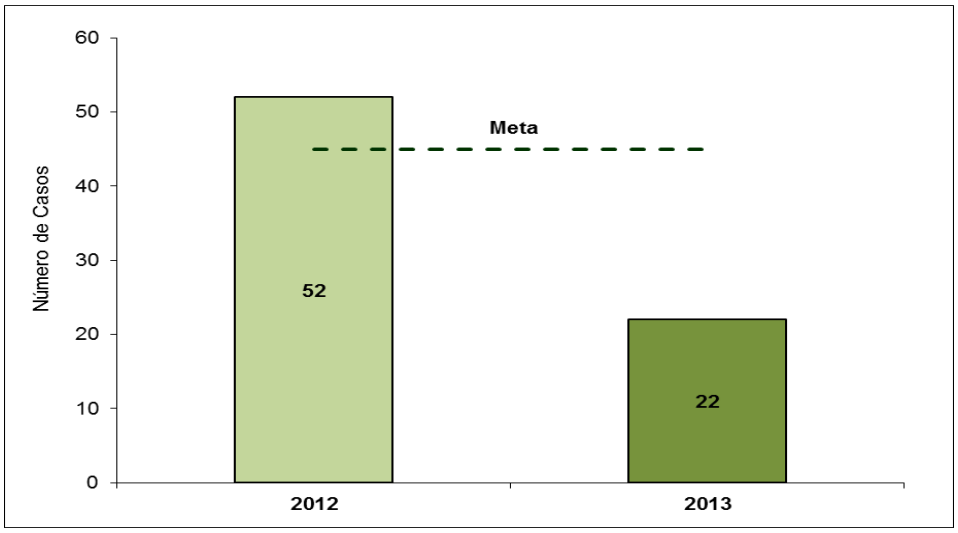
- Coleta oportuna de amostras de fezes: Monitorar a circulação de poliovírus e PVDV. Meta mínima – coletar uma amostra de fezes até o 14º dia do início do déficit motor de 80% dos casos notificados.

- Investigação oportuna: Realizar ações de controle oportunas. Meta mínima – investigar 80% dos casos de PFA em até 48 horas após a notificação.

- Notificação negativa/positiva semanal: Informar semanalmente a ocorrência ou ausência de casos de PFA. Meta mínima – 80% das unidades notificadoras.

De acordo com o gráfico 1, em Minas Gerais, no ano 2013, foram notificados apenas 22 casos de PFA, ficando muito abaixo da meta mínima proposta pela OMS, sendo que a taxa de notificação foi 0,49 casos / 100 mil habitantes em menores de 15 anos.

Gráfico 1: Números de casos notificados de Paralisia Aguda Flácida em Minas Gerais, 2012 - 2013[1].

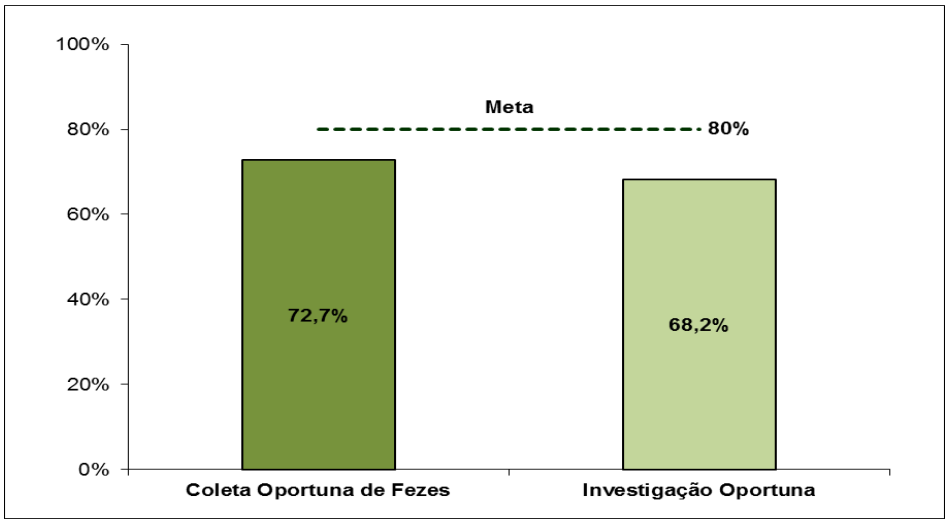


Fonte: Sistema de Informação dos Agravos de Notificação – SINAN/CDAT/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

(1) Dados atualizados em Fevereiro de 2014

Dos 22 casos de PFA notificados em 2013, 68,2% tiveram investigação oportuna e 72,7% fizeram a coleta oportuna das fezes, ambos indicadores abaixo da meta estabelecida de 80%.

Gráfico 2: Percentual de Coleta Oportuna de Fezes e Investigação Oportuna de casos de Paralisia Flácida Aguda - em Minas Gerais 2013[1].



Fonte: Sistema de Informação dos Agravos de Notificação – SINAN/CDAT/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

(1) Dados atualizados em Fevereiro de 2014

Essa redução da sensibilidade na vigilância epidemiológica das PFA pode ser atribuída à alta rotatividade dos recursos humanos nas secretarias de saúde, a acomodação do sistema de saúde gerada pela certificação da erradicação da doença e o desconhecimento dos profissionais de saúde que trabalham na assistência direta ao paciente para a necessidade de detectar e notificar todos os casos de PFA em menores de 15 anos de idade.

Precisamos melhorar nossos indicadores no ano de 2014!!!

Seguem abaixo os números de notificações de casos suspeitos de PFA, segundo Superintendência/ Gerência Regional de Saúde de residência dos casos, no Estado de Minas Gerais, nos anos de 2012 e 2013.

Tabela 1: Distribuição de notificações de PFA/Poliomielite segundo Superintendência/Gerência Regional de Saúde de residência do caso suspeito, Minas Gerais, 2012 – 2013[1].

Regional de Saúde	2012	2013	Total
Alfenas	1	-	1
Barbacena	-	-	-
Belo Horizonte	20	7	27
Coronel Fabriciano	-	-	-
Diamantina	3	2	5
Divinópolis	2	1	3
Governador Valadares	2	-	2
Itabira	-	-	-
Ituiutaba	-	-	-
Januária	-	1	1
Juiz de Fora	1	-	1
Leopoldina	-	1	1
Manhumirim	-	-	-
Montes Claros	2	2	4
Passos	-	-	-
Patos de Minas	-	-	-
Pedra Azul	-	-	-
Pirapora	-	-	-
Ponte Nova	-	1	1
Pouso Alegre	3	-	3
São João Del Rei	-	-	-
Sete Lagoas	-	1	1
Teófilo Otoni	7	3	10
Ubá	-	-	-
Uberaba	4	1	5
Uberlândia	3	2	5
Unaí	-	-	-
Varginha	4	-	4
Total	**52**	**22**	**74**

Fonte: Sistema de Informação dos Agravos de Notificação – SINAN/CDAT/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

(1) Dados atualizados em Fevereiro de 2014

✓ Diagnóstico laboratorial da Poliomielite

O poliovírus pode ser isolado de diversos materiais biológicos, de acordo com a fase evolutiva da doença. Devido ao fato de sua multiplicação ocorrer no trato intestinal por várias semanas após a infecção, as amostras de fezes são as mais recomendadas para o isolamento do poliovírus. Maiores informações sobre a coleta, armazenamento e transporte do material biológico para a FUNED/MG podem ser encontradas no "Manual de Coleta, Acondicionamento e Transporte de Material Biológico para Exames Laboratoriais" no link: *http://funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/07/manual-de-transportes-vers%C3%A3o-final-14demaio.pdf*

✓ *Considerações finais*

Portanto a vigilância epidemiológica das PFA, consequentemente a manutenção da erradicação da poliomielite no Brasil, constitui um desafio contínuo para o Sistema Único de Saúde.

Dentre os desafios enfrentados para uma vigilância eficaz e produção de dados de qualidade estão:

- Subnotificação dos casos de Paralisia Flácida Aguda;
- Preenchimento incompleto da ficha de investigação;
- Coleta de amostras de fezes não realizada;
- Revisita não efetuada;
- A não priorização para a investigação dos casos.

As recomendações a serem adotadas são:

- Notificar imediatamente e investigar todo caso de PFA em menores de 15 anos de idade;
- Preenchimento oportuno e completo da Ficha de Investigação PFA/Poliomielite;
- Realizar a coleta de fezes em até 14 dias do início do déficit motor;
- Realizar a revisita do caso em até 60 dias do início da deficiência motora.
- Encerramento do caso no SinanNet em até 60 dias após a data da notificação.

Cabe ressaltar a importância primordial dos profissionais de saúde em serem capazes de detectar e notificar todos os casos de PFA em menores de 15 anos, pois é através desta ação que se garante a manutenção da erradicação da poliomielite no país.

Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2014.

Ana Paula de Oliveira

Referência Técnica Estadual em Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda