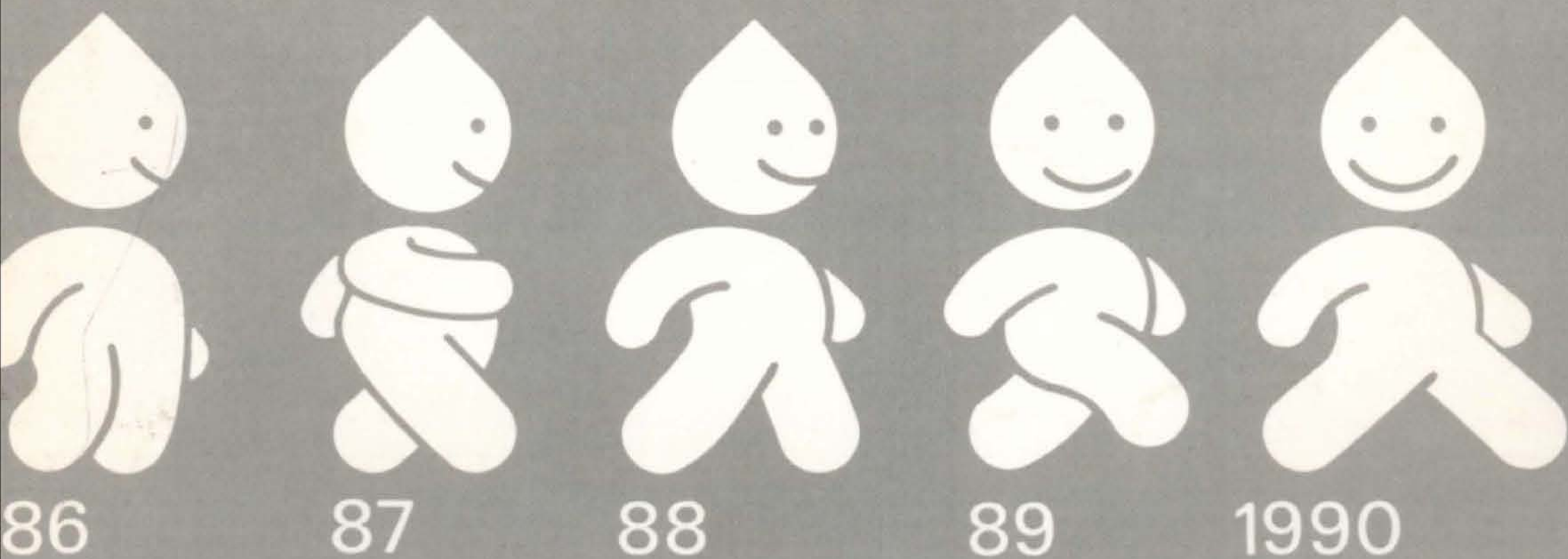


POLIOMIELITE

Plano de Erradicação da Transmissão no Brasil



ERRADICAÇÃO DA PARALISIA INFANTIL

Ministro da Saúde
Roberto Figueira Santos

Secretário Nacional de Ações Básicas de Saúde
João Baptista Risi Junior

Coordenador do Grupo Executivo do Plano de Ação para Erradicação da Poliomielite
Milton Menezes da Costa Neto

POLIOMIELITE

Plano de Erradicação da Transmissão no Brasil



Sumário

Introdução	5
1. Antecedentes	7
2. Situação atual e suas implicações para a erradicação da poliomielite.....	9
2.1. Incidência e sistema de vigilância.....	9
2.2. Medidas de controle.....	10
2.3. Dias nacionais de vacinação.....	10
3. Estratégias e componentes técnicos.....	11
3.1. Mobilização de recursos e participação comunitária.....	11
3.2. Capacitação técnica e gerencial.....	12
3.3. Critérios e definições utilizadas.....	13
3.4. Atividades de vacinação.....	14
3.5. Vigilância epidemiológica e controle de surtos.....	15
3.6. Atividades de laboratório.....	18
3.7. Divulgação da informação.....	19
3.8. Supervisão e avaliação.....	20
3.9. Investigações especiais.....	21
3.10. Cooperação internacional.....	21
4. Coordenação, organização e administração.....	23
4.1. Aspectos gerais.....	23
4.2. Níveis gerenciais.....	23
4.3. Participação de instituições em nível nacional.....	24
Bibliografia consultada.....	27
Figuras.....	29



Introdução

As atividades de controle da poliomielite vêm sendo desenvolvidas em escala mundial, através do Programa Ampliado de Imunização (PAI), coordenado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo objetivo principal é assegurar a prestação de serviços de vacinação para todas as crianças do mundo, até 1990.

Na região das Américas, em anos recentes, os progressos alcançados pelo programa e, em particular, os efeitos obtidos na redução da morbidade pela poliomielite, levaram o diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), em maio de 1985, a conclamar os governos dos países dessa região a unirem seus esforços visando à erradicação da transmissão autóctone de poliovírus selvagens no hemisfério, até 1990. Em seu pronunciamento, o Dr. Carlyle Guerra de Macedo salientou que "chegou o momento de declarar ser inaceitável que qualquer criança das Américas sofra de poliomielite" e que o esforço especial para erradicar a doença "será o veículo que canalizará todas as nações do hemisfério a alcançarem os objetivos de cobertura universal de vacinação contra as doenças da infância, até o final da década"⁽¹⁾.

O Conselho Diretor da OPAS, em sua 31.^a reunião, realizada em Washington, em setembro de 1985, aprovou resolução concretizando o apoio dos governos de todos os países-membros para o cumprimento da meta de erradicação da transmissão autóctone de poliovírus selvagens na região das Américas. Nessa ocasião foi também aprovado um plano de ação contendo as bases técnicas e operacionais para o desenvolvimento de ações específicas para tal objetivo⁽²⁾. Em consequência, o governo brasileiro incluiu essa proposta em seu

Programa de Prioridades Sociais, aprovado pelo Presidente da República, em 1986.

Essa nova abordagem do problema da poliomielite levou em conta os resultados da implementação de estratégias mais agressivas de vacinação, conduzidas em alguns países que contribuía com a maior parcela dos casos notificados naquela região. No Brasil, o impacto epidemiológico dos "dias nacionais de vacinação" contra a poliomielite, repetidos duas vezes por ano, a partir de 1980, demonstrou claramente que as dificuldades encontradas para a operacionalização eficaz de atividades permanentes de vacinação nos serviços de saúde, podem ser superadas através da mobilização temporária de recursos de outros setores da sociedade, desde que assegurada a decisão política necessária.

Por outro lado, o propósito de erradicar a poliomielite implica na necessidade de se introduzirem modificações substanciais na condução das atividades de vigilância epidemiológica dessa doença. A dificuldade em se reconhecer a existência e a extensão da circulação dos poliovírus, devido à predominância de infecções inaparentes e assintomáticas, requer grande agilidade no processo de identificação, notificação e investigação de casos suspeitos da doença, assim como das medidas de vacinação em massa destinadas a bloquear sua transmissão.

O presente documento contém as informações e recomendações básicas para orientar, nos planos técnico e administrativo, as medidas que permitam conduzir à erradicação da transmissão autóctone do poliovírus selvagem no Brasil.



1. Antecedentes

As atividades de vacinação sistemática contra a poliomielite, no Brasil, foram introduzidas em 1961, com a inclusão da vacina anti-pólio oral na rotina dos serviços de saúde pública. Até 1970, porém, as programações desenvolvidas pelos níveis federal e estadual caracterizavam-se pela descontinuidade, inclusive no tocante à disponibilidade de vacinas.

Como a análise da situação epidemiológica da poliomielite demonstrava a ocorrência de repetidos surtos em vários pontos do país, foi instituído, pelo Ministério da Saúde, em 1971, o Plano Nacional de Controle da Poliomielite. Até 1973, esse plano estendeu-se à maioria das unidades federadas, tendo como diretriz a mobilização de recursos comunitários para a realização de três campanhas anuais de vacinação em massa, na população de 3 meses a 4 anos, sendo assegurado o suprimento de vacinas pelo governo federal.

Em 1974, o Plano Nacional de Controle da Poliomielite foi incorporado ao Programa Nacional de Imunizações (PNI), estabelecido, conjuntamente, pelo Ministério da Saúde e pela Central de Medicamentos (CEME). Na execução do PNI, a estratégia de vacinação em massa foi abandonada em troca da vacinação de rotina através da rede básica de saúde. Por outro lado, foram estabelecidas as atividades de

vigilância epidemiológica, em nível nacional, incluindo normas técnicas para a confirmação clínica e laboratorial dos casos e para a investigação epidemiológica⁽³⁾

O marco do efetivo sucesso no combate à poliomielite no Brasil só foi estabelecido em 1980, com a instituição dos dias nacionais de vacinação. A realização de campanhas nacionais em um só dia, repetidas, sistematicamente, duas vezes por ano, e voltadas à totalidade da população de até 4 anos de idade, independentemente de seu estado vacinal anterior, produziu uma notável redução no número de casos notificados da doença (figura 1). Paralelamente, as atividades de vigilância foram fortalecidas com a implementação de normas técnicas detalhadas e o fornecimento, em nível nacional, de informações completas que permitiam o acompanhamento do comportamento epidemiológico da doença e de seus fatores condicionantes. Foi também estabelecida uma rede de laboratórios de diagnóstico de poliomielite, como apoio às atividades de vigilância⁽⁴⁾.

Não obstante os grandes progressos obtidos, uma análise mais aprofundada da situação atual demonstra a existência de pontos vulneráveis, que reclamam a adoção de medidas urgentes e precisas, capazes de conduzir à definitiva solução do problema da poliomielite no Brasil.

2. Situação atual e suas implicações para a erradicação da poliomielite



2.1. Incidência e sistema de vigilância

A partir de 1981, o número anual de casos de poliomielite conhecidos no país variou entre 45 e 130, correspondendo a uma redução de cerca de vinte vezes em relação a média de 2 330 casos anuais, registrada no período 1975-80. Até 1984, a incidência notificada manteve-se, em termos médios nacionais, inferior ao limite mínimo de 0,1 caso para cada 100 mil habitantes. Essa situação era considerada satisfatória para os objetivos de controle da doença, haja vista os progressos realizados no aprimoramento das atividades de vigilância epidemiológica da poliomielite no país.

Apesar disso, verifica-se que a ocorrência de casos persistiu em praticamente todas as unidades federadas, caracterizando-se por surtos em vários estados, principalmente na região Nordeste.

Entre os meses de julho e outubro de 1985, procedeu-se a uma intensa revisão dos dados disponíveis e do desempenho do sistema de vigilância epidemiológica em diversas unidades federadas, à luz do novo enfoque de erradicação da transmissão de poliovírus selvagens. Os casos conhecidos foram revisados e reclassificados segundo os novos critérios, através dos quais o descarte de casos compatíveis com a poliomielite somente foi aceito quando outra etiologia pôde ser definitivamente comprovada. Além disso, realizou-se a busca ativa de casos compatíveis em hospitais e clínicas de fisioterapia, ampliando-se os critérios de suspeição, com o objetivo de detectar casos que eventualmente não tivessem sido notificados.

A revisão efetuada identificou, em primeiro lugar, problemas com relação à classificação dos casos notificados ao sistema de vigilância. A maior parte dos casos inicialmente descartados foi reclassificada para as catego-

rias de casos confirmados ou pendentes. Em consequência, o número de casos confirmados de poliomielite, em 1984 e 1985, passou a ser significativamente maior do que o anteriormente conhecido.

Entre as causas determinantes dessa situação, destaca-se a tendência de se descartar prematuramente a suspeita inicial de poliomielite, sem uma análise criteriosa dos dados disponíveis. Informações tais como idade superior a 5 anos, história de esquema vacinal completo ou resultados laboratoriais inconclusivos, eram por vezes suficientes para excluir a hipótese de poliomielite, mesmo na presença de quadro clínico compatível. Outra causa identificada foi a falta de rigor na investigação epidemiológica dos casos suspeitos, frequentemente delegada a pessoas sem a necessária qualificação para coletar corretamente toda a informação necessária, discutir o diagnóstico com o médico assistente, assegurar a colheita e o envio de amostras para exame laboratorial e pesquisar a permanência de paralisia. Dessa insuficiência resultavam dados incompletos, incorretos ou inoportunamente coletados, induzindo a erros de interpretação.

Por outro lado, foi constatada, através da busca ativa de casos, a existência de casos suspeitos não notificados ao sistema de vigilância. A presença de paralisia de início súbito nem sempre levava à suspeita inicial de poliomielite, devido a um sentimento generalizado, entre os clínicos, de que a doença não mais existia. Com certa frequência, foram registrados diagnósticos de síndrome de Guillain-Barré, mielite transversa, meningoencefalites e infecções por outros enterovírus, em presença de paralisia de início agudo, sem a atenção necessária para se excluir com segurança o diagnóstico de poliomielite. Outra causa de subnotificação identificada foi a excessiva confiança na utilização de hospitais-sentinela, fazendo com que fosse negligenciada, como fon-

te de conhecimento de casos de poliomielite, a importância de outros hospitais, gerais ou pediátricos, e das clínicas de reabilitação.

Com relação ao desempenho do sistema de vigilância epidemiológica da poliomielite, verificou-se que o fluxo de informações, desde o nível local até o nacional, não apresentava a agilidade necessária ao processo de erradicação. A notificação de casos suspeitos nem sempre era imediata, havia atraso nos procedimentos de coleta e processamento de amostras, assim como no fornecimento de resultados laboratoriais. A troca de informação entre as equipes de vigilância e de laboratório não era freqüente e informal como o desejável, sendo também deficiente a disseminação de informações relevantes entre as pessoas e instituições envolvidas no sistema de vigilância.

2.2. Medidas de controle

As medidas de controle de foco realizadas não estão sendo suficientes para bloquear a transmissão de poliovírus. Restringem-se, de maneira geral, à vacinação dos moradores em apenas alguns domicílios da vizinhança imediata onde ocorreu o caso, não sendo levada em consideração a provável extensão da área de circulação do vírus. A investigação sobre os antecedentes de viagem do caso e os deslocamentos da população em risco, assim como o monitoramento da situação epidemiológica após realizada a vacinação de bloqueio, são aspectos que não têm merecido a atenção devida.

2.3. Dias nacionais de vacinação

A continuidade da execução de dias nacionais de vacinação durante 6 anos consecutivos (1980-85), com 12 campanhas realizadas no período, constitui fato singular que comprova sua exequibilidade operacional e aceitação pela sociedade, indicando ser uma estratégia adequada à realidade do país. O efeito decisivo dos dias nacionais de vacinação sobre a incidência da poliomielite é incontestável, mesmo em áreas que anteriormente registravam altas coberturas com a vacinação de rotina.

Verifica-se, entretanto, que as coberturas alcançadas em 1984 e 1985, durante os dias nacionais de vacinação, foram inferiores às obtidas nos 4 anos anteriores (figura 2). Entre os fatores apontados como determinantes dessa redução de rendimento, destacam-se:

- a) diminuição do apoio logístico por parte das instituições governamentais e outras, em decorrência das crescentes dificuldades administrativas e econômicas com que se defronta o país;
- b) existência de um sentimento generalizado de que a doença estava erradicada ou não mais se constituía em ameaça, diminuindo, conseqüentemente, o interesse pelo programa;
- c) menor participação de crianças que já haviam recebido três ou mais doses de vacina, para as quais a revacinação era considerada desnecessária;
- d) menor atenção dedicada à fase preparatória das campanhas, no que se refere à mobilização comunitária, atualização da distribuição dos postos de vacinação, treinamento de pessoal, organização de equipes e supervisão;
- e) a aplicação das vacinas DPT e anti-sarampo, simultaneamente com a antipólio, a partir de 1984, criou dificuldades operacionais em algumas áreas em virtude da falta de preparação adequada e aporte de novos recursos.

Todos esses fatores foram melhor avaliados, para aplicação das medidas corretivas necessárias, a partir de 1986.

Em síntese, a análise da situação atual identifica a persistência de circulação dos três tipos de poliovírus selvagens, em todas as regiões do país, com ocorrência de surtos relevantes em 1984 e 1985, coincidindo com a redução das coberturas alcançadas nos dias nacionais de vacinação. Associam-se a esse quadro os problemas identificados com relação à subnotificação de casos, à investigação epidemiológica incompleta e à realização de operações de bloqueio totalmente inadequadas.

Tal situação torna bastante preocupante o comportamento futuro da poliomielite no Brasil, pela presença de condições que favorecem o acúmulo progressivo de suscetíveis em grupos etários maiores, eventualmente expostos ao contágio face à persistência de poliovírus selvagens circulantes.

A iniciativa de erradicar, em âmbito continental, a transmissão autóctone de poliovírus selvagens, constitui-se em medida extraordinariamente oportuna para consolidar o êxito dos esforços em curso, dirigidos ao controle da poliomielite no Brasil.

3. Estratégias e componentes técnicos



A condição prévia mais importante para o alcance da meta de erradicação é o compromisso político, assumido pelos diferentes níveis de governo, de ser assegurada a prioridade às ações desenvolvidas com tal objetivo.

Os instrumentos necessários ao cumprimento do projeto são totalmente disponíveis no Brasil, além do fato de que estão em execução as atividades básicas pertinentes à vigilância epidemiológica e ao controle da poliomielite, que conduziram aos notáveis resultados observados a partir de 1980. O êxito final sobre a doença, contudo, requer um aprimoramento técnico do trabalho, traduzido por uma maior eficiência do programa de vacinação, um acompanhamento mais refinado do comportamento epidemiológico da poliomielite e o desencadeamento de medidas de controle oportunas e eficazes, supervisionadas e avaliadas desde o nível nacional.

Tais requisitos pressupõem a concentração de esforços marcados pela especificidade técnica, eficiência gerencial, rapidez e exclusividade de ação, ainda que necessariamente realizada através dos mecanismos de coordenação institucional do setor saúde. Torna-se indispensável uma firme decisão político-institucional para apoiar esta particularização da programação de saúde, justificável em função dos objetivos a serem alcançados a curto prazo, como parte de uma estratégia de âmbito continental. Dentre os subprodutos esperados, deve-se destacar a oportunidade que o projeto oferece para a capacitação de pessoal no campo prático da epidemiologia e do controle de doenças.

Constituem estratégias-chave para lograr a erradicação da transmissão autóctone de poliovírus selvagens no Brasil:

1. Mobilização de recursos e participação comunitária.

2. Capacidade técnica e gerencial.
3. Execução das atividades segundo critérios bem definidos.
4. Coberturas vacinais homogêneas e superiores a 90%.
5. Desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica adequadas para detectar prontamente todos os casos de poliomielite, com a completa investigação e instituição de medidas de controle pertinentes.
6. Disponibilidade de serviços de diagnóstico laboratorial que permitam o estudo detalhado de todos os casos notificados.
7. Divulgação sistemática de informações relevantes entre as instituições e indivíduos interessados, em todos os níveis do sistema de saúde, e à população em geral.
8. Supervisão e avaliação das atividades em todas as fases de execução.
9. Realização de investigações especiais, necessárias para o esclarecimento de questões críticas que ameacem o êxito das atividades.
10. Desenvolvimento de mecanismos de apoio internacional, em áreas específicas.

Cada uma dessas estratégias inclui componentes específicos que visam assegurar o alcance do objetivo proposto.

3.1. Mobilização de recursos e participação comunitária

A proposta de erradicação da poliomielite constitui-se em iniciativa de grande interesse para a sociedade em geral, pressupondo ações a serem desenvolvidas em todo o país e para as quais serão exigidos rigor técnico e precisão operacional. Tais fatores tornam absolutamente indispensável a mobilização de recursos de diferentes organizações ou setores sociais, compreendendo:

- a) Ação governamental integrada nos níveis federal, estadual e municipal, voltada ao apoio da operacionalização das atividades de prevenção e controle da poliomielite, segundo programação e critérios definidos para todo o país. Para tal deverão ser fortalecidos os mecanismos de coordenação institucional existentes, notadamente com relação aos setores de saúde, previdência e educação. A participação de outras instâncias de governo torna-se obrigatória em ações especiais, de caráter geral e não permanente, como, por exemplo, campanhas de vacinação.
- b) Participação de associações científicas e profissionais relacionadas às ações previstas para a erradicação da poliomielite, tais como sociedades de pediatria, infectologia, medicina tropical, neurologia, medicina física e reabilitação, de enfermagem e associações de educação em saúde, professores, comunicação e outras. O envolvimento de universidades é, também, de grande importância. A articulação com essas instituições é fundamental para o aperfeiçoamento das propostas técnicas e sua adequação à realidade do país, possibilitando a universalização do emprego dos critérios propostos e o engajamento dos profissionais de saúde nas atividades de vigilância epidemiológica e controle da poliomielite.
- c) Envolvimento de organizações sociais diversas, tais como clubes de serviço, comunidades religiosas, sindicatos, associações de classe e outras, através do fornecimento de informações sobre os objetivos e atividades da erradicação, procurando identificar a participação de cada uma delas no processo. O estabelecimento de mecanismos permanentes de articulação nos vários níveis é fundamental para a rápida organização de ações especiais, como a realização de dias nacionais de vacinação, operações de bloqueio de casos de poliomielite e notificação de casos suspeitos.

3.2. Capacitação técnica e gerencial

A concentração de esforços, necessária para o alcance da meta de erradicação, requer a constituição de equipes técnicas específicas para coordenar as atividades nos níveis nacional e estadual.

Em nível nacional, as ações estarão centradas no Ministério da Saúde (Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde), que tem por encargo a formulação das diretrizes técnicas e operacionais que serão utilizadas em to-

do o território nacional, mediante articulação com as principais instituições envolvidas. O acompanhamento técnico do trabalho, através de equipe com atribuição específica para esse fim, inclui o conhecimento, rigorosamente atualizado, da situação epidemiológica da poliomielite e das medidas de controle adotadas no país. Para isso, será mantido um sistema de informação detalhado sobre cada caso notificado, incluindo contatos permanentes com as coordenações estaduais e com os laboratórios de diagnóstico, para seguimento do processo de investigação, confirmação e classificação final dos casos, assim como da aplicação das medidas de bloqueio.

À coordenação nacional cumpre, ainda, prestar assessoria direta aos órgãos estaduais, por meio da participação em investigações de campo, sempre que se fizerem necessárias. A supervisão e avaliação das atividades serão objeto de preocupação constante. Para esse trabalho será estimulada a cooperação técnica interestadual, com o deslocamento de técnicos estaduais, financiados pelo Ministério da Saúde. Com isso pretende-se uma melhor utilização do pessoal disponível, um maior intercâmbio de experiências e a compatibilização dos programas estaduais. Técnicos localizados fora do Distrito Federal poderão ser designados para exercerem a função de supervisão e assessoria permanente a um grupo de unidades federadas, previamente determinado.

Em nível estadual, a coordenação técnica estará estabelecida nos órgãos de epidemiologia ou de controle de doenças, pertencentes às Secretarias Estaduais de Saúde. Considera-se indispensável a designação de, pelo menos, um técnico com a função específica de coordenar os trabalhos relativos à erradicação da poliomielite, atuando em dedicação integral. É recomendável que a equipe de nível central estadual participe diretamente da investigação de todos os casos notificados, em qualquer ponto do estado, juntamente com os níveis regional e local. Essa participação assegurará a qualidade técnica do trabalho, além de treinar e comprometer as equipes. A realização periódica de busca ativa de casos, constitui uma das atividades mais importantes a serem executadas pela coordenação estadual.

Essas características de atuação das equipes técnicas de nível estadual pressupõem o apoio político e administrativo das Secretarias Estaduais de Saúde, com a participação das Secretarias Municipais, para que seja assegurada a alocação de técnicos qualificados e pro-

movidas as facilidades inerentes às necessidades do trabalho, como veículo e telefone exclusivos e recursos para deslocamentos imediatos. Nas unidades federadas onde não seja possível tal tipo de apoio, o Ministério da Saúde deverá promover os meios necessários, através de suas próprias estruturas existentes no nível estadual.

Tendo-se em vista a especificidade técnica referida, o treinamento do pessoal responsável pela coordenação das ações, principalmente nos níveis nacional e estadual, assume papel preponderante. O Ministério da Saúde deverá promover cursos nacionais, regionais e estaduais, sobre aspectos técnicos e operacionais da erradicação da poliomielite, envolvendo capacitação nas áreas de clínica, epidemiologia e laboratório.

Normas técnicas detalhadas serão fornecidas pelo Ministério da Saúde, através de revisão atualizada das bases técnicas para o controle da poliomielite, adaptada aos conceitos de erradicação da doença.

3.3. Critérios e definições utilizadas

A — Classificação das unidades federadas segundo situação epidemiológica e eficiência do programa de vacinação contra a poliomielite

- Grupo I - unidades federadas com poliomielite em atividade — são as que apresentaram, nos três anos anteriores, casos provocados pela transmissão autóctone de poliovírus selvagens.
- Grupo II - unidades federadas isentas de poliomielite — são as que não apresentam, nos três anos anteriores, qualquer caso provocado pela transmissão autóctone de poliovírus selvagens. Este grupo se subdivide em duas categorias:
 - Grupo II-A - unidades federadas de maior risco — são as que, em qualquer dos três anos anteriores, apresentaram um ou mais municípios com coberturas vacinais inferiores a 90%, no grupo etário de menores de um ano.
 - Grupo II-B - unidades federadas de menor risco — são as que, em cada um dos três anos anteriores, apresentaram, em todos os municípios, coberturas vacinais iguais ou superiores a 90%, no grupo etário de menores de um ano.

B — Classificação dos casos segundo a evolução da investigação epidemiológica:

- a) **Caso suspeito:** presença de deficiência motora de início súbito (em até 24 horas), com exceção da paralisia ocular pura:
 - em pessoas de menos de 15 anos de idade;
 - em pessoas de qualquer idade em que haja uma hipótese diagnóstica de poliomielite ou polirradiculoneurite (Síndrome de Guillain-Barré) ou mielite transversa.
- b) **Caso provável:** presença de deficiência motora de início súbito do tipo flácida, em que não tenha sido comprovada outra etiologia.
- c) **Caso confirmado:** incluído em uma das seguintes categorias:
 - Caso suspeito ou provável com comprovação sorológica com ou sem seqüela, com ou sem isolamento de poliovírus.
 - Caso provável, com seqüela compatível de poliomielite.
 - Caso suspeito ou provável, que evoluiu para óbito, sem comprovação sorológica, com isolamento de poliovírus do paciente e/ou de comunicantes.
 - Caso suspeito ou provável, que evoluiu para óbito, sem comprovação sorológica, com histopatologia compatível com poliomielite.
 - Caso provável, que evoluiu para óbito, sem comprovação sorológica, apresentando quadro clínico compatível com poliomielite (deficiência motora, do tipo flácida, súbita, assimétrica, com sensibilidade preservada, reflexos tendinosos diminuídos ou abolidos e com progressão da deficiência de até 3 dias).
 - Caso conhecido tardiamente com seqüela compatível com poliomielite.
 - Caso suspeito ou provável, sem comprovação sorológica, que evoluiu sem seqüela, com isolamento de vírus nas fezes do paciente e/ou comunicante e/ou evidência de circulação de poliovírus selvagem na área.
 - Caso provável, sem comprovação sorológica, com evolução clínica desconhecida e quadro clínico compatível com poliomielite.
- d) **Caso descartado:** incluído em uma das seguintes categorias:
 - Caso suspeito ou provável, com comprovação clínica e/ou laboratorial de outra

etiologia especificada (com exceção dos casos onde haja comprovação sorológica para poliomielite).

- Caso suspeito ou provável, sem comprovação sorológica, sem seqüela, sem isolamento de poliovírus de paciente e/ou de comunicantes, em áreas onde não há evidência de circulação de poliovírus selvagem e quadro clínico compatível com poliomielite.
- Caso suspeito ou provável, sem comprovação sorológica, que evoluiu para o óbito, sem isolamento de poliovírus do paciente e/ou comunicantes, sem histopatologia e quadro clínico compatíveis com poliomielite.

C — Surto de poliomielite

Para fins do objetivo de erradicação, a ocorrência de um único caso provável e/ou confirmado de poliomielite será considerada como surto da doença, estando indicada a adoção imediata das medidas de controle pertinentes.

D — Vacinação de bloqueio

É uma ação que tem por objetivo impedir ou interromper a transmissão de poliovírus selvagens em uma área localizada, onde foi constatada a ocorrência de um ou mais casos prováveis ou confirmados de poliomielite. Consiste na aplicação em massa, na população residente na área, de uma dose de vacina antipólio oral, consideradas as condições locais de concentração demográfica e de fluxos de pessoas, as características epidemiológicas do surto e os antecedentes da ocorrência de poliomielite na região.

E — Busca ativa

Tem por objetivo a identificação de casos que apresentaram paralisia de início súbito, que possa ser ocasionada por algum dos poliovírus, independentemente da suspeita diagnóstica inicial.

Pode ser realizada através da revisão de prontuários de pacientes internados e ou em tratamento de reabilitação, mediante visita periódica e sistemática a hospitais, gerais e especializados, e a clínicas de reabilitação, ou através de comunicação com médicos da área de pediatria, neurologia, ortopedia e clínica geral, assim como fisioterapeutas e enfermeiros.

3.4. Atividades de vacinação

A vacinação constitui o único meio de prevenção da poliomielite, e a manutenção de co-

berturas vacinais superiores a 90% é condição essencial para que se obtenha a interrupção da transmissão da doença.

Apesar das altas coberturas alcançadas nos dias nacionais de vacinação, realizados a partir de 1980, verifica-se que ainda persiste a transmissão de poliovírus selvagens na maioria das unidades federadas. Aplicando os critérios utilizados para fins de erradicação (item 3.3.), conclui-se que, à exceção de três unidades federadas enquadradas no grupo II-B (Roraima, Amapá e Fernando de Noronha), todas as demais correspondem ao grupo I, ou seja, constituem-se em áreas endêmicas face à ocorrência de casos no último triênio.

Esses fatos sugerem a necessidade de aprimoração da eficiência do programa de imunização, no tocante a seu planejamento, execução e avaliação.

A — Estratégias operacionais

A vacina antipólio oral, trivalente, continua sendo, nas condições atuais, a de escolha para uso no programa de imunização.

A realização de campanhas de vacinação contra a poliomielite, conforme o modelo que vem sendo seguido, deve constituir a estratégia básica do programa, por ser, ainda, a única comprovadamente capaz de proporcionar coberturas satisfatórias em todo o país, abrangendo a população residente nas áreas de difícil acesso aos serviços de saúde, tanto urbanas como rurais. No intervalo das campanhas, porém, a vacinação de rotina deve ser implementada, para evitar o acúmulo de suscetíveis.

Considera-se fundamental que o processo de implementação das campanhas de vacinação seja revigorado, a partir da dinamização das coordenações em nível nacional e estadual, mediante o efetivo engajamento dos governos federal, estadual e municipal. A participação das mais diversas instituições e organizações sociais deverá ser estimulada, através de mecanismos formais e informais. Importância especial será dada à disseminação de informações e conceitos adequados sobre o conteúdo da proposta, dirigidas à população em geral, às instituições e aos meios técnicos, enfatizando esclarecimentos atinentes às questões previamente identificadas como responsáveis pela baixa cobertura.

Adaptações ou alterações na estratégia dos dias nacionais de vacinação, que se tornem necessárias à luz do objetivo de erradicação introduzido no processo, serão debatidas sob a coordenação do Ministério da Saú-

de, em reuniões de caráter nacional ou macrorregional. Incluem-se, entre outros, aspectos relativos à administração simultânea de vacinas, ao calendário dos dias nacionais e à delimitação do grupo etário alvo.

Deverá ser procedido um meticuloso planejamento das campanhas a serem realizadas, revisando-se cada etapa da fase preparatória, de forma a assegurar o perfeito funcionamento dos postos de vacinação, o apoio logístico necessário e uma cobertura geográfica capaz de permitir o fácil acesso à totalidade da população-alvo. As atividades de avaliação deverão merecer atenção particular. Através da análise das coberturas vacinais alcançadas, serão identificadas áreas que irão requerer especial concentração de esforços, voltados para a determinação de causas de insucesso, com o conseqüente emprego das medidas corretivas correspondentes.

No que se refere às atividades permanentes de vacinação, será fundamental o envolvimento das equipes locais no processo de erradicação, com vistas à avaliação de coberturas vacinais, à intensificação de ações em áreas críticas, ao cumprimento do esquema básico de imunização e à realização da vacinação de bloqueio dos casos prováveis.

O sistema de informações das atividades de imunização deverá ser agilizado e aperfeiçoado no sentido de proporcionar, em nível nacional, melhores dados de cobertura nas microrregiões e municípios. Atenção especial deverá ser dedicada ao aprimoramento do registro de doses aplicadas e à realização de inquérito de cobertura nacional, visando à melhoria da qualidade dos dados disponíveis. A análise dos dados e a elaboração de recomendações formais constituem pontos a serem enfatizados. Será estimulado, como estratégia de desenvolvimento e de avaliação, o intercâmbio de experiências entre as diversas unidades federadas, com o apoio do Ministério da Saúde.

B — Apoio logístico e controle de qualidade

O suprimento de vacinas estará assegurado pelo Ministério da Saúde, para atendimento às necessidades totais do programa. Quantitativos adicionais deverão ser previstos para a realização de vacinações de bloqueio, haja vista sua relevância para o propósito de erradicação e as recomendações atuais de grande expansão da área a ser trabalhada, em função de cada caso notificado.

Antes da liberação para consumo, as vacinas serão submetidas ao controle de quali-

dade realizado no laboratório nacional de controle (INCQS/FIOCRUZ), para certificação de que correspondem às especificações e requisitos internacionais.

O sistema de conservação e transporte das vacinas (rede de frio) será desenvolvido como componente básico do Programa Nacional de Imunizações.

3.5. Vigilância epidemiológica e controle de surtos

Esses fatores constituem os componentes técnicos mais importantes das estratégias de erradicação, tendo como princípios básicos a detecção oportuna de todos os casos de poliomielite e a instituição imediata de ações destinadas a bloquear a transmissão. Essas atividades deverão desenvolver-se de forma ativa e dinâmica, em substituição à atitude passiva, geralmente observada nos sistemas de vigilância existentes.

Recomendações específicas serão incorporadas às funções de identificação e notificação de casos, investigação epidemiológica, controle de surtos, análise de dados e disseminação da informação.

A — Identificação e notificação de casos

O conhecimento de todo e qualquer caso suspeito de poliomielite é fundamental para o processo de erradicação. Para isso, é preciso ampliar o número de fontes de notificação de casos, incluindo todos os serviços de saúde que tenham possibilidade de atender casos de paralisia de início súbito, seja durante a fase aguda ou de seqüela.

Os "hospitais-sentinela", de grande utilidade em fases anteriores das atividades de vigilância, não são suficientes para os propósitos de erradicação quando se trata de conhecer casos que ocorrem esporadicamente, inclusive sob formas atípicas.

Não basta, porém, ampliar o número de serviços que notificam formalmente ao sistema de vigilância. Como foi demonstrado na revisão efetuada em 1985, torna-se necessária a implementação das atividades de busca ativa de casos, através de visitas semanais aos serviços mais representativos de cada área, incluindo hospitais onde possam ser atendidos casos agudos (hospitais gerais e especializados, públicos ou privados), e os centros de reabilitação para tratamento de seqüelas.

A busca ativa de casos, realizada através de revisão dos registros e prontuários médicos, não deve ficar apenas restrita aos casos com suspeita inicial de poliomielite ou que apresentem evidente paralisia de início súbito. Outros diagnósticos que eventualmente possam encobrir uma etiologia por poliovírus, devem ser levantados e investigados, tais como poliradiculoneurite (Síndrome de Guillain-Barré), Mielite transversa e patologias diversas acompanhadas de paralisia (meningoencefalites, meningite viral, outras enteroviroses, traumatismos, artrite e febre reumática).

Em todas as instituições de saúde identificadas deve ser estabelecida uma estreita articulação com clínicos, pediatras, neurologistas, ortopedistas, fisioterapeutas, enfermeiros, laboratoristas e patologistas, com a finalidade de discutir os objetivos de erradicação e os critérios de notificação de casos, assim como os de identificação de contatos para a continuidade das atividades de busca ativa. A periodicidade semanal das visitas é importante para encontrar os prontuários médicos disponíveis e permite, ainda, assegurar a colheita de amostras para exame laboratorial. Como vantagem adicional, acrescenta-se o fato de que os detalhes do caso estarão mais recentes na memória dos clínicos e do pessoal de enfermagem.

Outra importante fonte de conhecimento de casos são os registros de óbitos, que devem ser sistematicamente revisados em busca de possíveis casos suspeitos de poliomielite. Os laboratórios de virologia, igualmente, são de fundamental importância, por receberem amostras de casos que nem sempre são notificados como suspeitos de poliomielite.

Deverão, também, ser estabelecidos mecanismos de notificação a partir de outras instituições e organizações da comunidade, que podem contribuir de forma importante para ampliar o conhecimento de casos suspeitos. Incluem-se, entre estas, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, sindicatos e escolas.

Qualquer caso suspeito identificado deverá ser comunicado imediatamente (por telefone) ao setor de epidemiologia das Secretarias Estaduais de Saúde e dessas ao Ministério da Saúde, independentemente do sistema de notificação semanal por aerograma.

O Ministério da Saúde informará às unidades federadas a situação epidemiológica da poliomielite em todo o país, através de informe semanal, bem como a ocorrência de qual-

quer caso provável, via telex, aos estados limítrofes. A ocorrência de caso suspeito identificado em outra unidade federada será comunicada, imediatamente, ao estado de origem.

Em nível internacional, a OPAS/OMS será informada sobre a situação epidemiológica da poliomielite no país, através de informe semanal. Os casos identificados em viajantes internacionais serão imediatamente comunicados ao país de origem.

B — Investigação epidemiológica

Cada caso suspeito deverá ser investigado dentro de 24-48 horas, diretamente pela equipe de nível central estadual, com participação dos níveis regional e local. Será utilizada uma ficha epidemiológica detalhada e padronizada, que assegurará a uniformidade dos dados coletados para a classificação do caso e posterior análise epidemiológica.

A investigação epidemiológica consistirá nas seguintes etapas:

- a) avaliação inicial das características clínicas e epidemiológicas do caso, para determinar sua classificação ou não como caso provável e também para avaliar a possibilidade de associação com a aplicação da vacina antipólio. Esses aspectos são fundamentais para o desencadeamento imediato das medidas de controle;
- b) colheita de material para estudos laboratoriais. Na fase aguda deverão ser obtidas o mais precocemente possível, duas amostras de fezes, com intervalo de 24-48 horas após a notificação, e uma amostra de sangue. Após 21 dias será colhida uma segunda amostra de sangue, para comparação dos títulos de anticorpos;
- c) visita domiciliar, com a finalidade de:
 - completar informações, como antecedentes vacinais documentados, história de viagem nos 30 dias anteriores ao início da doença, visitas recebidas nesse mesmo período, contato com pessoa que tenha recebido vacina antipólio nos 75 dias que antecederam o início da doença;
 - investigar a ocorrência de outros casos não notificados, através de entrevistas com moradores do local, líderes comunitários, profissionais de saúde, serviços locais (posto de saúde, farmácia, escola);
 - coletar amostras de fezes de contatos domiciliares e comunitários do caso provável, para aumentar a probabilidade de

identificação de poliovírus e a circulação dos mesmos na comunidade.

d) avaliação da cobertura vacinal na área:

No decorrer da investigação, o investigador deverá manter-se em contato permanente com a fonte de notificação (hospital) e com o laboratório encarregado da análise das amostras, para inteirar-se da evolução clínica do caso, da ocorrência de novos casos e dos resultados laboratoriais.

Quando o caso resultar em óbito, deverá haver empenho na obtenção da necrópsia, com colheita de material para isolamento de vírus e exame histopatológico (sistema nervoso central, placas de Peyer).

Após 60 dias do início da paralisia, deve ser procedida a avaliação de seqüelas, o que constitui importante elemento auxiliar para a classificação final do caso. A detecção de paralisia residual discreta pode apresentar dificuldades, por isso é recomendável que as equipes estaduais valham-se da assessoria de um neurologista de confiança, para esclarecer os casos duvidosos e realizar exames eletromiográficos, sempre que necessário.

C — Medidas de controle

A ocorrência de um só caso provável ou confirmado identifica uma situação epidêmica, que demanda a aplicação de medidas de controle, imediatas e eficazes. A ocorrência deve ser amplamente divulgada pela Secretaria Estadual de Saúde, para que os profissionais de saúde e a população em geral se apercebam da situação e colaborem nas ações de controle, bem como na notificação de outros casos.

As medidas de controle compreendem a vacinação de bloqueio e a realização de vigilância ativa na área, durante os 30 dias seguintes, para identificar a ocorrência de novos casos.

Pretende-se, com a vacinação de bloqueio, disseminar amplamente o vírus vacinal na comunidade, mediante a administração da vacina antipólio à população do grupo etário e área geográfica definidos segundo a análise epidemiológica dos casos. O estabelecimento do grupo etário a ser vacinado ficará na dependência da idade do(s) caso(s) identificado(s). Assim, a ocorrência de casos em indivíduos maiores de 5 anos pode justificar a ampliação do grupo de idade a ser vacinado.

Na delimitação da área geográfica, deve-se levar em conta a rápida, ampla e silenciosa disseminação dos poliovírus, o que recomenda a vacinação do maior número possível de pessoas expostas ao risco de adoecer. Os fatores a serem considerados nessa delimitação incluem fluxos migratórios, concentração demográfica e características sociais da comunidade. Em princípio, a vacinação deverá abranger a totalidade da população do grupo etário definido, residente no município onde ocorreu o caso. Outros municípios, contíguos ou não, deverão ser incluídos no bloqueio, com base em informação sobre viagens do paciente, afluência ocasional de pessoas em razão de festividades ou identificação de novos casos.

A vacinação de bloqueio consiste na aplicação de uma dose de vacina antipólio oral, trivalente, em toda a população da faixa etária indicada, independentemente de seu estado vacinal prévio. Durante a realização do bloqueio, deverão ser identificadas as pessoas do mesmo grupo etário que apresentem esquema vacinal incompleto. Programas especiais deverão ser organizados, visando completar o esquema básico, mantendo intervalos de 45 dias entre as doses.

Concomitantemente, torna-se necessário o desenvolvimento de um sistema especial de vigilância ativa na área, durante os 30 dias seguintes, para assegurar o pleno êxito da vacinação de bloqueio. Para isso, serão identificadas, na comunidade, fontes especiais de notificação (profissionais ou leigos), com as quais a equipe de vigilância manterá permanente contato, a fim de que qualquer novo caso seja imediatamente reconhecido e investigado.

A execução do conjunto de medidas de controle representa uma tarefa que exige cuidadosa preparação, para que seus resultados sejam eficazes. O reconhecimento da área e a organização das ações devem ser realizados, preferentemente, por uma equipe multiprofissional, uma vez que envolve a provisão de dados e insumos básicos (cobertura vacinal prévia, mapas geográficos, vacinas, caixas térmicas), identificação de lideranças e de meios de comunicação, levantamento das atividades e costumes da população, mobilização comunitária, treinamento e supervisão de pessoal.

D — Análise e disseminação dos dados

Os dados pertinentes à vigilância epidemiológica da poliomielite e à aplicação das medidas de controle serão permanentemente ana-

lisados, nos níveis estadual e nacional, de forma a proporcionar informações atualizadas sobre as características clínicas e epidemiológicas do comportamento da doença, sobre a eficiência e eficácia das atividades de vacinação e sobre o desempenho do sistema de notificação e investigação de casos.

As atividades de investigação e bloqueio de surtos individualizados deverão ser objeto de relatórios detalhados específicos, necessários para a documentação técnica do trabalho realizado, através da avaliação das estratégias empregadas e dos resultados obtidos em diferentes circunstâncias, para o constante aperfeiçoamento das metodologias em uso.

Informações relevantes serão sistematicamente divulgadas, em nível nacional, entre os participantes do sistema de vigilância nos diversos níveis. Atenção especial será dedicada às fontes de notificação de casos, que deverão receber, oportunamente, os resultados da investigação decorrente da notificação, incluindo as análises de laboratório realizadas e o diagnóstico final de encerramento do caso.

3.6. Atividades de laboratório

A — Apoio à vigilância epidemiológica

A realização dos exames laboratoriais, necessários à confirmação e ao estudo epidemiológico de todos os casos notificados de poliomielite, é um dos requisitos indispensáveis para o acompanhamento da situação epidemiológica da doença, com vistas à sua erradicação.

Para o isolamento e a tipificação de poliovírus, deverão ser sistematicamente examinadas duas amostras de fezes de cada paciente, colhidas na fase aguda da doença, com o intervalo de 24-48 horas. Visando aumentar as chances de identificação do vírus, poderão ser necessárias análises de material procedente de contatos do caso. Tentativas de isolamento do vírus, a partir de material de necrópsia, devem ser efetuadas. Nesse caso, é importante a realização de exames histopatológicos nos demais serviços especializados. O eventual isolamento de outros enterovírus não-pólio precisa ser devidamente caracterizado, assim como devem ser realizados procedimentos especiais que exclua a possibilidade de infecção associada com poliovírus.

A titulação de anticorpos neutralizantes e de fixação do complemento para os três tipos de poliovírus — a partir de soros pareados de cada paciente, colhidos na fase aguda e con-

valescente, em intervalos de 21 dias — é importante para a perfeita caracterização etiológica. No caso de haver sido isolado outro enterovírus, a titulação de anticorpos deverá ser feita também para esse vírus.

Exames mais sofisticados incluem a caracterização genética dos poliovírus isolados, com o objetivo de estabelecer a diferenciação intratípica, principalmente entre poliovírus selvagens e vacinais. Esses exames são indispensáveis para o estudo de casos nos quais haja suspeita de associação à vacina, situação essa que assume excepcional importância dentro da perspectiva de erradicação. Técnicas mais recentes, como a de mapeamento de oligonucleotídeos e outras, possibilitam a determinação da origem de um determinado tipo de poliovírus isolado, o que se reveste de grande significado epidemiológico, haja vista permitir o estabelecimento de uma cadeia de transmissão a partir dos achados laboratoriais.

B — Adequação da rede de laboratórios

As exigências de apoio laboratorial tornam necessário o estabelecimento de uma rede de laboratórios de diagnóstico bem organizada, capaz de proporcionar um eficiente apoio às equipes técnicas encarregadas da erradicação da poliomielite, em todas as unidades federadas. A coordenação técnica da rede está a cargo do Centro de Referência Nacional em Enterovirose, localizado no Departamento de Virologia do Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-RJ).

Deverá ser procedida a adequação da rede aos objetivos de erradicação, compreendendo:

- a) apoio administrativo à rede de laboratórios de diagnóstico, para fazer frente ao aumento de demanda previsto como decorrência da intensificação da busca ativa de casos e da colheita de amostras de contatos. Esse apoio implica o aporte de recursos financeiros específicos, prioridade administrativa para aquisição de equipamentos e insumos para diagnóstico e o suprimento de reagentes específicos, através do Centro de Referência Nacional;
- b) implantação da técnica de titulação de anticorpos de fixação de complemento, na rede de laboratórios de diagnóstico, que atualmente titulam apenas anticorpos neutralizantes;
- c) implantação da técnica de mapeamento de oligonucleotídeos no Centro de Referência

Nacional (IOC/FIOCRUZ), através de apoio da OPAS/OMS. Há necessidade de serem estabelecidos mecanismos ágeis para o suprimento de insumos importados, alguns deles rapidamente perecíveis, como, por exemplo, o fósforo radioativo;

- d) fortalecimento da estrutura técnico-operacional do Centro de Referência Nacional, para suprir deficiências da rede de diagnóstico. Isso inclui o recebimento de amostras enviadas pelos laboratórios para repetição de testes que resultaram negativos em presença de quadro clínico compatível com poliomielite, identificação de isolamentos de enterovírus não-pólio, realização de testes de fixação de complemento e caracterização intratípica de poliovírus isolados;
- e) atualização do manual de técnicas de laboratório para diagnóstico de enterovirose, para uso da rede;
- f) estreitamento da articulação entre as equipes de vigilância epidemiológica e de laboratório. Deve ser estimulado o contato informal, por telefone, para a discussão de procedimentos e fornecimento de resultados. Além da agilização necessária ao processo, a troca permanente de informações é fundamental para orientar a realização dos exames e a interpretação de resultados, assim como identificar a necessidade de coleta de amostras adicionais para exame. A participação do pessoal de laboratório em investigações de campo é, também, importante. Nos estados-sede de laboratórios de diagnóstico, devem ser realizadas reuniões semanais entre os técnicos das duas áreas.

C — Desenvolvimento técnico-institucional

A coordenação geral das atividades estará a cargo do Ministério da Saúde (SNABS), que centralizará as informações sobre o andamento e os resultados dos exames laboratoriais, confrontando-os com os dados de notificação e investigação de casos. Para esse fim, é mantido um sistema de informação formal (aerograma semanal) e informal (telefone) com a rede de laboratórios de diagnóstico de enterovirose.

O aperfeiçoamento da prestação de apoio laboratorial prevê a capacitação de pessoal através de treinamento em serviço, no Centro de Referência ou em outros laboratórios da rede. Uma reunião nacional deve ser prevista visando à atualização de conceitos e o estabelecimento de um programa de atividades laboratoriais.

Particularmente importante, será o desenvolvimento de um sistema de controle de qualidade de resultados, a ser realizado pelo Centro de Referência. Consistirá no envio periódico de amostras codificadas aos laboratórios da rede, para confronto de resultados e, também, na repetição de testes no Centro de Referência, em materiais encaminhados pela rede.

3.7. Divulgação da informação

A divulgação das informações, em nível nacional, é feita pelo Ministério da Saúde através do **Informe Semanal**, especialmente dedicado às atividades de combate à poliomielite, contendo dados sobre a ocorrência de novos casos por estados e municípios, além de informações e comentários sucintos sobre investigações realizadas, ações de controle desenvolvidas e avanços alcançados no processo de erradicação. De confecção simples, o Informe será distribuído às principais pessoas e instituições envolvidas, inclusive à imprensa em geral.

Nos meios científicos, deverá ser estimulada a apresentação e discussão do tema em congressos de pediatria, medicina tropical, neurologia, enfermagem, medicina física e reabilitação, microbiologia e outros. Também importante será a divulgação de informações através de revistas e boletins das sociedades médicas e de enfermagem.

A população em geral deverá ser convenientemente informada, através da imprensa e dos demais meios de comunicação de massa, sobre a situação existente e os eventos importantes ligados à proposta de erradicação. A ocorrência de casos prováveis e o desencadeamento de medidas de controle pertinentes deverão ser amplamente noticiados, como condição essencial para o êxito das ações. O mesmo refere-se à realização e aos resultados dos dias nacionais de vacinação, com ênfase no conteúdo educativo das mensagens veiculadas.

Além dos meios de comunicação tradicionalmente utilizados, as organizações formais e informais existentes na comunidade (associações de moradores, de pais e mestres, sindicatos, comunidades eclesiais de base e outras) deverão ser oportunamente abastecidas de material educativo sobre a doença e as medidas de prevenção e controle em andamento. Com isso, pretende-se não apenas promover a disseminação de informações, através do contato interpessoal, mas, também, estabelecer mecanismos de notificação de casos suspeitos ao setor saúde.

As coordenações estaduais do programa deverão receber, continuamente, cópias de artigos sobre poliomielite, publicadas em revistas científicas nacionais e internacionais. Manter-se-ão, ainda, atualizadas sobre a situação da poliomielite nas Américas e os progressos da estratégia de erradicação, através de informações divulgadas pela OPAS/OMS, em seção especial do **Boletín del PAI**.

3.8. Supervisão e avaliação

Para que as atividades programadas nos diversos níveis sejam executadas de acordo com as normas técnicas estabelecidas, uma considerável parcela do trabalho realizado pelas coordenações nacional e estadual do programa, deverá ser dedicada à supervisão e à avaliação contínua das ações, destacando-se os seguintes aspectos:

A — Registro e análise de dados

A eficiência do gerenciamento das ações deve ser medida, principalmente, através de dados como:

- a) abrangência e pontualidade do sistema de notificações;
- b) continuidade e expansão da busca ativa de casos;
- c) caráter imediato e exaustivo da investigação epidemiológica;
- d) sistematização da coleta e do envio de amostras para análise laboratorial;
- e) rapidez de decisão e grau de mobilização para o desencadeamento de ações de controle;
- f) capacidade de obtenção de todas as informações necessárias sobre cada caso investigado;
- g) oportunidade e precisão quanto ao encerramento dos casos;
- h) disponibilidade de registros organizados (anotações atualizadas sobre notificação e acompanhamento de casos, fichas de investigação, cópia de prontuários médicos, resultados de laboratório, relatórios de investigação e de bloqueio de casos, esclarecimentos fundamentando classificação final dos casos);
- i) disponibilidade de programa de trabalho, planejamento de campanhas de vacinação, dados de cobertura por área geográfica, análise de situação epidemiológica e produção de informes periódicos.

A coordenação nacional deverá dispor dessas informações e proceder, periodicamen-

te, a análises que permitam comparar as condições de funcionamento do programa nas diferentes unidades federadas e macrorregiões do país. O mesmo corresponderá às coordenações estaduais, com relação às regiões e aos municípios.

B — Verificação a distância

O processo de notificação, investigação e confirmação de casos, assim como o de bloqueio de surtos, requer atento acompanhamento por parte de todos os níveis. Assim sendo, a coordenação nacional deverá manter contato telefônico semanal com todas as unidades federadas, para inteirar-se de novas ocorrências e atualizar as informações existentes, agilizando o sistema formal. O mesmo procedimento deverá ser observado pelas coordenações estaduais, com relação aos níveis regional e local.

A comunicação informal, via telefone, é também necessária para o acompanhamento das atividades dos laboratórios e para a verificação das providências em andamento relativas à investigação e bloqueio de casos, com vistas a identificar a conveniência de medidas especiais de apoio e prestar melhor assessoramento técnico.

C — Supervisão direta

Periodicamente, em função da situação específica de cada unidade federada, o Ministério da Saúde deverá providenciar o envio de técnicos aos Estados, para efetuar uma revisão em profundidade das atividades em curso. Sempre que possível e/ou necessário, serão utilizados técnicos de outras unidades federadas, assim como especialistas das áreas de clínica, epidemiologia ou laboratório. A supervisão à rede de laboratórios será realizada através do Centro de Referência Nacional para Enterovirose.

Atenção especial será proporcionada à fase preparatória das campanhas de vacinação, dada a importância que representam para o cumprimento da meta de erradicação no prazo previsto. No nível estadual, essa atividade deverá merecer grande prioridade.

D — Reuniões técnicas

Para manter o interesse e a mobilização de esforços, assim como para assegurar o intercâmbio de experiências entre as diversas unidades federadas, indispensável para o aprimoramento técnico e operacional do processo, o Ministério da Saúde promoverá encontros nacionais e macrorregionais de coordena-

dores estaduais do programa, com a frequência que se fizer necessária. Essas reuniões serão assistidas por especialistas e consultores nacionais e internacionais. Constarão de exposições sobre os programas estaduais, apresentação e discussão de trabalhos de campo realizados e temas específicos de interesse, ao fim das quais serão formalizadas conclusões e recomendações sobre as estratégias apropriadas para resolver os problemas encontrados. Conduta análoga deverá ser desenvolvida pelas coordenações estaduais.

Os responsáveis pelos laboratórios de diagnóstico também reunir-se-ão periodicamente, sob a coordenação do Centro de Referência, para analisar as dificuldades existentes e aprimorar os mecanismos de apoio às atividades de erradicação.

3.9. Investigações especiais

O Brasil, como país colaborador no esforço da erradicação da poliomielite, participará de estudos e pesquisas em assuntos identificados como importantes. A partir dos problemas identificados, o Ministério da Saúde assegurará os recursos necessários e as fontes de financiamento para a realização dos estudos indicados, sendo considerados relevantes os seguintes:

- a) desenvolvimento de uma metodologia adequada para a avaliação da eficácia da vacina;
- b) desenvolvimento de técnicas para determinar a extensão das atividades de bloqueio, tanto em termos de abrangência geográfica como de grupos etários da população-alvo a ser vacinada;
- c) importância dos enterovírus não-pólio como causadores de doença parálitica;
- d) proporção de casos de poliomielite incorretamente diagnosticados como Síndrome de Guillain-Barré;
- e) desenvolvimento de metodologia para detectar casos não atendidos pelo setor saúde;
- f) ocorrência de casos de paralisia associada à vacina e fatores de risco envolvidos;

- g) identificação de estratégias para alcançar as coberturas vacinais adequadas;
- h) estudos de soroconversão quando da utilização da vacina produzida no país;
- i) identificação dos veículos de comunicação que estão atingindo o público e do nível de apreensão e compreensão da população sobre as mensagens veiculadas, sobre as campanhas de vacinação e demais ações ligadas à erradicação da poliomielite;
- j) realização de inquéritos sorológicos para a identificação de grupos etários a serem vacinados, quando indicado.

3.10. Cooperação internacional

A articulação das ações por parte de todos os países da região das Américas é vital para o êxito da proposta de erradicação, e exige da OPAS/OMS o importante papel de coordenação operacional, assistência técnica e promoção de medidas especiais de apoio aos programas nacionais.

Entre as necessidades de apoio internacional, identificadas para o desenvolvimento das atividades no Brasil, destacam-se:

- a) revisão periódica do programa;
- b) assistência técnica para a análise de dados, investigação de surtos e realização de estudos e pesquisas;
- c) apoio para a implantação de novas técnicas de diagnóstico laboratorial e suprimento de insumos especiais;
- d) estabelecimento de critérios que comprovem a ausência da transmissão autóctone de poliovírus selvagens.

O Ministério da Saúde promoverá as medidas necessárias junto às diversas instituições internacionais, em busca de apoio financeiro e técnico para questões específicas, identificadas no decorrer da execução do programa. Promoverá, também, junto aos países fronteiriços, o desenvolvimento de mecanismos de articulação para a realização de ações conjuntas.

4. Coordenação, organização e administração



4.1. Aspectos gerais

As estratégias descritas no capítulo anterior têm como fator comum a articulação interinstitucional, que deve ser estabelecida em cada um dos níveis de desenvolvimento das ações: nacional, estadual, regional e local. Essa articulação deve contemplar, ainda, aspectos técnicos, político-administrativos e sociais que compõem o conjunto da programação.

O componente técnico do processo é representado pela atuação dos órgãos integrantes do setor saúde, que, articulados entre si, nos diversos níveis do sistema, têm a responsabilidade de assegurar a qualidade do trabalho desenvolvido. A estratégia básica que proporcionará a implementação das ações no plano técnico é constituída pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), desenvolvidas conjuntamente pelos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação, de acordo com mecanismos de coordenação instituídos nos níveis nacional (CIPLAN), estadual (CIS), regional (CRIS) e local (CIMS).

No plano político-administrativo, caracteriza-se o apoio governamental proporcionado através do governo federal, dos governos estaduais e das prefeituras municipais. A decisão de promover as medidas necessárias para a erradicação da transmissão de poliovírus selvagens no Brasil extrapola o setor saúde, haja vista que o pré-requisito de universalidade das ações somente pode ser atendido com a participação ativa de todos os setores do governo. Essa necessidade fica evidente quando da realização de dias nacionais de vacinação ou de campanhas extraordinárias para a contenção de surtos. Dessa forma, torna-se indispensável uma manifestação do poder político explicitando a decisão de empreender o plano de ação proposto.

Com relação aos componentes sociais de coordenação das ações, pretende-se a parti-

cipação das diferentes organizações existentes na sociedade, que integram dois grupos de interesses distintos para o programa. De um lado, as que atuam no campo da saúde, destacando-se as associações científicas ou de classe, cuja contribuição é decisiva para o fortalecimento do componente técnico do processo. De outro, situam-se as diversas organizações civis e religiosas, de natureza assistencial, comunitária ou de classe, que devem, necessariamente, estar informadas do desenvolvimento do programa e participar de sua operacionalização.

4.2. Níveis gerenciais

A — Nível nacional

A coordenação nacional está centralizada no Ministério da Saúde, que é o responsável institucional pela implementação das ações em todo o país. Essas ações compreendem as seguintes instâncias:

- a) Coordenação técnico-executiva — a cargo de equipe técnica constituída no âmbito da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS), do Ministério da Saúde, cujas atribuições incluem: 1) formulação de diretrizes técnicas e operacionais; 2) prestação de assessoria técnica às coordenações estaduais; 3) provimento de vacinas e de insumos aos laboratórios de diagnóstico; 4) programação e implementação dos dias nacionais de vacinação; 5) participação em investigações de campo e em atividades de controle, quando necessária; 6) supervisão e avaliação das ações;
- b) Coordenação interinstitucional — realizada através da Comissão Interinstitucional de Coordenação do Plano de Ação para a Erradicação da Poliomielite (CICPA—EP) instituída no âmbito da CIPLAN e integrada por representantes dos principais órgãos da administração federal, bem como de entidades

nacionais e internacionais diretamente envolvidas na implementação do programa. A Comissão atua em apoio à Coordenação Técnico-Executiva, tendo como atribuições principais: 1) analisar as propostas apresentadas, introduzindo os aprimoramentos necessários; 2) promover, junto aos respectivos órgãos de origem, as medidas necessárias para assegurar o apoio ao programa; 3) acompanhar o desenvolvimento das ações em nível nacional e propor mecanismos que visem melhorar o desempenho do programa.

B — Nível estadual

Nas unidades federadas deverão ser seguidas as mesmas linhas gerais de coordenação das ações, desde que sejam observadas as peculiaridades inerentes a cada área.

A coordenação central será estabelecida no âmbito das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), caracterizando a co-responsabilidade dos órgãos federais que atuam em nível estadual.

A coordenação técnica nas Secretarias Estaduais de Saúde caberá aos órgãos de epidemiologia ou de controle de doenças. Pelo menos um técnico, com a qualificação necessária para a função, deverá estar inteiramente dedicado às atividades de erradicação.

Nos níveis regional e local, deverão ser estabelecidos os mecanismos de coordenação e a responsabilidade técnica pelas ações. A participação das prefeituras e das Secretarias Municipais de Saúde, quando existentes, é fundamental para a consolidação das atividades.

4.3. Participação de instituições em nível nacional

A — Órgãos federais

a) Ministério da Saúde — responsável institucional pela programação e implementação das ações e encarregado de promover os mecanismos necessários para assegurar sua execução nas unidades federadas. Participará das coordenações estaduais através das Delegacias Federais de Saúde (DFS), representadas nas CIS. Exercerá, também, ação executiva direta em áreas especiais, através da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), órgãos de grande importância estratégica para o apoio das atividades de vacinação e vigilância epidemiológica. A Fundação das Pio-

neiras Sociais (FPS) participará das ações apoiando a programação no que se refere à reabilitação física dos pacientes.

- b) Ministério da Previdência e Assistência Social — suas atribuições referem-se tanto à implementação como à execução de atividades, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e da Legião Brasileira de Assistência (LBA). Além de participarem dos programas estaduais de vacinação, essas instituições deverão exercer importante papel no atendimento e na notificação de casos, inclusive através da rede conveniada. O apoio do INAMPS estende-se ao tratamento especializado de casos de poliomielite, à realização de exames eletromiográficos e à reabilitação física dos pacientes;
- c) Ministério da Educação — deverá apoiar o programa em diferentes aspectos: através das universidades e hospitais de ensino, proporcionando suporte técnico e colaborando nas atividades de vigilância epidemiológica mediante seus órgãos assistenciais; através dos Conselhos Federal e Estadual de Educação, das Secretarias Estaduais de Educação e da Fundação Educar, conscientizando a população e participando das atividades de erradicação da poliomielite;
- d) outros ministérios deverão ser acionados para proporcionar a participação de órgãos específicos, principalmente em apoio à realização dos dias nacionais de vacinação. Dentre estes destacam-se os Ministérios da Agricultura (EMBRATER, INCRA), do Interior (DNOCS, DNER, Projeto RONDON) e das Forças Armadas.

B — Associações e órgãos de classe

Entre as instituições que deverão estar permanentemente articuladas com a coordenação nacional do programa, com vistas a prestar assessoria técnica e promover o apoio de categorias profissionais às atividades de vigilância epidemiológica e vacinação, destacam-se:

- a) Sociedades Brasileiras de Pediatria e de Medicina Tropical, com relação às atividades técnicas de maneira geral;
- b) Sociedade de Neurologia, de Medicina Física e Reabilitação, especificamente quanto à notificação de casos e assessoramento técnico para a revisão e confirmação clínica de pacientes;
- c) Associação Brasileira de Enfermagem e Associação Médica Brasileira, visando, sobre-

tudo, o envolvimento mais amplo dos profissionais de saúde;

d) entidades de classe e profissionais da área de comunicação e educação.

C — Instituições internacionais

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), na condição de órgão técnico promotor das ações em âmbito internacional, deverá participar de forma direta e permanente na coordenação nacional, através de con-

sultor especificamente designado.

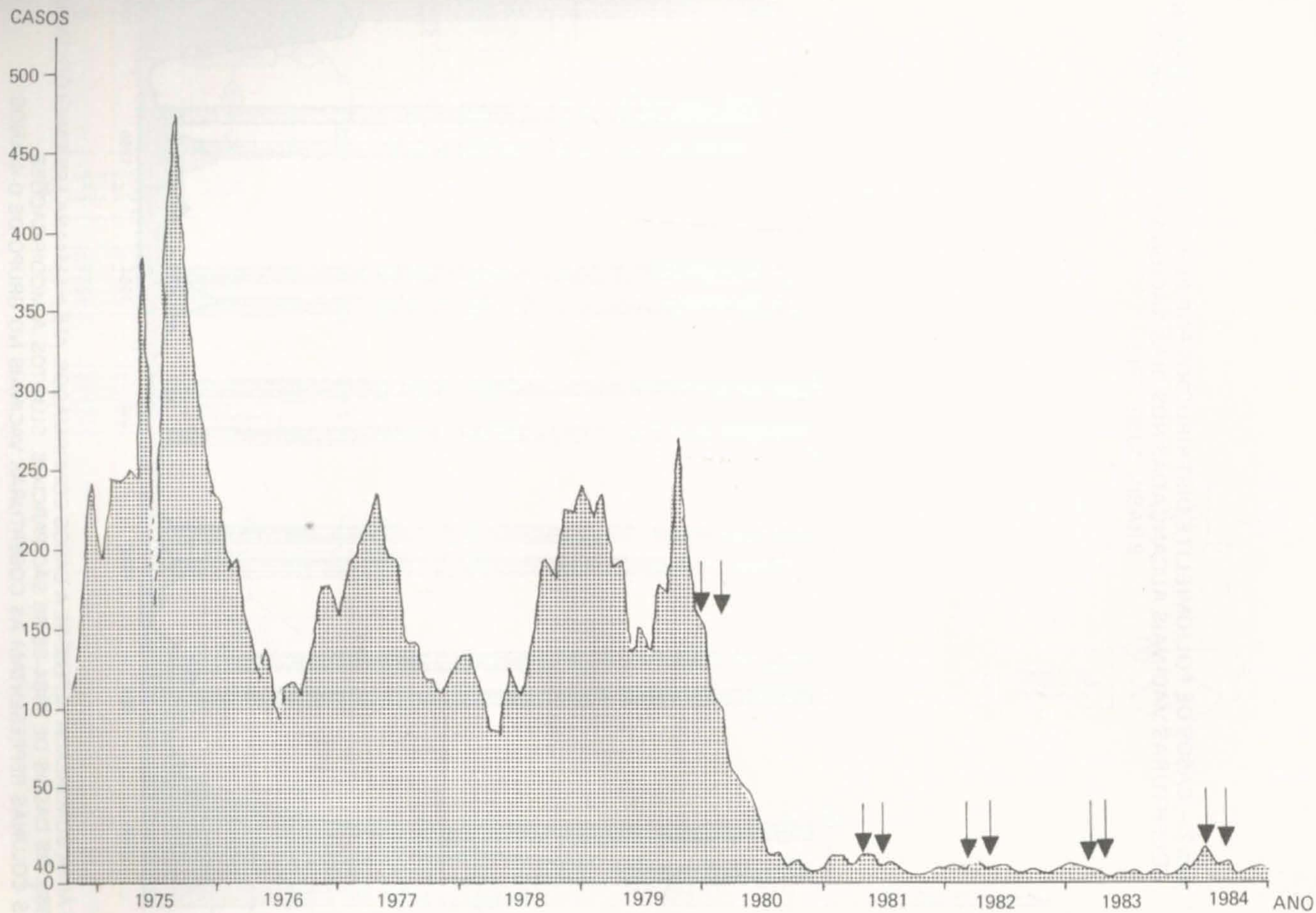
Outras agências e entidades internacionais já comprometidas com a proposta de erradicação, lançada em nível continental, deverão ter identificadas suas formas de contribuição específica. Dentre estas, destacam-se o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Rotary Internacional, a Agência para o Desenvolvimento Internacional (AID), o Banco Mundial (BIRD) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).



Bibliografia consultada

1. META para 1990: erradicação de la poliomiélitis de las Américas. *Boletín Informativo PAI*. 7 (3): 1-2, Jun. 1985.
2. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Erradicação de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomiélitis en las Américas: plan de acción*. Washington, 1985. 27p. (mimeo).
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE & MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Ação de controle da poliomiélite*. Brasília, 1980. 13p. (mimeo).
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. *Bases Técnicas para programa de controle da poliomiélite*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. 1 v (Série B: Textos básicos de saúde, 5).
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde — Grupo Executivo do Plano de Ação para Eradicação da Poliomiélite. *Bases Técnicas para programa de erradicação da poliomiélite*. 2.^a edição revista e ampliada. Brasília, 1986. (no prelo).

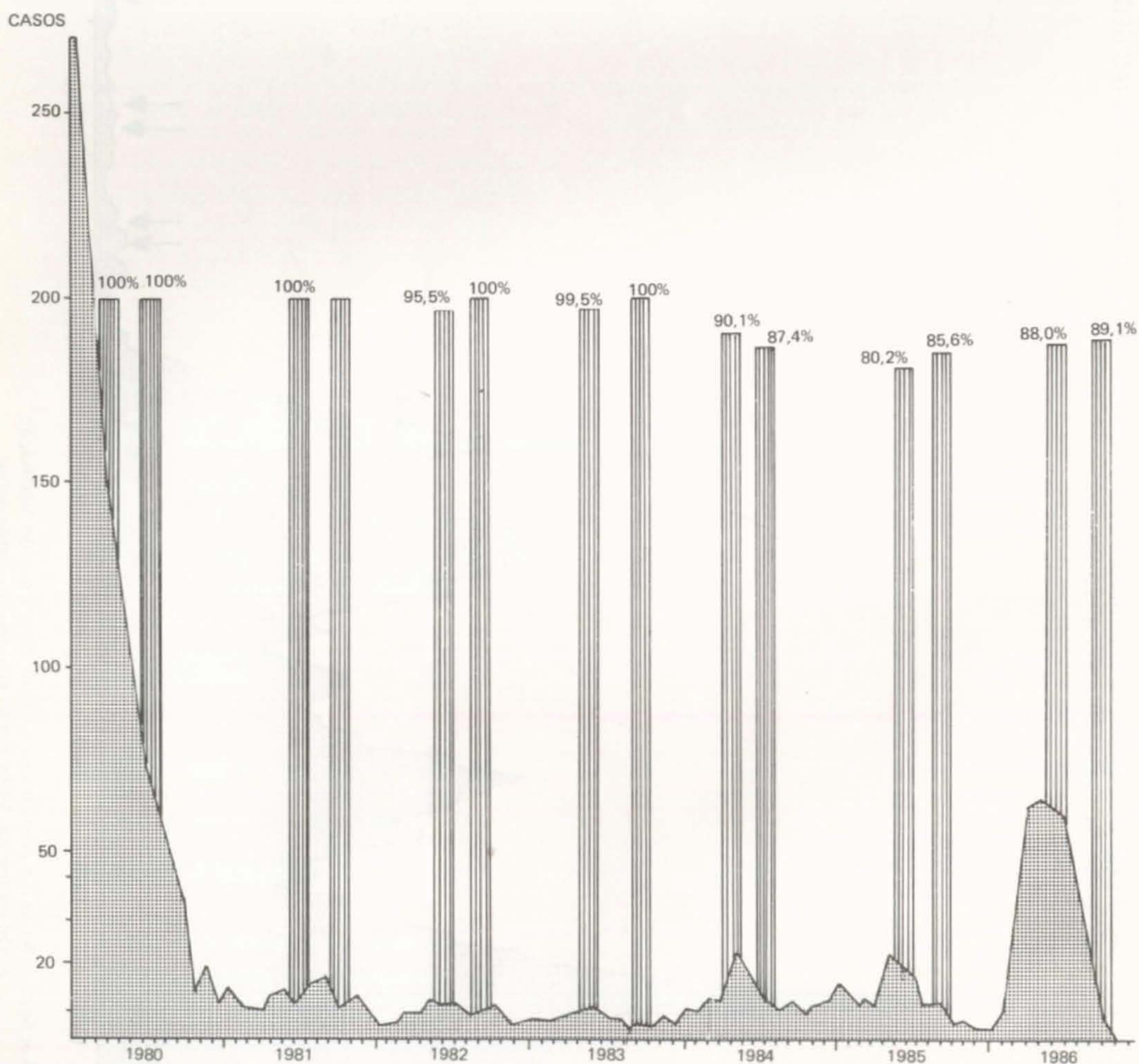
Figura 1 — CASOS DE POLIOMIELITE DISTRIBUÍDOS POR PERÍODOS DE QUATRO SEMANAS SEGUNDO A DATA DE INÍCIO DA DOENÇA, BRASIL, 1975-1984



Observações: 1. As setas identificam os Dias Nacionais de Vacinação.
2. Os dados de 1984 estão sujeitos a modificação.



Figura 2 – CASOS DE POLIOMIELITE DISTRIBUÍDOS POR PERÍODOS DE 4 SEMANAS E COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS NOS DIAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO BRASIL, 1980 - 1986



1 – A ÁREA SOMBREADA REFERE-SE A CASOS CONFIRMADOS, ATÉ A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA N.º 44 DE 1986. OS DADOS DE 1984-85-86 SÃO PARCIAIS, SUJEITOS A MODIFICAÇÕES.

2 – AS COLUNAS REPRESENTAM AS COBERTURAS VACINAIS NO GRUPO DE 0-4 ANOS.

