A light gray map of the state of Pernambuco is centered in the background. The text is overlaid on this map.

# Plano de Mitigação de Risco de Reintrodução do Poliovírus Selvagem (PVS) e Surgimento do Poliovírus Derivado Vacinal (PVDV): Pernambuco

**SEVS**  
Secretaria Executiva  
de Vigilância em Saúde

Secretaria de  
Saúde



GOVERNO DO ESTADO  
**PERNAMBUCO**  
MAIS TRABALHO, MAIS FUTURO.

## Sumário

<b>1. Introdução</b> .....	3
<b>2. Objetivos</b> .....	3
<b>3. Metodologia</b> .....	3
<b>4. Análises de indicadores</b> .....	5
4.1. Imunidade .....	5
4.2. Vigilância Epidemiológica .....	6
4.3. Determinantes .....	9
4.4. Casos e surtos de Doenças Imunopreveníveis .....	11
<b>5. Análise de risco para poliomielite</b> .....	11
<b>6. Dificuldades encontradas por componente da matriz</b> .....	15
<b>7. Estratégias para fins de mitigação de risco de reintrodução do poliovírus selvagem (PVS) e surgimento do poliovírus derivado vacinal (PVDV)</b> .....	16
<b>Referências</b> .....	20

## 1. Introdução

Os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que 02 países (Afeganistão e Paquistão) permanecem endêmicos e há um aumento de países apresentando surtos de pólio derivado da vacina. Com a situação epidemiológica global da poliomielite se vê que, até que a doença seja erradicada, todos os países correm o risco de importar o poliovírus.

Diante desse cenário a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) implementou uma metodologia para avaliar o risco de surtos de poliomielite. Nessa metodologia foi solicitada pela Comissão de Certificação Global (GCC), para os três níveis de gestão (municipal, estadual e nacional), a apresentação de relatórios anuais atualizados sobre o processo de erradicação da poliomielite, contenção do poliovírus e atividades de análise de risco. A partir dessas análises de risco foi constatado que o Brasil é um dos países que apresentam maior risco de reintrodução da poliomielite.

O Ministério da Saúde solicitou para todas as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) a realização de uma avaliação de risco de uma possível ocorrência e disseminação de casos de poliovírus selvagem (PVS) e poliovírus derivado vacinal (PVDV). Em Pernambuco, a avaliação realizada nos 185 municípios demonstrou que o Estado, assim como o Brasil, também se classifica como de maior risco de reintrodução da poliomielite.

Diante do exposto, este documento se propõe a apresentar os resultados da aplicação da metodologia de análise de risco no Estado, a fim de identificar os riscos associados à importação e disseminação do poliovírus, bem como possibilitar o planejamento e adoção de ações para mitigá-lo.

Este documento é uma adaptação do Plano de mitigação de poliomielite, do Ministério da Saúde, para o estado de Pernambuco com os dados do mesmo.

## 2. Objetivos

- Coletar dados e indicadores de prevenção e vigilância epidemiológica a nível municipal em Pernambuco
- Avaliar o risco da reintrodução da poliomielite em cada um dos municípios do estado
- Gerar, a partir desse exercício, o processo de tomada de decisões visando a mitigação do risco.

## 3. Metodologia

Foi utilizada a metodologia de análise de risco proposta pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS).

A análise considerou 4 componentes para determinar o risco a nível municipal conforme tamanho populacional dos municípios com <100.000 menores de 15 anos e municípios com tamanho populacional > 100.000 menores de 15 anos e 1 componente comum a todos os municípios independente do porte populacional, a fim de categorizá-los quanto ao risco (baixo, médio, alto e muito alto), a saber:

- Imunidade
- Vigilância epidemiológica

- Determinantes
- Casos e surtos de Doenças Imunopreveníveis (EPV - *Enfermedades Prevenibles por Vacunas*, por sua sigla em espanhol)

Diferentes critérios foram incluídos em cada componente para avaliá-lo. A cada critério foi atribuída uma pontuação, para acumular o peso total por evento.

Os três componentes e os critérios incluídos para a análise de risco e as pontuações atribuídas a cada um estão descritos nas Figuras 1, 2 e 3.

**Figura 1.** Indicadores e pontuação para municípios com >100.000 menores de 15 anos ou que tenham tido casos de paralisia flácida aguda (PFA) em 2021. Pernambuco, 2022.

		<80%	80-89%	90-94%	95-100%	>100	Total para os 5 anos	Total	Total
		8	5	2	0	2			
Imunidade	Cobertura Administrativa	8	5	2	0	2	40	54	100
	Cobertura com VIP2	8	5	2	0	2			
	Se o país realizou uma campanha de vacinação contra a poliomielite em 2017-2021, foi alcançada uma cobertura >95% no município?	Não	Sim	NA					
Vigilância	% de unidades notificadoras que enviaram informações em todas as semanas durante o período avaliado (2021)	< 80%	>80%				36		
		8	0						
	Taxa PFA	<1	>1						
		8	0						
	Casos de PFA com notificação oportuna (antes de 14 dias desde o início da paralisia)	< 80%	>80%						
		5	0						
	Casos de PFA investigados em menos de 48 horas	< 80%	>80%						
	5	0							
Determinantes	Porcentagem da população com acesso aos serviços básicos de água	<90%	>90%				10		
		5	0						
	Porcentagem da população com acesso aos serviços básicos de saneamento	<90%	>90%						
		5	0						

Fonte: Metodologia de Análise de Risco. Organização Pan-Americana da Saúde, 2021.

**Figura 2.** Indicadores e pontuação para municípios com <100.000 menores de 15 anos que não tenham informado casos de paralisia flácida aguda (PFA) em 2021. Pernambuco, 2022.

		<80%	80-89%	90-94%	95-100%	>100	Total para os 5 anos	Total	Total
		10	6	3	0	3			
Imunidade	Cobertura Administrativa	10	6	3	0	3	50	68	100
	Cobertura com VIP2	10	6	3	0	3			
	Se o país realizou uma campanha de vacinação contra a poliomielite em 2018-2021, foi alcançada uma cobertura >=95% no município?	Não	Sim	NA					
Vigilância	% de unidades notificadoras que enviaram informações em todas as semanas durante o período avaliado (2021)	< 80%	>80%				20		
		10	0		10				
	Buscas ativas institucionais em ao menos um estabelecimento de saúde do município	No	Yes						
Determinantes	Porcentagem da população com acesso aos serviços básicos de água	<90%	>90%				12		
		6	0						
	Porcentagem da população com acesso aos serviços básicos de saneamento	<90%	>90%						
		6	0						

Fonte: Metodologia de Análise de Risco. Organização Pan-Americana da Saúde, 2021.

**Figura 3.** Indicadores e pontuação comum para todos os municípios. Brasil, 2022.

Casos e surtos de EPV	Presença de surtos de sarampo, rubéola, difteria ou febre amarela (excluindo a presença de casos importados sem evidência de transmissão local) e/ou tétano neonatal nos últimos 5 anos	M	R	D	FA (febre amarela)	TN (tétano neonatal)
		(sarampo)	(rubéola)	(difteria)		
		2	2	2	2	2

Fonte: Metodologia de Análise de Risco. Organização Pan-Americana da Saúde, 2021.

Uma vez obtida a pontuação final, o resultado é classificado automaticamente em quatro níveis, a fim de determinar a prioridade de implementação e elaboração do plano de mitigação para poliomielite, de acordo com as pontuações indicadas na Figura 4:

**Figura 4.** Categorias de classificação de risco para todos os municípios, Pernambuco, 2022.

Categoria de risco	Risco baixo	< 34 pontos
	Risco médio	35-48 pontos
	Risco alto	49-60 pontos
	Risco muito alto	>61 pontos

Fonte: Metodologia de Análise de Risco. Organização Pan-Americana da Saúde, 2021.

Vale informar que o Componente 1, Imunidade, é o que tem maior peso dentro da análise de risco. Figura 5.

**Figura 5.** Variáveis de cálculo de risco

Componentes	Descrição	Observações
Componente 1	Imunidade	Percentual de cobertura de vacinação nos últimos 5 anos (54% para municípios com >100.000 menores de 15 anos e 68% para municípios com <100.000 menores de 15 anos)
Componente 2	Vigilância PFA/Pólio	36% para municípios com >100.000 menores de 15 anos e 20% para municípios com <100.000 menores de 15 anos).
Componente 3	Determinantes	10% para municípios com >100.000 menores de 15 anos e 12% para municípios com <100.000 menores de 15 anos

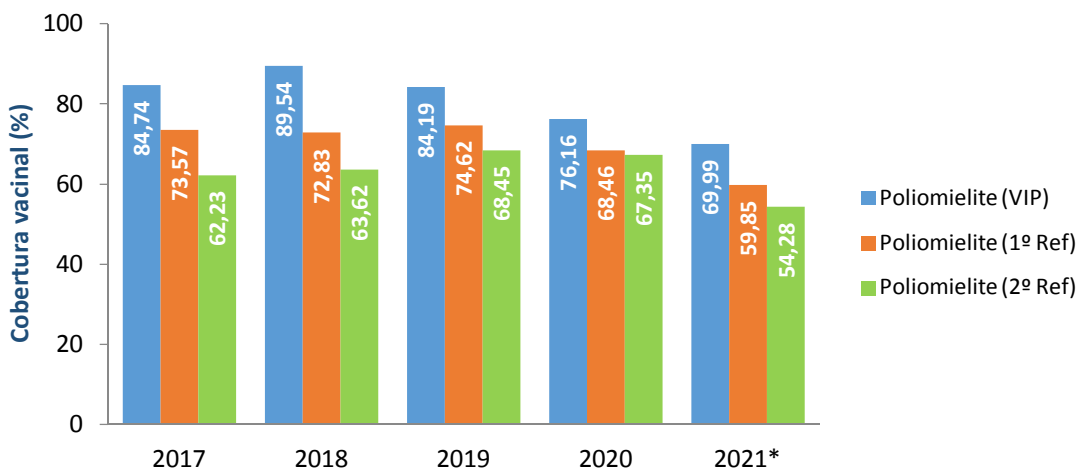
Fonte: Metodologia de Análise de Risco. Organização Pan-Americana da Saúde, 2021.

## 4. Análises de indicadores

### 4.1. Imunidade

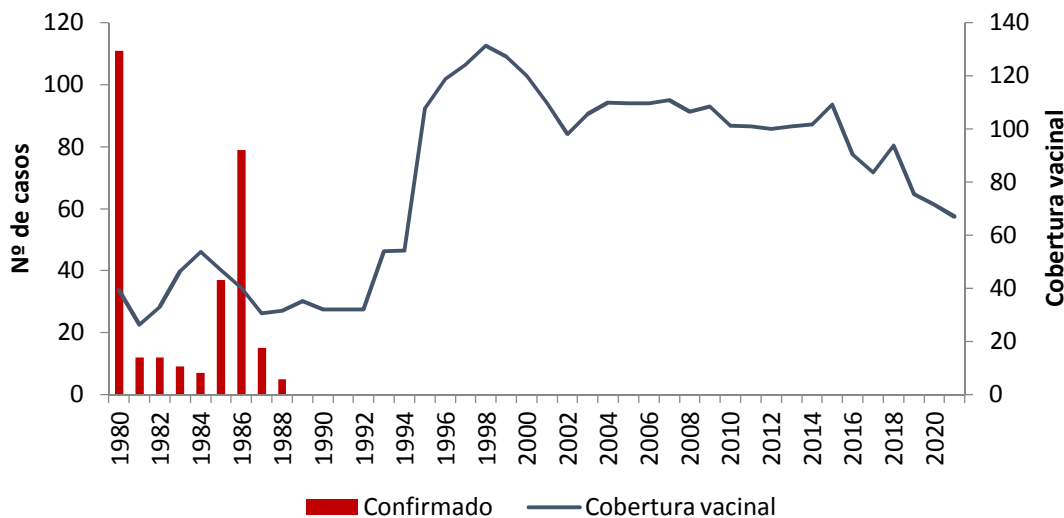
Pernambuco, dentro da sua realidade vem buscando atender às recomendações emitidas pelo MS/OPAS/OMS no âmbito da erradicação da poliomielite e dos esforços para fortalecer a vacinação, no entanto, não tem alcançado altas ( $\times 95\%$ ) e homogêneas coberturas vacinais. Na Figura 6, observa-se um declínio acentuado das coberturas vacinais no período avaliado. Vale informar que, também, no menor nível de gestão (municipal) as coberturas são baixas.

**Figura 6.** Cobertura vacinal da poliomielite em crianças menores que 1 ano, 1º e 2º reforço. Pernambuco, 2017 a 2021\*.



\*dados preliminares  
 Fonte: <http://sipni.datasus.gov.br>. Acessado em 10/10/2022

**Figura 7.** Número de casos e cobertura vacinal da poliomielite. Pernambuco, 1980 a 2021.



Fonte: CPEI-PE/CDI/SIDI/SEVS/SES-PE. Dados atualizados em 10/10/2022

Na sequência histórica da cobertura vacinal contra a poliomielite em Pernambuco, a partir de 1980, verifica-se que entre 1995 a 2015 foram alcançadas altas coberturas (>95%). Já de 2016 a 2021 se percebe um declínio desse indicador.

#### 4.2. Vigilância Epidemiológica

A qualidade da vigilância epidemiológica (VE) das PFA foi avaliada com base nos indicadores de desempenho operacional, conforme Figura 8:

**Figura 8.** Definição de indicadores da vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas (PFA).

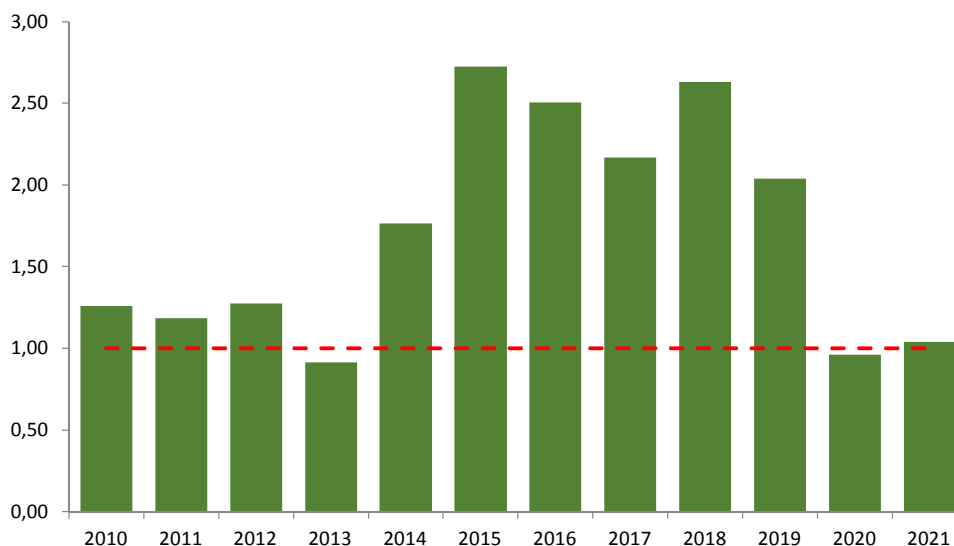
Nome do indicador	Descrição	Meta anual
1. Taxa de notificação de PFA em menores de 15 anos de idade	Número de casos de PFA notificados na população menor de 15 anos de idade	1/100.000 < 15 anos de idade
2. Investigação em 48 horas	Percentual de casos de PFA investigados em até 48 horas	80%
3. Coleta adequada de fezes	Percentual de casos de PFA com uma amostra de fezes coletada até o 14º dia do início da deficiência motora	80%
4. Notificação negativa	Percentual de fontes notificadoras informando semanalmente a ocorrência ou não de casos de PFA em menores de 15 anos de idade.	80%

Fonte: CGPNI/DEIDT/SVS/MS

### a) Taxa de notificação de PFA

No período de 2010 a 2021, a taxa de notificação de PFA com meta mínima de 1 caso para cada 100.000 habitantes menores de 15 anos de idade, foi alcançada em 10 anos, com exceção dos anos de 2013 (0,91) e 2020 (0,5). No Brasil, nos anos 2020 (0,5) e 2021 (0,6), a taxa de notificação sofreu um grande impacto devido ao redirecionamento de esforços para combater os efeitos da pandemia de Covid-19 e recomendações de isolamento social. Em Pernambuco, mesmo com essas dificuldades, o estado alcançou a taxa em 2021 (1,04), conforme Figura 9.

**Figura 9.** Taxa de notificação de casos de paralisia flácida aguda (PFA). Pernambuco, 2010 a 2021.



Fonte: CDI/ SIDI/SEVS/SES-PE

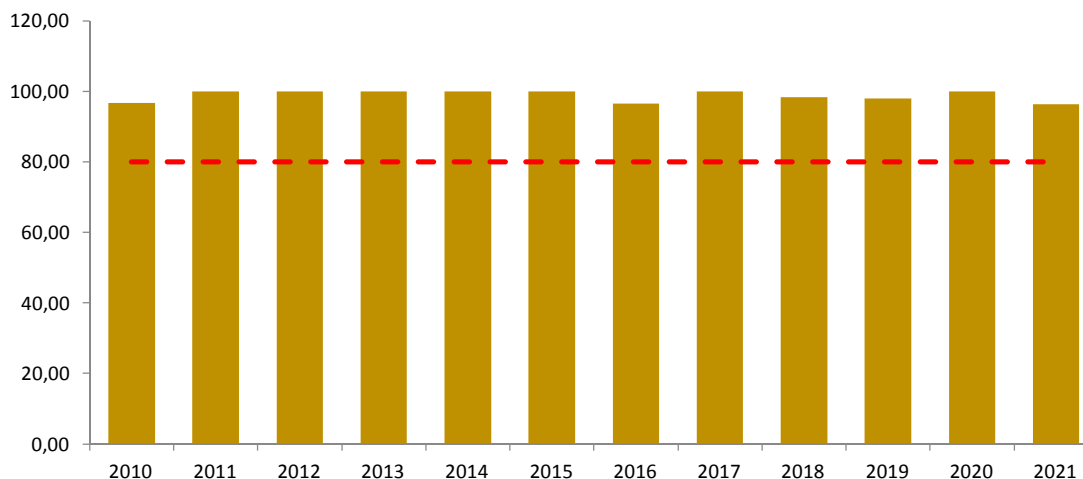
### b) Investigação em 48 horas

O indicador de investigação em 48 horas dos casos de PFA, é de suma importância uma vez que todo caso de PFA deve ser investigado nas primeiras 48 horas após a notificação, com o objetivo de coletar informações necessárias para a correta classificação do caso. Esta medida visa subsidiar o processo de tomada de decisão quanto ao desencadeamento em tempo hábil das medidas de controle indicadas em cada situação. Preconiza-se como meta para esse

indicador que a investigação seja realizada nas primeiras 48 horas após a notificação em pelo menos 80% dos casos.

De acordo com a Figura 10 abaixo, observa-se que a meta mínima esperada para esse indicador (investigação em 48 horas) foi ultrapassada em todo o período avaliado.

**Figura 10.** Percentual de casos investigados nas primeiras 48 horas. Pernambuco, 2010 a 2021.

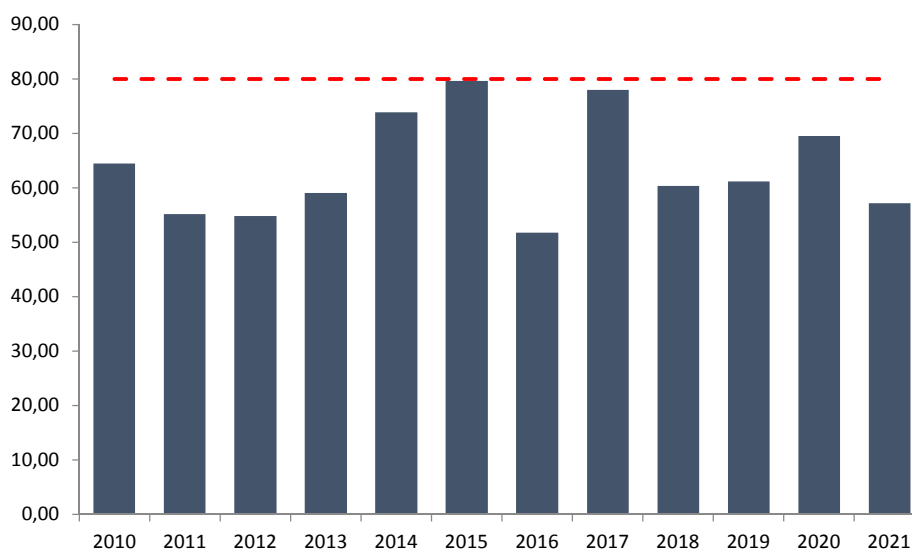


Fonte: CDI/ SIDI/SEVS/SES-PE

### c) Coleta adequada de fezes

Este indicador representa o padrão ouro para o encerramento dos casos de PFA pelo critério laboratorial. No entanto, Pernambuco, no período de 2010 a 2021 só alcançou a meta mínima de 80% dos casos com uma amostra de fezes coletada até o 14º dia do início da deficiência motora, no ano de 2015, conforme Figura 11.

**Figura 11.** Percentual de casos com coleta adequadas de fezes. Pernambuco, 2010 a 2021



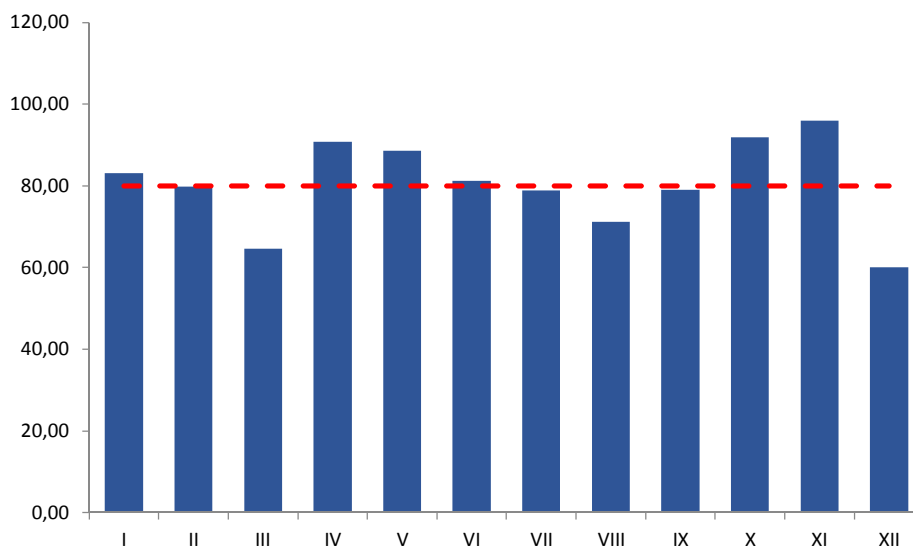
Fonte: CDI/SIDI/SEVS/SES-PE



#### d) Notificação negativa

Em relação a notificação negativa recebida pelas 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres) semanalmente, no ano de 2021, observa-se que a meta do indicador foi alcançada por 06 Regionais, ultrapassando a meta mínima de 80% das fontes notificadoras informando semanalmente a ocorrência ou não de casos de PFA em menores de 15 anos de idade, conforme Figura 11.

**Figura 11.** Percentual de notificação negativa distribuído por Gerência Regional de Saúde. Pernambuco, 2021.



Fonte: CDI /SIDI/SEVS/SES-PE

#### 4.3. Determinantes

O Componente 3, Determinantes, faz referência em especial à porcentagem da população com acesso aos serviços básicos de água potável e de serviços de saneamento básico.

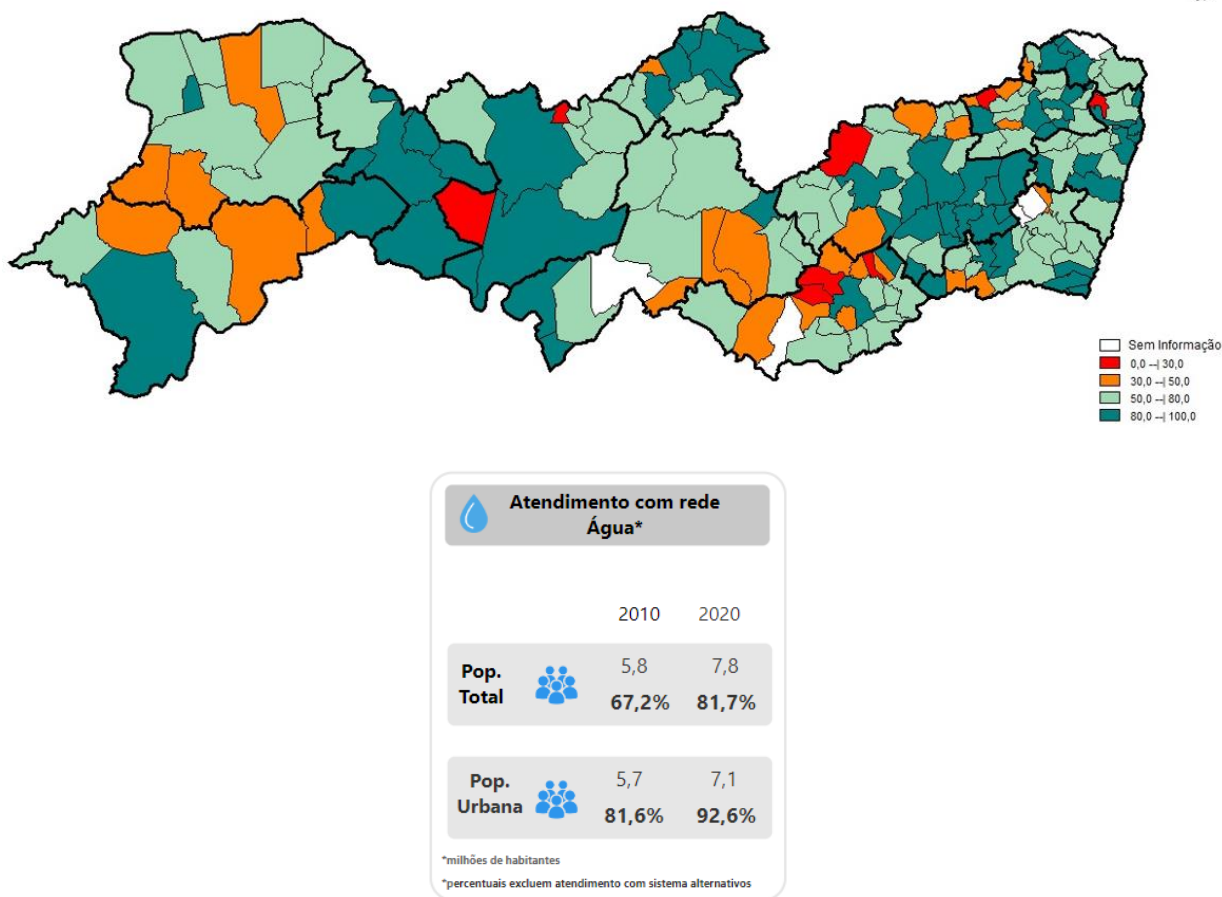
A importância deste componente consiste na relevância que ele tem na cadeia de transmissão da poliomielite, pois a mesma também pode ser transmitida pela ingestão de alimentos crus ou mal cozidos ou água potável ou outras bebidas contaminadas com as fezes de uma pessoa infectada.

A água contaminada e o saneamento deficiente estão ligados à transmissão de outras doenças como cólera, diarreia, disenteria, hepatite A e febre tifóide.

Os dados consolidados nesse plano são extraídos do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), que é o maior e mais importante sistema de informações do setor saneamento no Brasil, apoiando-se em um banco de dados que contém informações de caráter institucional, administrativo, operacional, gerencial, econômico-financeiro, contábil e de qualidade sobre a prestação de serviços de água, de esgotos e de manejo de resíduos sólidos urbanos.

Conforme dados atualizados de 2020, quanto ao abastecimento de água, participaram da amostra do SNIS 180 municípios o que corresponde a 97,3% dos municípios do Estado, cuja população assistida é 7,9 milhões, que corresponde a 81,7% da população do estado, conforme Figura 12. As Regiões Norte e Nordeste do país são as que possuem menor percentual de atendimento total de água, 58,9% e 74,9% respectivamente.

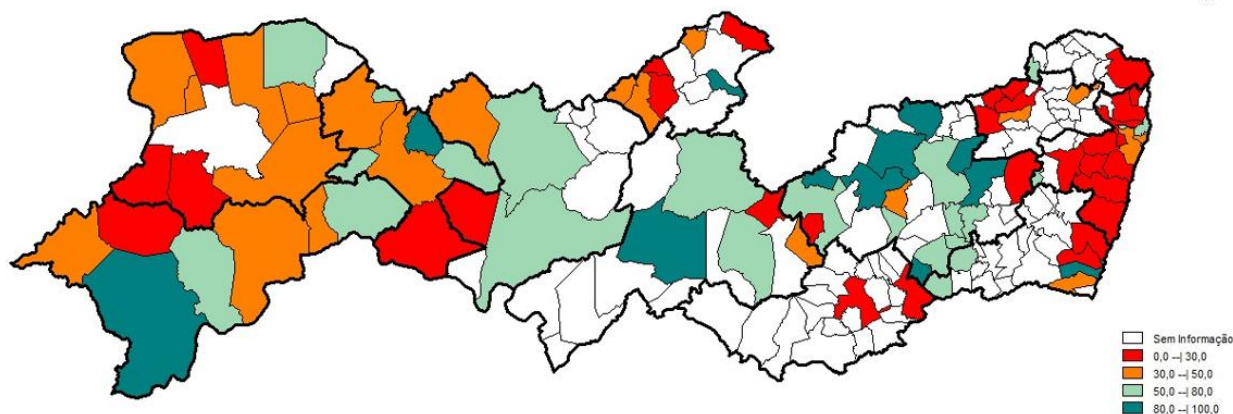
**Figura 12.** Percentual de residências com abastecimento total de água por município. Pernambuco, 2020.

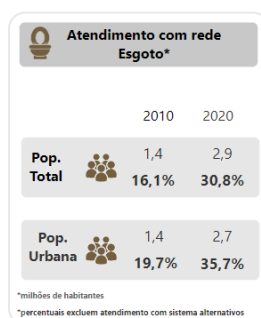


Fonte: Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento ó SNIS. Disponível em <http://www.snis.gov.br/painel-informacoes-saneamento-brasil/web/painel-abastecimento-agua>. Acessado em 23/09/2022.

Com relação aos dados de serviços de saneamento básico, para avaliar o abastecimento total de esgoto participaram da amostra do SNIS 87 (47,02%) municípios. Desses a população assistida é 2,9 milhões, que corresponde a 30,8% da população do estado, conforme Figura 13. No Brasil as Regiões Norte e Nordeste são as que apresentam menor percentual de atendimento total de esgotamento sanitário, 13,1% e 30,3% respectivamente.

**Figura 13.** Percentual de residências com abastecimento total de esgoto por município. Pernambuco, 2020.





Fonte: Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento ó SNIS. Disponível em <http://www.snis.gov.br/painel-informacoes-saneamento-brasil/web/painel-esgotamento-sanitario>. Acessado em 23/09/2022.

#### 4.4. Casos e surtos de Doenças Imunopreveníveis

Este componente, faz referência sobre a ocorrência de doenças imunopreveníveis (sarampo, rubéola, difteria, febre amarela e tétano neonatal) no estado no ano avaliado.

A pontuação deste indicador leva em consideração a ocorrência de casos e surtos dessas doenças.

Em Pernambuco, o período de 2000 a 2012 foi caracterizado pela ausência de casos confirmados de sarampo, exceto pela confirmação de um único caso importado da França (genótipo D4). Nos anos seguintes foram identificados três surtos de sarampo no Estado (2013/2014, 2018, 2019/2020), com diferentes dimensões e disseminação no território. O último surto iniciou em 2019 se continuando até março de 2020, quando foi interrompido. Nesse surto houve um aumento de casos notificados observados a partir da SE 28/2019, se continuando até 15 de março de 2020 (SE 12/2020), data do exantema do último caso confirmado no Estado. Em 2020, foram notificados 111 casos da doença, dos quais 38 foram confirmados e 73 descartados. Não foi registrado nenhum óbito pela doença nesse ano.

A partir de março de 2020, diante da pandemia da Covid-19, foram adotadas medidas restritivas, como o isolamento social e uso de máscaras que provavelmente contribuíram para a interrupção da transmissão do sarampo.

Desde 2017, Pernambuco vem monitorando a febre amarela através da vigilância sentinela de macacos. As causas das mortes desses primatas podem ser por doenças como raiva, febre amarela ou outras zoonoses. Por isso vigilância de epizootias é uma das estratégias para detecção precoce do vírus da febre amarela, já que os macacos doentes funcionam como sentinelas para a vigilância dessa doença em humanos (o mosquito pode se infectar com o animal e, em seguida, repassar para humanos). Em Pernambuco, há décadas não existe registro da circulação da enfermidade.

Importante destacar que, por meio de estratégia do Ministério da Saúde para os Estados nordestinos, Pernambuco iniciou a vacinação de rotina contra a febre amarela na sua população. Quanto à difteria, no período de 2019 a 2021, foram notificados 02 casos e 01 confirmado. Nesse mesmo período não houve notificação de tétano neonatal.

A Secretaria de Saúde de Pernambuco sob a orientação do Ministério da Saúde tem adotado medidas para manter o Estado livre da circulação do vírus do sarampo e controlar as demais doenças imunopreveníveis, a exemplo da intensificação da rotina, bloqueio vacinal e participação de Campanhas Nacionais de Vacinação.

## 5. Análise de risco para poliomielite

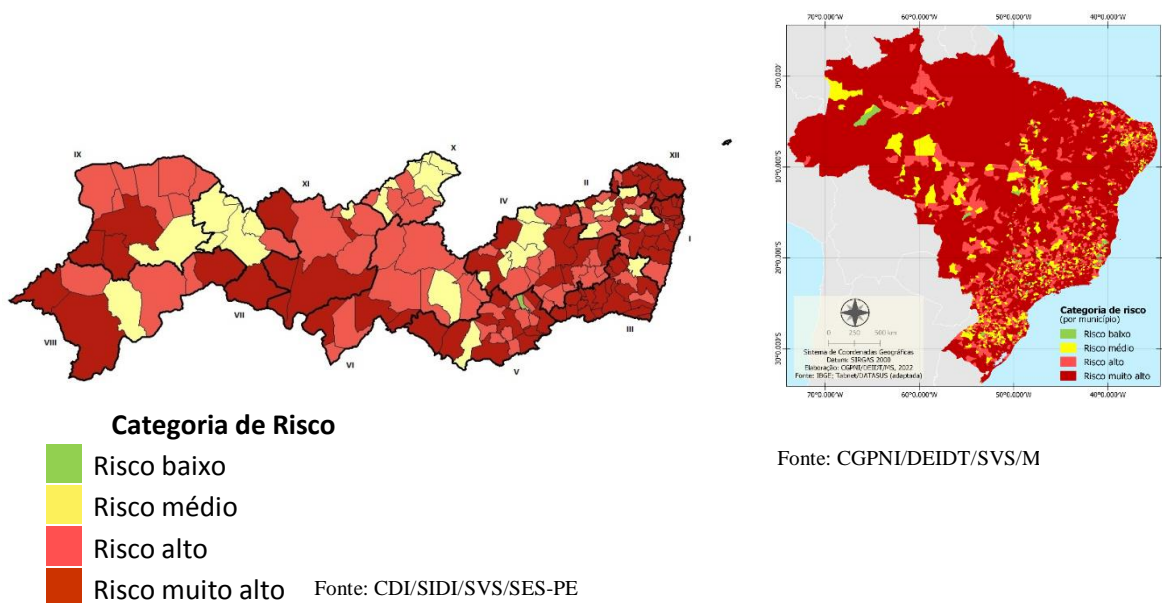
O Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT)/ Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/ (MS), por intermédio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) realizou a análise do risco de poliomielite, considerando

os componentes: imunidade, vigilância epidemiológica, determinantes e casos/surtos de doenças imunopreveníveis, aplicada a todas as Unidades Federadas (UF) e seus respectivos municípios.

A fim de adotar medidas para mitigar o risco de reintrodução do poliovírus a análise permitiu a categorização final da pontuação ponderada entre as variáveis analisadas para calcular o risco.

Assim, conforme consolidação dos quatro componentes e avaliação dos 185 municípios pernambucanos, os resultados mostram que 1 (0,5%) foi caracterizado como risco baixo, 32 (17,3%) como risco médio, 68 (36,8%) como risco alto e 84 (45,4%) como risco muito alto. Conforme os dados apresentados, observa-se que 152 (82,2%) dos municípios encontram-se em risco alto e muito alto. Figura 14.

**Figura 14:** Análise de risco para poliomielite de acordo com os níveis de risco. Pernambuco e Brasil, 2021.



O porte populacional foi critério para análise, sendo adotados municípios com <100.000 e com tamanho populacional  $\geq 100.000$  crianças menores de 15 anos, conforme Figura 15.

**Figura 15.** Numero e percentual de municípios segundo população > 15 anos (<100.000 e  $\geq 100.000$ ) e categorização de risco. Pernambuco, 2021.

Municípios	Nº	%	Categorização
<100.000 (171 Municípios)	1	0,58	Risko baixo
	31	18,1	Risko médio
	67	39,2	Risko alto
	72	42,1	Risko muito alto
$\geq 100.000$ (14 Municípios)	0	-	Risko baixo
	1	7,1	Risko médio
	1	7,1	Risko alto
	12	85,7	Risko muito alto

Fonte: CDI/SIDI/SEVS/SES-PE

Dos 14 municípios com população maior ou igual a 100.000 crianças menores de 15 anos, 73,47% (36) estão em risco muito alto, 18,37% (36) estão em alto risco e 8,16% (4) estão em risco médio de eventos ou surtos por PVS e/ou cPVDV tipos 1, 2 ou 3.

Pernambuco tem 185 municípios, distribuídos nas 12 Gerências Regionais de Saúde. Dessas, a Geres que tem maior número e percentual (86%) de municípios em risco muito alto é a III seguida da XII (80%). Já a VII Geres tem o menor percentual (14,3%) de municípios em risco muito alto e maior percentual em risco médio de apresentar eventos ou surtos PVS e/ou cPVDV tipos 1, 2 ou 3, conforme Figura 16.

**Figura 16.** Número e percentual de municípios distribuído por Gerência Regional de Saúde e classificação de risco. Pernambuco, 2021.

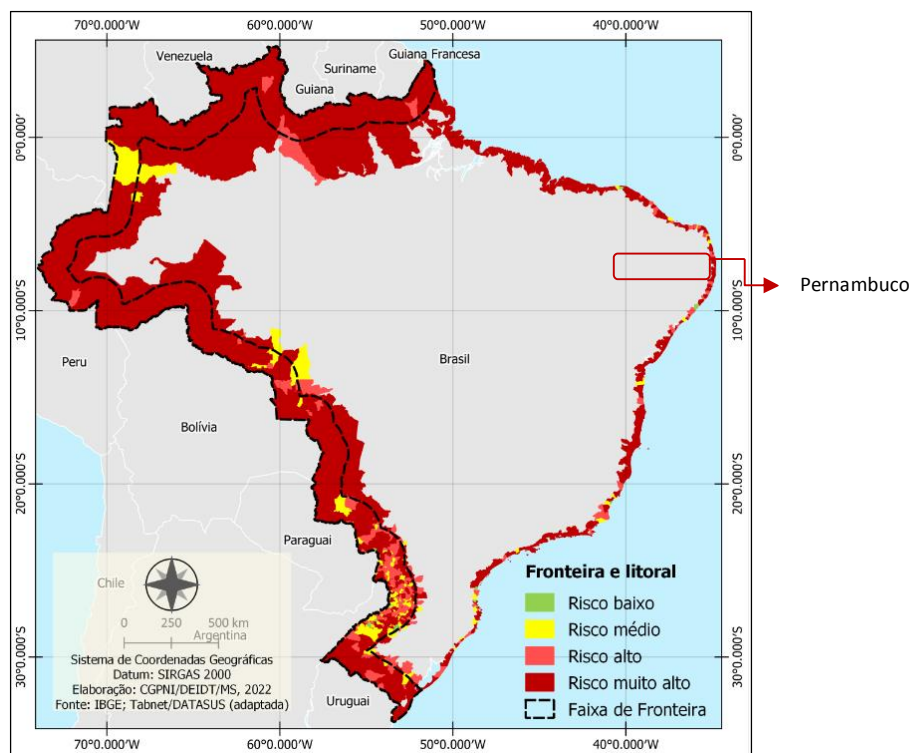
Geres	Nº de municípios	Risco muito alto		Risco alto		Risco médio		Risco baixo	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I	20	15	75	4	20	1	5	-	-
II	20	6	30	6	30	8	40	-	-
III	22	19	86,4	2	9,1	1	4,5	-	-
IV	32	10	31,3	17	53,1	5	15,6	-	-
V	21	10	47,6	9	42,9	1	4,8	1	4,8
VI	13	3	23,1	9	69,2	1	7,7	-	-
VII	07	1	14,3	1	14,3	5	71,4	-	-
VIII	07	3	42,9	3	42,9	1	14,3	-	-
IX	11	3	36,4	7	63,6	1	9,1	-	-
X	12	-	-	5	41,7	7	58,3	-	-
XI	10	5	50	4	40	1	10	-	-
XII	10	8	80	2	20	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>185</b>	<b>83</b>	<b>44,9</b>	<b>69</b>	<b>37,3</b>	<b>32</b>	<b>17,3</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>

Fonte: CDI/SIDI/SEVS/SES-PE

**Figura 17.** Municípios que estão defrontes com o mar no litoral de Pernambuco.

Municípios
Barreiros
Goiana
Itapissuma
Itamaracá
Igarassu
Paulista
Olinda
Recife
Jaboatão dos Guararapes
Cabo de Santo Agostinho
Ipojuca
Sirinhaém
Tamandaré
São José da Coroa Grande

**Figura 18:** Análise de risco para poliomielite de acordo com os níveis de risco dos municípios da faixa de fronteira e defrontes com o mar. Brasil, 2021.



Fonte: CGPNI/DEIDT/SVS/MS.

**Figura 19.** Distribuição dos municípios defrontes com o mar de acordo com os níveis de risco. Pernambuco, 2021.

Municípios defrontes com o mar	Nº	%	Categorização
Defrontes com o mar	-	-	Risco baixo
	-	-	Risco médio
	1	7,1	Risco alto
	13	92,9	Risco muito alto

Fonte: CDI/SIDI/SEVS/SES-PE

Dos 279 municípios defrontes com o mar, conforme definições do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Figura 18, 14 municípios pertencem ao estado de Pernambuco. Desses, 01 (Ipojuca) está em situação de alto risco e 13 estão em situação de risco muito alto de eventos ou surtos por PVS e/ou cPVDV tipos 1, 2 ou 3.



## 6. Dificuldades encontradas por componente da matriz

Figura 20. Dificuldades quanto ao alcance do componente

Componente	Dificuldades
Imunidade	Alta rotatividade de recursos humanos, baixa qualificação dos profissionais e atribuição de múltiplas funções ao pessoal que realiza atividades de vacinação em estabelecimentos de saúde
	Ações de comunicação e disseminação de informações não robustas sobre a importância e benefícios da vacinação
	Problemas no denominador do indicador: cobertura vacinal, incluindo estimativas populacionais para a vacinação
	Baixa percepção da população sobre o risco de doenças imunopreveníveis
	O processo de migração (demora e falta) de dados entre sistemas do Programa Nacional de Imunizações
	Acesso da população aos serviços de saúde para a vacinação dificultado pelo horário de funcionamento das salas de vacinação, considerando que o horário de trabalho dos pais e responsáveis coincide com o horário de funcionamento das salas de vacina o que impede de levar as crianças aos serviços de saúde.
	Desconhecimento da população sobre os benefícios da vacinação
	Não alcance de no mínimo 95% de cobertura vacinal de forma homogênea
	Falta de apoio institucional/logístico e compromisso para alcançar o indicador de cobertura vacinal e avaliação dos resultados da vacinação a nível local
	Vigilância
Equipe reduzida para consolidar semanalmente e enviar a notificação negativa	
Alta rotatividade de profissionais para atividades exclusivas de VE das PFA	
A qualificação das equipes municipais para VE-PFA não é prioridade diante de outras	
Nem todos os municípios com < 100.000 menores de 15 anos notificam casos de PFA	
Algumas SMS e Gerências Regionais de Saúde não consolidam e enviam para a Secretaria Estadual de Saúde as informações sobre notificação negativa de PFA sistematicamente	
Pouco conhecimento da importância da vigilância da poliomielite, informações não chegam na ponta, causando subnotificação e perda de oportunidade de coleta de amostra clínica para pesquisa de enterovirus	
Dificuldade de coleta de amostra clínica devido a presença de constipação intestinal em grande parte dos casos	
A busca ativa institucional nos municípios com < 100.000 menores de 15 anos sem casos de PFA em pelo menos um estabelecimento de saúde ficou comprometida devido à redução das atividades durante a pandemia	
Falta de apoio institucional/logístico e compromisso para realizar avaliação aos 60 dias e concluir a investigação	
Desinteresse dos profissionais de saúde pela vigilância das PFA/ Poliomielite	
Falsa sensação de erradicação	
Determinantes	Desconhecimento ou dificuldade dos gestores estaduais e municipais de saúde em obter informações sobre os serviços básicos de água potável e

	de serviços de saneamento básico disponíveis para a população nos territórios.
Casos e surtos de Doença Imunopreveníveis	Identificação oportuna de casos/surtos de sarampo, rubéola, difteria, febre amarela e tétano neonatal e adoção de medidas de prevenção e controle em muitas situações.

Para fortalecer a vigilância em saúde e melhorar a cobertura vacinal a Secretaria Estadual de Saúde vem realizando diagnóstico no campo da vigilância epidemiológica e imunização, desenvolvendo ações articuladas com a Secretarias Municipais de Saúde e equipes de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e adotando medidas de prevenção e controle.

Para aprimorar a vigilância das PFAs a Secretaria Estadual de Saúde conta com a VEH do Hospital da Restauração, hospital de referencia estadual, que notifica, coleta e acompanha o paciente até a alta hospitalar.

## **7. Estratégias para fins de mitigação de risco de reintrodução do poliovírus selvagem (PVS) e surgimento do poliovírus derivado vacinal (PVDV)**

Para fins de mitigação de risco, a Secretaria de Saúde apresenta uma série de medidas para diminuir e impedir o risco de reintrodução do poliovírus selvagem (PVS) e surgimento derivado vacinal (PVDV) no estado.

As estratégias e atividades propostas por componente serão realizadas obedecendo ao cronograma, responsáveis pela execução e documentos comprobatórios de desenvolvimento das atividades (Figura 21). Essas ações reafirmam o compromisso do estado em mantê-lo livre da poliomielite e contribuir com o processo de erradicação da doença.







Após aprovação deste Plano pela Comissão Regional de Certificação da Poliomielite, o acompanhamento e avaliação da implementação do mesmo nas três esferas de gestão deve ser permanente. A periodicidade destas avaliações permitirá o contributo oportuno para adequação e proposição de estratégias que possam fortalecer a tomada de decisão e elaboração de relatórios nacionais e estaduais que serão submetidos a Câmara Técnica Nacional de Especialistas para Certificação da Erradicação da Poliomielite e ao Excelentíssimo Ministro da Saúde.

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são considerados gestores de risco, em seus respectivos escopos e âmbitos de atuação. Dessa forma, para permitir uma gestão mais efetiva dos riscos é importante que as SES adotem a matriz de risco fornecida pela OPAS para que possam analisar e monitorar continuamente o desempenho de seus respectivos municípios e assim elaborarem seus planos de mitigação diante de necessidades específicas em conformidade com a realidade local. O monitoramento é parte integrante do processo de gestão e da tomada de decisão e deve acompanhar o seu ciclo de desenvolvimento institucional.

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana da Saúde. Análise de Risco de Poliomielite 2021. Planilha excel.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Coberturas vacinais para poliomielite. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/>. Relatórios do sistema. Dados referentes ao ano de 2021.
3. Organização Panamericana da Saúde. Sistema de Informação Integrado de Agravos Preveníveis por Vacinação (ISIS). Relatórios do sistema. Dados referentes ao ano de 2021.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Relatórios do sistema. Dados referentes ao ano de 2021.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. 6. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. 6. ed. 6. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude\\_5ed\\_21nov21\\_isbn5.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view).
7. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Regional. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento. Informações sobre abastecimento de água e esgotamento sanitário. Disponível em <http://www.snis.gov.br/painel-informacoes-saneamento-brasil/web/painel-abastecimento-agua>
8. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados de municípios da faixa de fronteira e defrontantes ao mar. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/>

## **EXPEDIENTE**

### **Governador de Pernambuco**

Paulo Henrique Saraiva Câmara

### **Vice Governador de Pernambuco**

Luciana Barbosa de Oliveira Santos

### **Secretário Estadual de Saúde**

André Longo Araújo de Melo

### **Secretária-Executiva de Vigilância em Saúde**

Patrícia Ismael de Carvalho

### **Superintendência de Imunizações e das Doenças Imunopreveníveis**

Ana Catarina de Melo

Coordenação de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis

Rafael Mota Mendonça

Responsável Técnica - Vigilância Epidemiológica da Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite

Roseane Barbosa Serrano

Equipe de Elaboração

Ana Antunes Fonseca Lima

Roseane Barbosa Serrano

Revisão

Ana Antunes Fonseca

Rafael Mota Mendonça

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, Bongi, Recife-PE. CEP: 50751-530**  
**[www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br)**