

INFORME TÉCNICO

PARALISIA FLÁCIDA AGUDA/POLIOMIELITE - CID A80

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS
Edição nº 11, Junho de 2013 – Ano I

PARALISIA FLÁCIDA AGUDA/POLIOMIELITE - CID 10: A80

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 início súbito, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação do poliovírus nos últimos 30 dias, que antecederam o início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para esses países endêmicos para poliomielite.*

CASO CONFIRMADO

- Poliovírus selvagem – caso de paralisia flácida aguda, em que houve isolamento de poliovírus selvagem na amostra de fezes do caso, ou de um de seus contatos, independente de haver ou não sequelas, após 60 dias do início da deficiência motora.
- Poliovírus derivado vacinal (PVDV) – caso de PFA com isolamento de PVDV e sequelas, 60 dias após déficit motor, ou seja, isolamento de poliovírus que apresentar entre 1 a 15% de diferença genética em relação ao vírus vacinal correspondente.

INTRODUÇÃO

A poliomielite ou "paralisia infantil" é uma doença infecto-contagiosa viral aguda, caracterizada por um quadro clássico de paralisia flácida de início súbito. O déficit motor instala-se subitamente e a evolução desta manifestação freqüentemente não ultrapassa três dias.

As manifestações clínicas da Poliomielite são determinadas pelo comprometimento do neurônio motor periférico. O quadro de paralisia flácida de início súbito acomete principalmente os membros inferiores de forma assimétrica; a sensibilidade é conservada e há ausência de reflexos tendinosos profundos nos seguimentos atingidos. Uma pessoa que se infecta com o poliovírus pode ou não desenvolver a doença. Quando apresenta a doença, pode desenvolver paralisia flácida (permanente ou transitória) ou, eventualmente, evoluir para o óbito.

A transmissão pode ser por via direta, através de secreções nasofaríngeas de pessoas infectadas, ou por via indireta, através de água, alimentos ou objetos infectados. O período médio de incubação é de 7 a 12 dias, variando de 2 a 30 dias. A transmissão ocorre de 36 a 72 horas após a infecção e mantém-se durante cerca de seis semanas. Todas as pessoas não imunizadas são suscetíveis à infecção.

A doença foi de alta incidência no país em anos anteriores, deixando centenas de deficientes físicos por ano. Hoje, encontra-se

ERRADICADA no Brasil em virtude das ações de imunização e vigilância epidemiológica, desenvolvidas desde 1980 até os dias de hoje. Juntamente com uma vigilância efetiva das PFAs, a vacinação é a única forma de prevenção e erradicação da poliomielite.

Na época, o Brasil comprometeu-se internacionalmente, a manter altos índices de Cobertura Vacinal e de manter uma Vigilância eficiente e atuante das Paralisias Flácidas Agudas. Após 18 anos da certificação ainda há o risco da reintrodução do poliovírus selvagem no Brasil, considerando-se o intercâmbio comercial, econômico e cultural que o país mantém com outros países endêmicos para poliomielite, tais como: Nigéria, Paquistão e Afeganistão.

A Organização Mundial da Saúde (2009) ressalta que desde 1990 não há registro de casos de poliomielite no país, fato que levou o Brasil a obter da Organização Pan – Americana de Saúde (OPAS) o certificado de erradicação do poliovírus selvagem autóctone do seu território em 1994, juntamente com os demais países das Américas.

É importante salientar que a erradicação da doença necessita de um sistema de vigilância epidemiológica capaz de identificar imediatamente um único caso que se apresente na forma paralítica. É nesse sentido que a Vigilância das Paralisias Flácidas Agudas (PFAs), independente da hipótese diagnóstica, é fundamental para assegurar a identificação de possíveis casos de poliomielite, para que se possa instituir as medidas de controle capazes de interromper a transmissão do vírus e a disseminação da doença.

A vigilância das Paralisias Flácidas Agudas é avaliada por quatro indicadores preconizados internacionalmente, que são:

- 1- Taxa de notificação de casos de PFA igual ou maior que um caso por 100.000 habitantes menores de 15 anos,
- 2- 80% dos casos notificados com coleta de amostra de fezes para monitoramento viral até duas semanas após o início da deficiência motora,
- 3- 80% dos casos com investigação até 48 horas após notificação,
- 4- 80% das fontes notificadoras devem informar semanalmente ao sistema os casos ocorridos ou a ausência dos mesmos.

Estes indicadores medem a qualidade da vigilância das PFAs e foram estabelecidos como metas definidas pela OPAS/OMS. O indicador taxa de notificação e coleta de fezes em tempo oportuna são considerados indicadores-chave.

Ressalta-se que no cenário global de poliomielite, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), corroboram que no ano de 2013, até o dia 25 de junho, foram registrados 46 casos de poliomielite, todos em países considerados endêmicos (17 no Paquistão, 03 no Afeganistão e 26 na Nigéria), número inferior quando comparado ao mesmo período de 2012 (80 casos)

Wild Poliovirus 2008 - 2013

Country or territory ²	Wild virus confirmed cases										Wild virus reported from other sources ³						
	Total					01 Jan - 25 Jun ¹		Date of most recent type 3	Date of most recent type 1	Total							
	2008	2009	2010	2011	2012	2012	2013			2008	2009	2010	2011	2012	2013	Date of most recent virus	
Pakistan	117	89	144	198	58	22	17	18-Apr-12	06-Jun-13			18	79	142	89	19	20-May-13
Afghanistan	31	38	25	80	37	10	3	11-Apr-10	06-Jun-13			2					27-Jul-09
Israel	0	0	0	0	0	0	0	NA	NA							11	02-Jun-13
Somalia	0	0	0	0	0	0	25	06-Oct-02	23-May-13								
Nigeria	798	388	21	62	122	48	26	10-Nov-12	18-May-13				1	15	3		29-Apr-13
Kenya	0	19	0	1	0	0	6	NA	18-May-13								
Egypt	0	0	0	0	0	0	0	NA	03-May-04	2		1		2			06-Dec-12
Niger	12	15	2	5	1	0	0	19-Jan-11	16-Nov-12								
Chad	37	64	28	132	5	4	0	10-Mar-11	14-Jun-12								
DRC	5	3	100	93	0	0	0	24-Jun-09	20-Dec-11								
CAR	3	14	0	4	0	0	0	09-Aug-09	08-Dec-11								
China	0	0	0	21	0	0	0	NA	09-Oct-11								
Guinea	0	42	0	3	0	0	0	03-Aug-11	03-Nov-09								
Côte d'Ivoire	1	28	0	36	0	0	0	24-Jul-11	06-Aug-09								
Angola	29	29	33	5	0	0	0	17-Nov-08	07-Jul-11								
Mali	1	2	4	7	0	0	0	23-Jun-11	01-May-10								
Congo ⁴	0	0	441	1	0	0	0	NA	22-Jan-11								
Gabon	0	0	0	1	0	0	0	NA	15-Jan-11								
India ⁵	559	741	42	1	0	0	0	22-Oct-10	13-Jan-11	33	2	19					10-Nov-10
Uganda	0	8	4	0	0	0	0	NA	15-Nov-10								
Russian Federation	0	0	14	0	0	0	0	NA	25-Sep-10								
Liberia	0	11	2	0	0	0	0	NA	08-Sep-10								
Nepal	6	0	6	0	0	0	0	15-Oct-08	30-Aug-10			1					12-Jul-10
Kazakhstan	0	0	1	0	0	0	0	NA	12-Aug-10								
Tajikistan	0	0	460	0	0	0	0	NA	04-Jul-10								
Turkmenistan	0	0	3	0	0	0	0	NA	28-Jun-10								
Senegal	0	0	18	0	0	0	0	NA	30-Apr-10								
Mauritania	0	13	5	0	0	0	0	NA	28-Apr-10								
Sierra Leone	0	11	1	0	0	0	0	NA	28-Feb-10								
Burkina Faso	6	15	0	0	0	0	0	NA	25-Oct-09								
Cameroon	0	3	0	0	0	0	0	15-Oct-09	08-Dec-06								
Burundi	0	2	0	0	0	0	0	NA	12-Sep-09								
Sudan	26	45	0	0	0	0	0	16-Dec-08	27-Jun-09	1							09-Jan-09
Benin	6	20	0	0	0	0	0	01-Dec-08	19-Apr-09								
Togo	3	6	0	0	0	0	0	NA	28-Mar-09								
Ghana	8	0	0	0	0	0	0	NA	08-Nov-08								
Ethiopia	3	0	0	0	0	0	0	NA	27-Apr-08								
Total	1651	1604	1352	650	223	84	77			35	23	100	143	106	33		
Total wild virus type 1 ⁶	978	482	1285	583	202	70	77										
Total wild virus type 3	675	1122	87	67	21	14	0										
Tot. in endemic countries	1505	1256	232	341	217	80	46										
Tot. in non-end countries	146	348	1120	309	6	4	31										
No. of countries	18	23	20	16	5	4	5										
No. of endemic countries	4	4	4	4	3												

¹Countries in yellow are endemic. Countries in pale yellow are considered to have active transmission (i.e. within the previous 6 months) of an imported poliovirus.
²Data in WHO HQ on 26 Jun 2012 for 2012 data and 25 Jun 2013 for 2013 data. ³Wild viruses from environmental samples, contacts and other non-AFP sources. ⁴All cases, except those occurring in endemic countries, are importation related. ⁵The 2010 total includes cases with inadequate specimens that were exceptionally classified as confirmed polio based on their association with the WPV1 outbreak. ⁶As of 28 February 2012, India is no longer considered to be a polio-endemic country. ⁷Includes 1 case in 2012, 3 in 2009 and 2 in 2008 with a mixture of W1/W3 virus. NA - Most recent case had onset prior to 1999.

Fonte: World Health Organization, 2013.

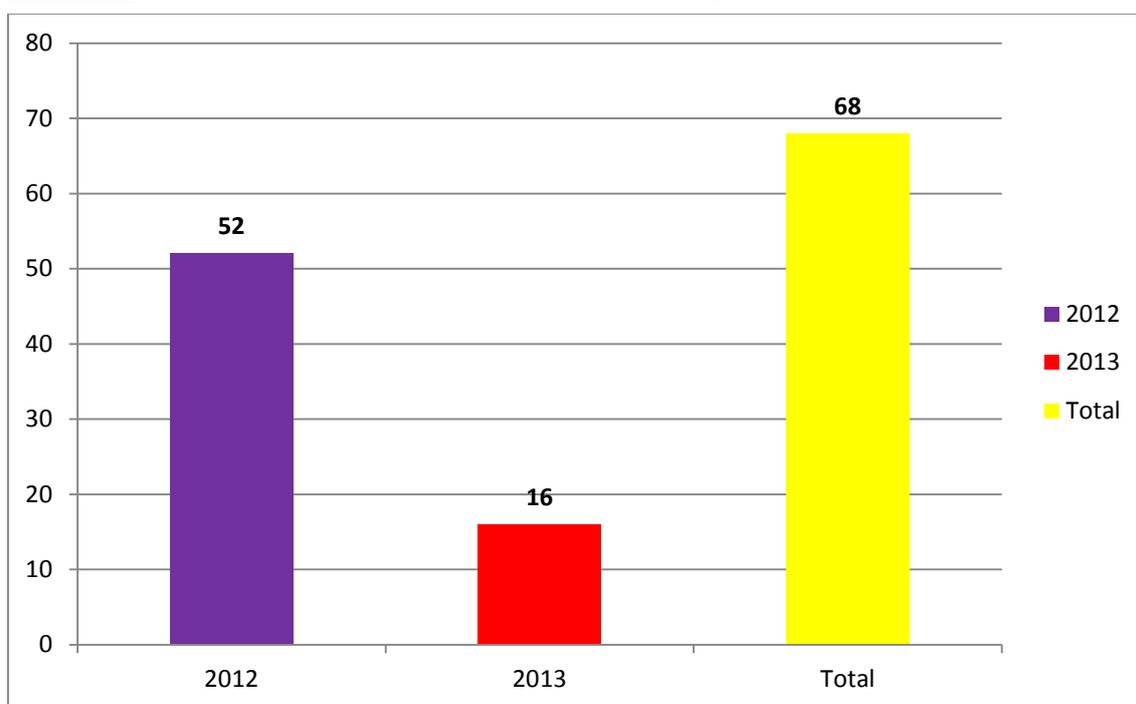
(1) Dados atualizados em 25 de Junho de 2013.

Em Minas Gerais, o último poliovírus selvagem isolado ocorreu em 1987 em Santa Maria do Itabira. No Brasil, o último isolamento ocorreu no Estado da Paraíba em 1989. Em 1991 ocorreram os últimos isolamentos nas Américas, no Peru. O

continente americano foi o primeiro do mundo a conseguir interromper a transmissão autóctone da poliomielite, graças às campanhas de vacinação oral em massa.

Apresentamos abaixo alguns dados de notificação das Paralisias Flácidas Agudas no Estado de Minas Gerais, referentes ao Banco de dados SINAN.

Gráfico 01: Frequência de Notificações das Paralisias Flácidas Agudas em Minas Gerais, 2012 – 2013.



Fonte: Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (SINAN)

(1) Dados atualizados em Junho de 2013

Segue abaixo os dados de notificações de casos suspeitos de Paralisias Flácidas Agudas, em Minas Gerais, segundo Regional de Saúde e Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, entre os anos de 2012 a 2013.

Tabela 01: Distribuição segundo Regional de Saúde de casos notificados de PFA/POLIO, Minas Gerais, 2012 – 2013.

Regional de Saúde de Residência	2012	2013	Total
Alfenas	01	00	01
Belo Horizonte	20	04	24
Coronel Fabriciano	00	01	01
Diamantina	03	03	06
Governador Valadares	02	00	02
Ituiutaba	00	01	01
Juiz de Fora	01	00	01
Montes Claros	02	03	05

Divinópolis	02	00	02
Patos de Minas	00	01	01
Pouso Alegre	03	00	03
Teófilo Otoni	07	00	07
Uberaba	04	00	04
Uberlândia	03	03	06
Varginha	04	00	04
Total	52	16	68

Fonte: Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (SINAN)

(1) Dados atualizados em Junho de 2013

Tabela 02: Frequência das notificações de PFA/POLIO por ano de início dos sintomas segundo Hospitais do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NHE), Minas Gerais, 2012 – 2013.

HOSP. DO SUBSISTEMA NACIONAL NHE	2012	2013	Total
Hospital Universitário Alzira Velano	1	0	1
Hospital das Clínicas da UFMG	2	0	2
Hospital Infantil João Paulo II	7	2	9
Hospital Municipal Odilon Behrens	5	1	6
Hospital Municipal de Governador Valadares	1	0	1
Hospital Regional Antônio Dias	0	2	2
Hospital das Clínicas Samuel Libânio	1	0	1
Associação Hospitalar Santa Rosália	7	0	7
Hospital Escola da Faculdade do Triângulo Mineiro	1	0	1
Hospital de Clínicas de Uberlândia-	6	4	10
Total	27	6	33

Fonte: Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (SINAN)

(1) Dados atualizados em Junho de 2013

Coleta oportuna de amostras de fezes

A amostra de fezes constitui o material mais adequado para o isolamento viral, e a coleta na fase aguda da doença (até 14 dias do início do déficit motor) conduz a melhores resultados. A meta para coleta oportuna de fezes é de 80% em relação ao número de casos notificados.

A quantidade, a conservação e o transporte adequado das amostras coletadas são fatores que determinam sua qualidade, propiciando uma melhor avaliação da amostra.

Vale ressaltar que a confirmação diagnóstica para PFA somente é realizada através do isolamento viral em amostras de fezes.

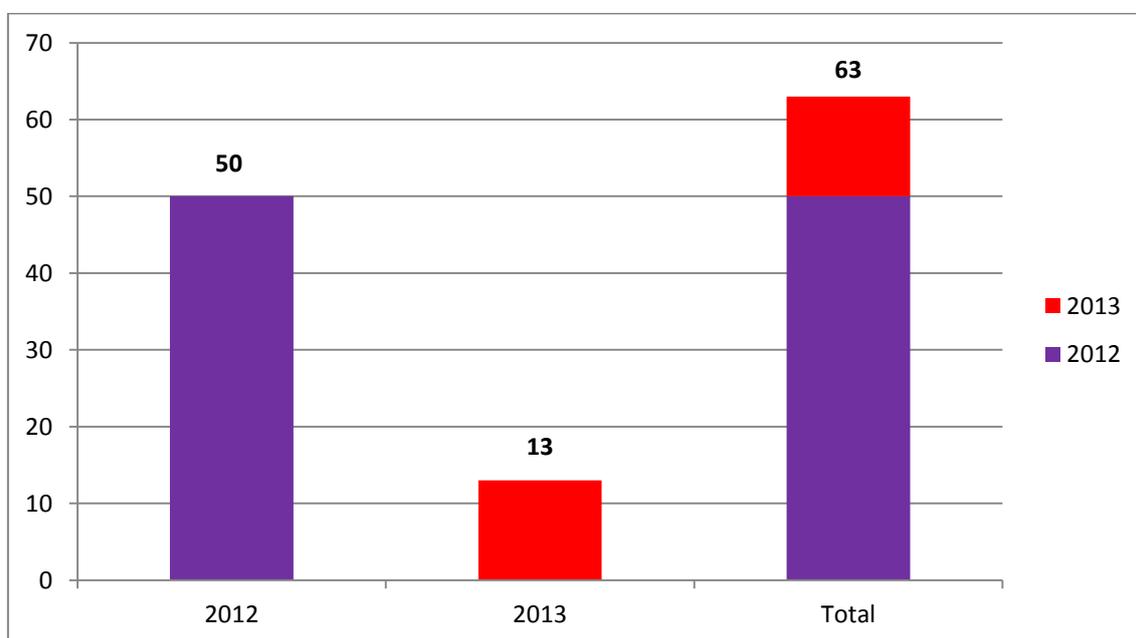
Investigação Oportuna

O tempo de investigação é considerado oportuno quando 80% dos casos de PFA são investigados dentro das 48 horas posteriores à notificação.

Ao considerar a apresentação clínica aguda e as características de transmissão do poliovírus selvagem, esse tempo de análise do caso é essencial para garantir a eficiência do diagnóstico clínico (avaliação precoce dos sintomas e manifestações físicas) e possibilitar a coleta de exames para diagnóstico.

Exibimos abaixo os dados referentes à Investigação Oportuna dos casos de Paralisia Flácida Aguda no Estado de Minas Gerais.

Gráfico 02: Percentual de casos de PFA/POLIO com investigação oportuna, Minas Gerais, 2012 – 2013



Fonte: Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (SINAN)

(1) Dados atualizados em Junho de 2013

Apesar da ausência de casos de poliomielite por vírus selvagem, o Brasil deve manter-se vigilante, pois enquanto a doença não for erradicada de forma universal, ainda há o risco da reintrodução no país.

O emprego de estratégias como a realização sistemática de busca ativa diária ou semanal nos serviços de saúde pode contribuir para o aumento das notificações de PFA, e conseqüentemente para a melhoria da vigilância epidemiológica.

RECOMENDAÇÕES

- Intensificar as ações de vigilância das PFA, incentivando a busca ativa atual de casos em serviços de saúde.
- Avaliar as condições das amostras de fezes coletadas.
- Analisar e divulgar o perfil epidemiológico das PFAs, periodicamente, em todos os níveis do Sistema de Vigilância Epidemiológica das PFAs e divulgar para as fontes notificadoras.
- Realizar 'feedback' dos casos notificados para as fontes notificadoras.
- Realizar capacitações para os técnicos de VE, das Superintendências Regionais de Saúde, em relação às ações de vigilância das PFAs, preenchimento das Fichas de Investigação Epidemiológica, bem como, para a análise e divulgação de dados.
- Desenvolver ações para sensibilização dos profissionais quanto à importância de garantir a coleta oportuna e adequada de fezes dos casos notificados.
- Reforçar a parceria e o contato direto da VE-PFA com os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, devido à influência na melhoria da sensibilização das Unidades de Saúde para a notificação e investigação de casos suspeitos de poliomielite.
- Monitorar as ações de VE-PFA em todos os níveis do sistema

Belo Horizonte, 28 de junho de 2013.

Vivianne Reis de Melo Salles

RT em Núcleos Hospitalares de Epidemiologia

RT em Paralisia Flácida Aguda