



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Estado da Saúde de Roraima
"Amazônia: patrimônio dos brasileiros"

NOTA TÉCNICA

NOTA TÉCNICA/DVE/CGVS/SESAU Nº 05/2022

ASSUNTO: Orientações para os procedimentos de fluxo de atendimento da Poliomielite nas Unidades de Saúde do estado de Roraima.

1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL E NO MUNDO

Dados da Organização Mundial de Saúde – OMS, demonstram que a doença permanece endêmica em dois países (Paquistão e Afeganistão) e mesmo com redução no número de casos confirmados em 2020 e 2021, em 2022, foram confirmados dois casos em países onde a doença estava eliminada, sendo um selvagem decorrente de importação no Malawi, com início do déficit motor em novembro de 2021 e um derivado vacinal em Israel, no mês de fevereiro de 2022. A África permaneceu por mais de cinco anos sem circulação de poliovírus selvagem, em Israel a doença estava eliminada há 32 anos.¹

A cobertura vacinal abaixo da meta de 95%, associada a dificuldades no desenvolvimento das ações de vigilância das paralisias flácidas agudas e a pandemia de COVID 19, leva o país ao alto risco de reintrodução da doença e a consequente disseminação do vírus devido aos bolsões de crianças não vacinadas.

Os últimos casos de Poliomielite no Brasil ocorreram em 1989, em 1994 o país recebeu da Organização Mundial de Saúde (OMS) /Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a Certificação de área livre de circulação do Poliovírus Selvagem do seu território, juntamente com os demais países das Américas.²

Em 2020, houve uma redução significativa no número de casos notificados de PFA em comparação com anos pré-pandemia. Além disso, a partir da semana epidemiológica 28 de 2021, a situação havia piorou: 3 países da América Latina e Caribe (Cuba, República Dominicana e Uruguai) não havia relatado um único caso de PFA; e comparados com casos relatados em pré-pandemia anos, o número médio de casos notificados foi $\geq 50\%$: Argentina (96%), El Salvador (94%), Peru (83%), Panamá (80%), sub-região do Caribe (73%), Equador (63%), Brasil (73%), Nicarágua (73%) e Costa Rica (50%) (**Tabela 1**).²

Tabela 1. Casos de PFA relatados por país, 2018-2021*

Sub Região	País				
		2018	2019	2020	2021
AND	Bolívia	26	13	7	9
	Colômbia	85	82	57	39
	Equador	21	31	16	8
	Peru	53	79	36	9
	Venezuela	45	52	34	28
BRA	Brasil	274	257	144	103
CAP	Costa Rica	8	9	10	4
	Guatemala	29	33	19	22
	Honduras	26	26	28	19
	Nicarágua	11	15	7	5
	Panamá	10	1	7	1
	El Salvador	26	22	8	1
CAR	CAR	4	5	3	1
LAC	Cuba	15	13	10	0
	República Dominicana	10	12	5	0
	Haiti	6	8	4	3
NOA	México	319	394	306	225
SOC	Argentina	97	106	53	3
	Chile	32	27	20	14
	Paraguai	14	14	5	7
	Uruguai	2	6	0	0

Fonte: *Dados das semanas epidemiológicas 1-28 de 2018 a 2021, crianças <15 anos. Todos os dados em 17 de julho de 2021. Fonte: Relatórios dos países.

AND: Região Andina

BRA: Região Brasileira

CAP: Região das Américas e Panamá

CAR: Países Caribenhos não Hispânicos

LAC: Região Caribenha Latina-Americana

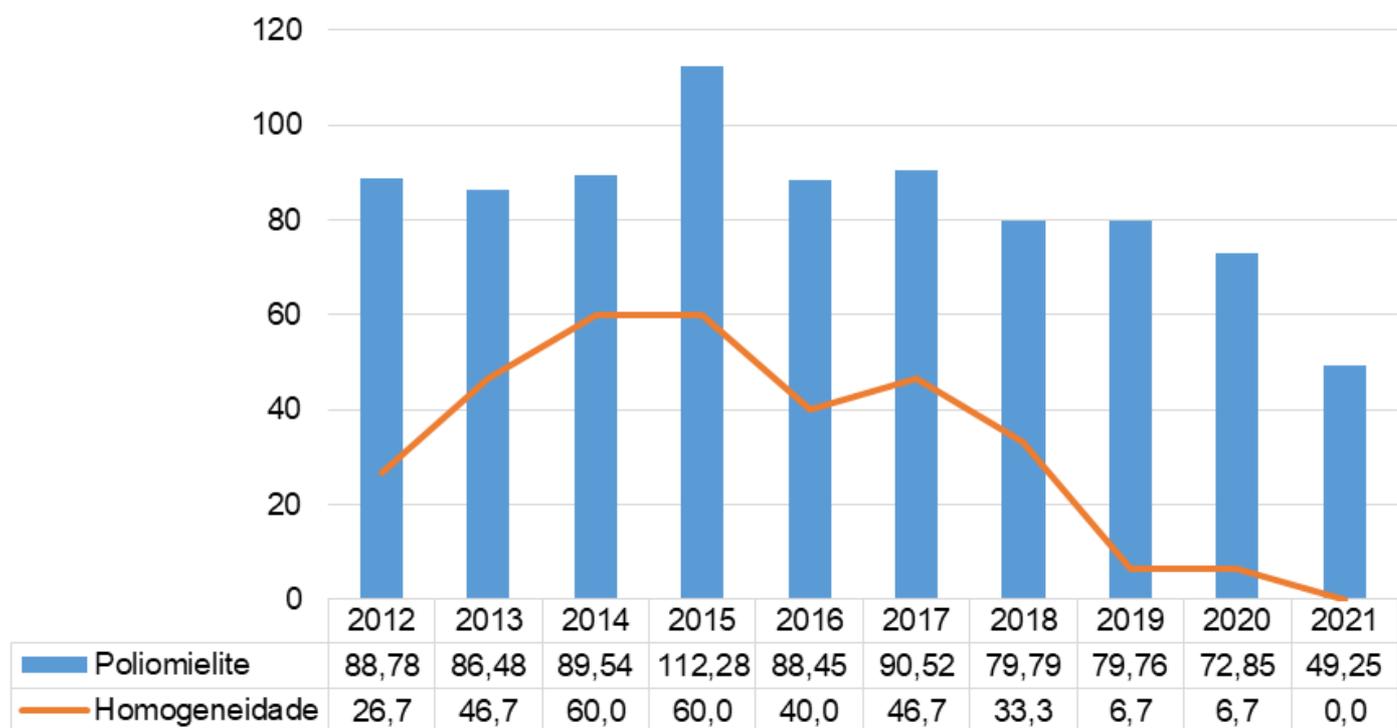
NOA: Região Norte Americana

SOC: Região Conesul

2. SITUAÇÃO VACINAL NO ESTADO

A cobertura vacinal (CV) de Poliomielite no estado de Roraima em menores de 4 anos, no período de 2012 a 2021, não alcançou homogeneidade adequada ($\geq 70\%$). O melhor desempenho no alcance da meta preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) para a CV foi no ano de 2015, onde o Estado teve um alcance de 112,3%, e somente nos anos de 2014 e 2015, 60% (n=9) do total dos municípios tiveram suas coberturas satisfatórias. A partir de 2019 houve uma redução expressiva no alcance da meta preconizada entre municípios ocasionando o aumento de bolsões de suscetíveis à Poliomielite (**Figura 1 e Tabela 2**). Em 2021, a CV do Estado foi de 49,25%, a menor da série analisada, alertando assim para a possibilidade de risco de reintrodução da poliomielite.

Figura 1. Cobertura vacinal e homogeneidade da vacina contra a Poliomielite no estado de Roraima no período de 2012 a 2021



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS).
 Dados atualizados em: 08/03/2022

Tabela 2. Cobertura vacinal da vacina contra a Poliomielite por município no estado de Roraima no período de 2012 a 2021

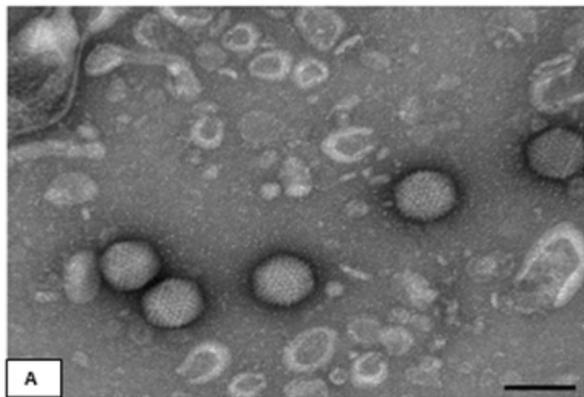
Município	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Amajari	69,3	85,7	98,4	85,9	94,6	70,4	81,2	43,9	18,9	15,3
Alto Alegre	79,5	142,4	88,2	67,3	67,1	47,5	67,6	52,1	44,9	23,9
Boa Vista	93,0	84,3	84,7	121,9	87,3	93,2	72,7	93,4	87,4	57,5
Bonfim	57,2	83,3	131,7	96,7	107,1	116,6	223,8	67,9	34,0	29,2
Cantá	120,3	48,7	47,9	62,7	49,2	54,1	36,5	27,8	47,7	38,7
Caracarái	97,1	121,2	83,8	86,8	79,3	100,5	82,6	71,5	58,5	44,9
Caroebe	61,4	97,2	122,5	127,8	89,6	135,1	121,9	74,9	77,1	70,6
Iracema	59,4	120,0	75,1	97,3	93,0	101,9	93,1	78,6	77,9	44,3
Mucajá	90,2	81,2	125,9	98,3	93,0	105,7	58,8	60,8	77,4	54,3
Normandia	81,0	78,3	96,9	111,0	95,2	93,6	100,5	43,6	24,1	21,7
Pacaraima	71,0	71,4	89,9	165,4	102,4	91,4	94,7	119,7	57,1	33,1
Rorainópolis	111,3	97,7	111,1	108,1	124,7	78,3	52,7	42,8	79,9	62,3
São João da Baliza	95,4	108,1	96,6	88,3	96,6	123,9	121,2	82,8	109,8	87,8
São Luiz	45,1	121,4	109,5	93,8	128,4	198,5	114,5	31,1	49,1	66,4
Uiramutã	66,1	64,6	101,2	111,0	89,1	74,4	89,1	56,9	23,4	12,7
Total	88,8	86,5	89,5	112,3	88,4	90,5	79,8	79,8	72,8	49,2

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS).
 Dados atualizados em: 08/03/2022

3. CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito, que ocorre em aproximadamente 1% das infecções causadas pelo poliovírus. O déficit motor instala-se subitamente e sua evolução, frequentemente, não ultrapassa três dias. Acomete, em geral, os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada, e 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, por meio de gotículas de secreções da orofaringe (ao falar, tossir ou espirrar). Seu período de incubação Geralmente de 7 a 12 dias, podendo variar de 2 a 30 dias.³

Figura 2. (A) Coloração negativa do poliovírus. (B) Manifestações clínicas da Poliomielite



Fonte:
https://www.researchgate.net/figure/Negative-stain-of-a-large-naked-icosahedral-virus-adenovirus-Note-bead-like-capsomeric_fig3_26888546



Fonte:
<https://www.fcencias.com/2018/02/13/poliomielite/>

4. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E LABORATORIAL

4.1 DEFINIÇÃO DE CASO³

SUSPEITO

- Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduos com menos de 15 anos de idade, independentemente da hipótese diagnóstica de poliomielite.
- Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação de poliovírus nos últimos 30 dias que antecedem o início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para países com circulação de poliovírus selvagem e apresentaram suspeita diagnóstica de poliomielite.

CONFIRMADO

- **Poliovírus selvagem:** caso de PFA, em que houve isolamento de poliovírus selvagem na amostra de fezes do caso, ou de um de seus contatos, independentemente de haver ou não seqüela após 60 dias do início da deficiência motora.
- **Poliomielite associada à vacina (PAV):** caso de PFA em que há isolamento de vírus vacinal na amostra de fezes e presença de seqüela compatível com poliomielite 60 dias após o início da deficiência motora. Há dois tipos:
 - a) PFA, que se inicia entre 4 e 40 dias após o recebimento da vacina poliomielite oral (atenuada), e que apresenta seqüela neurológica compatível com poliomielite 60 dias após o início do déficit motor;
 - b) Caso de poliomielite associada à vacina por contato: PFA que surge após contato com criança que tenha recebido vacina oral poliomielite (VOP) até 40 dias antes. A paralisia surge de 4 a 85 dias após a exposição ao contato vacinado e o indivíduo apresenta seqüela neurológica compatível com poliomielite 60 dias após o déficit motor.

Obs: Em qualquer das situações anteriores, o isolamento de poliovírus vacinal nas fezes e seqüela neurológica compatível com poliomielite são condições imprescindíveis para que o caso seja considerado como associado à vacina.

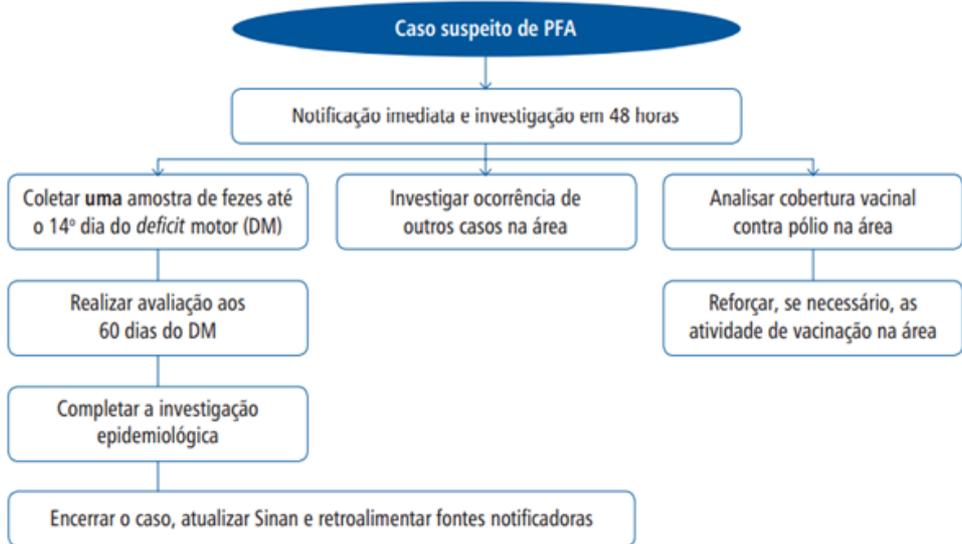
- **Poliovírus derivado vacinal:** caso de PFA com seqüela 60 dias após o início do déficit motor e isolamento de PVDV. Para poliovírus tipo 1 e 3 com mutação no gene de codificação da proteína VP1 maior ou igual a 1,0% e igual ou superior a 0,6% para poliovírus tipo 2.
- **Poliomielite compatível:** caso de PFA que não teve coleta adequada na amostra de fezes e que apresentou seqüela aos 60 dias ou evoluiu para óbito ou teve evolução clínica ignorada.
- **DESCARTADO (não poliomielite):** caso de PFA no qual não houve isolamento de poliovírus selvagem na amostra adequada de fezes, ou seja, **amostra coletada até 14 dias do início da deficiência motora** em quantidade e temperatura satisfatórias.

4.2. NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO³

Todo caso de PFA **deve ser notificado imediatamente** pelo nível local à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e esta, ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde/ CIEVS – Roraima pelo telefone (95) 98407-3055 e/ou pelo e-mail: nievs.cgvs@saude.rr.gov.br. A notificação deve ser registrada no SINAN, por meio do preenchimento e do envio da Ficha de Investigação de Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite. Além disso, todo caso suspeito de PAV e/ou PVDV deve ser notificado no Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SIEAPV), por intermédio da Ficha de Investigação/Notificação de Evento Adverso Pós-vacinação.⁴ Não há link direto para essa ficha. A orientação é a notificação direta no e-SUS Notifica, pelo link: <https://notifica.saude.gov.br>. Os casos de paralisia ocular isolada e paralisia facial periférica não devem ser notificados e investigados.

Todo caso de PFA **deve ser investigado, nas primeiras 48 horas após o conhecimento**, com o objetivo de coletar as informações necessárias para a correta classificação do caso. Essa medida visa subsidiar o processo de tomada de decisão quanto ao desencadeamento em tempo hábil das medidas de controle indicadas em cada situação. Para realizar a investigação do caso suspeito de PFA, é necessário observar o roteiro do Guia de Vigilância em Saúde pelo link:

Figura 3. Fluxograma de investigação epidemiológica de paralisia flácida aguda: conduta frente a casos suspeitos



Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

4.3 LABORATÓRIO

A amostra de fezes constitui o material mais adequado para o isolamento do poliovírus. Embora os pacientes com poliomielite eliminem poliovírus durante semanas, os melhores resultados de isolamento são alcançados com amostras fecais coletadas na fase aguda da doença, ou seja, até o 14º dia do início da deficiência motora.

A amostra deverá ser coletada em um recipiente limpo e seco e vedar bem. A quantidade de fezes recomendada deve ser equivalente a dois terços da capacidade de um coletor universal. O coletor deve estar devidamente identificado com o nome completo do paciente, data da coleta e local de procedência da amostra. Após a coleta o recipiente contendo a amostra fecal deve ser, o mais brevemente possível, estocado e conservado em freezer a -20°C até o momento do envio. Na impossibilidade da utilização de freezer, colocar em geladeira comum (4 a 8°C) por até no máximo 3 dias, não devendo as amostras jamais serem colocadas em congelador comum.

O transporte para o LACEN/RR deve ser feito em caixa térmica com gelo seco e/ou reciclável, sendo que o recipiente deve estar acondicionado dentro de um saco plástico individual bem vedado, para que em caso de descongelamento ou vazamento não haja risco de contaminação. A caixa térmica deve conter uma quantidade de gelo suficiente para garantir uma temperatura de no máximo 8°C até as amostras cheguem ao LACEN/RR. Uma cópia da ficha de notificação/investigação devidamente preenchida e cadastrada no GAL deve ser enviada ao laboratório acompanhando a amostra de fezes. Posteriormente a amostra biológica do caso suspeito será encaminhada para o Instituto Evandro Chagas (IEC/PA).

4.3.1 Cadastro no GAL Para a realização do cadastro no GAL registrar como material biológico FEZES e em PESQUISA Poliovírus.

Figura 4. Tela retirada do GAL/RR com as informações a serem inseridas para o cadastro.

Incluir Requisição

19/02/2018 BOA VISTA 16/02/2018 HCSA

Amostras

Nova amostra: **Fezes** Localização **u** IN - Amostra "in natura"

Data da Colet: Hora da Cole: Medicamento: **Medicamento'** Qual medicamento utilizado ?

Data de Inicio: **Incluir** **Excluir**

Material	Localização	Amostra	Material Clínico	Data c

Pesquisas/Exames

Nova pesquisa: **Poliovírus** Amostra **Incluir** **Excluir** **Incluir exame** **Excluir exame**

Exame	Metodologia	Amostra	Status

Salvar **Cancelar**

4.4 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE³

A principal proteção ocorre pela manutenção de elevadas coberturas vacinais na rotina e das campanhas de vacinação em massa, com as vacinas oral e injetável. Quando houver casos notificados de PFA com hipótese diagnóstica de poliomielite, recomenda-se a vacinação com VOP indiscriminada para menores de 5 anos na área de abrangência do caso.

A vacinação é a principal medida de prevenção da poliomielite

O esquema vacinal consiste na administração de três doses de vacina inativada poliomielite (VIP), aos 2, 4 e 6 meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias. Devem ainda ser administradas duas doses de reforço, a primeira aos 15 meses e a segunda aos 4 anos de idade.

4.5 RECOMENDAÇÕES¹

O Ministério da Saúde de acordo com as orientações da OMS, recomenda e reforça a necessidade de intensificação das ações de vigilância epidemiológica, laboratorial e imunização, articuladas entre as três esferas de gestão no acolhimento a refugiados e repatriados da Ucrânia, conforme a seguir:

- Coletar uma amostra de fezes das crianças menores de quinze anos para rastrear a circulação de poliovírus, independente do estado de saúde (Refugiados/Repatriados);
- Recomendar vacinação do viajante conforme normas técnicas da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI);
- Realizar ações de busca ativa para identificação de casos de PFA em < 15 anos;
- Sensibilizar profissionais de saúde para notificação e investigação imediata de PFA em < 15 anos;
- Realizar monitoramento dos casos de PFA até o encerramento.

5. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações NOTA INFORMATIVA Nº 66/2022-CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Brasília, 01 de abril de 2022.
2. OPAS/OMS. XXVI Meeting of PAHO's Technical Advisory Group (TAG) on Vaccine-Preventable Diseases, 14–16 July 2021 (virtual). PAHO/FPL/IM/COVID-19/21-0038. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54833>. Acesso: 25/04/2022.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 1.126 p.: il



Documento assinado eletronicamente por **Larissa Rita Pereira Costa, Gerente do Núcleo de Controle da Polio, Paralisia Flácida, Influenza e Tétano**, em 02/06/2022, às 14:27, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **José Vieira Filho, Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica**, em 02/06/2022, às 14:28, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **Valdirene Oliveira Cruz, Coordenadora Geral de Vigilância em Saúde**, em 02/06/2022, às 17:10, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no endereço <https://sei.rr.gov.br/autenticar> informando o código verificador **5148499** e o código CRC **34C214D7**.