



ALERTA CIEVS – POLIOMIELITE

Pandemia, negacionismo e falta de incentivo: baixa vacinação contra a pólio se agrava no Brasil após Covid

Novos casos foram registrados em Israel e no Malawi e servem como razão de alerta para a vulnerabilidade do Brasil, onde mais de 3 em cada 10 crianças não foram imunizadas em 2021.

<https://g1.globo.com/saude/noticia/2022/03/10/pandemia-negacionismo-e-falta-de-incentivo-baixa-vacinacao-contra-a-polio-se-agrava-no-brasil-apos-covid.ghtml>

Descrição:

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.

O município de Niterói notificou em 2021 dois casos de PFA de não residentes (Maricá e São Gonçalo). No ano de 2022 até o momento não houve notificação.

DEFINIÇÃO DE CASO

1. CASO 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 poli vírus 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 poli vírus selvagem e apresentaram suspeita diagnóstica de poliomielite.

2. CASO 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 sequela após 60 dias do início da deficiência motora.
- **Poliomielite associada a vacina (PAV):** caso 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 da deficiência motora. Há dois tipos:
 - PFA que se inicia entre 4 e 40 dias após o recebimento da vacina poliomielite oral (atenuada), e que apresenta sequela neurológica compatível com poliomielite 60 dias após o início do déficit motor;
 - Caso de poliomielite associado à vacina por contato: PFA que surge após contato com criança que tenha recebido vacina oral poliomielite (VOP) até 40 dias antes.

Observação: o isolamento de poliovírus vacinal nas fezes e sequela neurológica compatível com poliomielite são condições imprescindíveis para que o caso seja considerado como associado à vacina.

- **Poliovírus derivado vacinal (PVDV):** caso de PFA com sequela 60 dias após o início do deficit 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 sequela aos 60 dias ou evoluiu para óbito ou teve evolução clinica ignorada.

3. CASO 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.

Transmissão:

Poliovirus, sorotipos 1, 2 e 3, pertencentes ao gênero Enterovirus, família Picornaviridae.

Os poliovírus selvagens dos três sorotipos podem causar paralisia flácida, sendo o sorotipo 1 de maior frequência, o sorotipo 3 de menor frequência, e a circulação do sorotipo 2 não tem sido registrada desde 1999 (VERONESI, 2005).

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) (VERONESI, 2005).

Geralmente de 7 a 12 dias, podendo variar de 2 a 30 dias (VERONESI, 2005).

Todas as pessoas não imunizadas, seja pela infecção natural, seja pela vacinação, são suscetíveis de contrair a doença.

Período de transmissibilidade

Não se conhece com precisão, mas pode se iniciar antes do surgimento das manifestações clínicas. O vírus é encontrado nas secreções da orofaringe após 36 a 72 horas a partir da instalação da infecção. Em indivíduos infectados, a eliminação do vírus pela orofaringe persiste por um período de aproximadamente uma semana, e, nas fezes, por volta de três a seis semanas, enquanto nos indivíduos reinfetados a eliminação do vírus ocorre em menor quantidade por períodos mais reduzidos.

Manifestações clínicas

A infecção pelo poliovírus selvagem apresenta-se sob diferentes formas clínicas:

- **Forma inaparente ou assintomática:** sem manifestação clínica, podendo ser identificada apenas por exames laboratoriais específicos. Ocorre em mais de 90% das infecções.
- **Forma abortiva:** caracteriza-se por sintomas inespecíficos: febre, cefaleia, tosse e coriza; e manifestações gastrointestinais, como vômito, dor abdominal e diarreia. Como na forma inaparente, só é possível estabelecer diagnóstico por meio do isolamento do vírus. Ocorre em aproximadamente 5% dos casos.

Nessa forma, o paciente não sofre nenhum prejuízo relacionado ao funcionamento das células do sistema nervoso central.

- **Forma meningite asséptica:** no início, apresenta-se com as mesmas características da forma abortiva. Posteriormente, surgem sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski positivos) e rigidez de nuca.
- **Forma paralítica:** acomete em torno de 1% a 1,6% dos casos, e apenas as formas paralíticas tem características clínicas típicas, que permitem sugerir o diagnóstico de poliomielite, entre elas:

- instalação súbita da deficiência motora, acompanhada de febre;
- assimetria, acometendo, sobretudo, a musculatura dos membros, com mais frequência
- os inferiores;
- flacidez muscular, com diminuição ou abolição de reflexos profundos na área paralisada;
- sensibilidade preservada;
- persistência de alguma paralisia residual (sequela) após 60 dias do início da doença.

Diagnóstico laboratorial

Exames específicos

Isolamento do vírus: é realizado a partir de amostra de fezes do caso ou de seus contatos para confirmação diagnóstica.

Sequenciamento nucleotídico: identifica o genoma do poliovírus isolado na região do gene que codifica a principal proteína da superfície viral (VP1), em que a maior parte das análises moleculares é realizada.

Coleta de amostra de fezes

A amostra de fezes constitui o material mais adequado para o isolamento do poliovírus até o 14o dia do início da deficiência motora.

Todo caso conhecido deverá ter uma amostra de fezes, coletada no máximo até 60 dias após o início da deficiência motora.

O swab retal somente é recomendado em casos de paralisia flácida aguda (PFA) que foram a óbito antes da coleta adequada de fezes.

Coleta de amostras de fezes de contatos

Deverão ser coletadas nas seguintes situações:

Contatos de caso com clinica compatível com poliomielite, quando houver suspeita de reintrodução da circulação do poli vírus selvagem.

Contato de caso em que haja confirmação do vírus derivado vacinal. Contatos, intradomiciliares ou não, são priorizados para coleta de amostras de fezes.

Não coletar amostras de contato que recebeu a vacina contra a poliomielite nos últimos 30 dias.

Ações de Vigilância Epidemiológica:

A vigilância da poliomielite no Brasil é realizada por meio da vigilância da paralisia flácida aguda (PFA) em menores de 15 anos. Todos os casos de PFA em menores de 15 anos devem ser notificados imediatamente.

A vacinação é a principal medida de prevenção da poliomielite.

O Brasil tem implementado estratégias que orientam as ações de prevenção e controle, como as campanhas anuais. Em 2016, houve a substituição do uso da vacina oral poliomielite trivalente (VOpt) pela vacina oral poliomielite bivalente (VOPb).

No calendário da criança oferecido pelo SUS 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 com a vacina VOP, aos 15 meses e aos 4 anos de idade (BRASIL, 2020).

Destaca-se que, embora a Vigilância das Coberturas Vacinais se inicie na sala de vacina, ela não se restringe a esse setor e ao profissional que nele atua, ou seja, a avaliação do status vacinal é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde, independentemente do tipo de atendimento buscado pelo indivíduo ou do responsável por ele, em uma unidade de saúde. Todos os profissionais devem estar atentos, sensíveis a verificação da situação vacinal da população, orientando-a quanto a importância da vacinação quando da identificação de não vacinados.

Todo caso de PFA deve ser **notificado imediatamente** por meio do preenchimento e envio da Ficha de Investigação de Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite para a Coordenação de Vigilância em Saúde de Niterói (COVIG) através do e-mail: **covig.niteroi@gmail.com**; ou telefones **2719-4491/ 2620-6831/ 99981-1894**.

Além disso, todo caso suspeito de PAV e/ou PVDV deve ser notificado no Sistema de Informação de Eventos Adversos Informação (SIEAPV), por intermédio da Ficha de Investigação/Notificação de Evento Adverso Notificação (BRASIL, 2020).

Referência:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos posvacinação. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota informativa n.º 90 – SEI/2017 – CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Presta orientações aos serviços de saúde e usuários sobre a vacinação do viajante internacional contra poliomielite. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/08/SEI-MS-0715942-Nota-Informativa-90.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica Conjunta n.º 7/2014 CGDT/CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Sobre a Declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://www.soperj.org.br/imagebank/Nota_Informativa_Conjunta_PFA.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
4. SCHATZMAYR, H. G. *et al.* Erradicação da poliomielite no Brasil: a contribuição da Fundação Oswaldo Cruz. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 11-24, jan./abr. 2002.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Instrução Normativa Referente ao Calendário Nacional de Vacinação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/24/Site-Instrucao-Normativa-Calendario-.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2021.
6. VERONESI, R. Tratado de infectologia. Editor Científico Roberto Focaccia. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.