

José Cássio de Moraes

Departamento de Medicina Social.
Faculdade de Ciências Médicas. Santa
Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

José Cássio de Moraes
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Ciências Médicas da Santa
Casa de São Paulo
Rua Cesário Mota Jr, 61 6º andar
01221-020 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: jcassiom@uol.com.br

Comentário: Estado atual do problema da poliomielite no Município de São Paulo

Current state of poliomyelitis problem in São Paulo municipality

O convite para comentar o artigo do Professor Victório Barbosa é duplamente honroso. Em primeiro lugar por ter convivido com ele no início da minha carreira na Secretaria Estadual de Saúde durante a epidemia de doença meningocócica devido aos sorogrupos A e C, que grassou no Município de São Paulo em 1974. Em segundo lugar por ter participado na execução das estratégias adotadas para a eliminação da doença em nosso continente e permitiram atender ao anseio expresso no artigo e na época considerado utópico do Professor Barbosa.

A transmissão autóctone do poliovírus selvagem foi interrompida no Brasil em 1989 e, dois anos após, na América Latina. As estratégias adotadas para a interrupção foram: melhoria da cobertura vacinal de rotina, campanhas nacionais de vacinação indiscriminada – realizadas pelo menos duas vezes ao ano desde 1980 para menores de cinco anos de idade – e intensificação da vigilância epidemiológica, por meio da notificação e investigação clínica e laboratorial de todos os casos de paralisia flácida aguda em menores de 15 anos de idade.

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde intensifica seus esforços para erradicar a doença. Em 2005 foram confirmados 1.856 casos de poliomielite, 54% ocorreram em países que importaram o vírus selvagem. Mais recentemente ocorreu transmissão sustentada do poliovírus selvagem em apenas seis países: Angola, Etiópia, Indonésia, Somália, Iêmen e Nepal. A interrupção das campanhas de vacinação contra poliomielite no norte da Nigéria e a baixa cobertura vacinal nos países vizinhos permitiram a exportação do poliovírus selvagem para países que já estavam livres da transmissão autóctone.² A doença foi eliminada com vigilância epidemiológica adequada e a adoção imediata das medidas de controle, campanhas de vacinação casa a casa nos locais onde ainda circula o vírus.

O número de casos ocorridos em todo mundo durante o ano de 2005 é atualmente 2,3 vezes superior ao de 1960, quando houve maior incidência da doença no Município de São Paulo.

O artigo do Professor Victório Barbosa, escrito com estilo quase professoral, se reveste de grande importância no momento em que estamos perto de atingir a meta da erradicação da doença em todo mundo.

O autor defendeu apaixonadamente, como era de seu estilo, a adoção de algumas estratégias para minimizar o aumento da incidência observada na época. No final da década de 60 ocorreu aumento do número de casos, apresentando taxas superiores a 3/100.000 habitantes, atingindo 20/100.000 habitantes. A magnitude do dano classificava o Município de São Paulo como uma área epidêmica e merecedora de adoção imediata de estratégias para o controle da poliomielite.

Recentemente colocada à disposição no mundo, o uso em massa da vacina oral contra a poliomielite estava entre as estratégias adotadas. A vacina oral bivalente, composta pelos poliovírus 1 e 2 atenuados, foi liberada nos Estados Unidos em 1961, a vacina contra o pólio vírus 3 em 1962 e no ano seguinte começou-se usar a vacina com os três poliovírus.¹ De acordo com o Professor Barbosa, as duas primeiras campanhas foram realizadas em 1962, uma em janeiro e outra em junho, e no ano seguinte somente uma campanha em dezembro.

Outro aspecto importante é a proposição do autor para reduzir a ocorrência da doença ou mesmo “erradicá-la”, com a adoção de campanhas anuais de vacinação aliada à vacinação de rotina até a transformação da população suscetível menor de cinco anos de idade em uma população imune. Somente, em 1966 após diversas interrupções na aplicação da estratégia

proposta é que se conseguiu baixar a incidência da doença em níveis aceitáveis na época.

Depreende-se do texto o estabelecimento da falsa polêmica entre a aplicação da vacina de forma rotineira versus a vacinação sob a forma de campanhas. Mas a estratégia de campanha foi interrompida em 1965, sem que a cobertura vacinal de rotina atingisse níveis satisfatórios.

Contudo, essa polêmica foi reavivada em 1980, quando se adotou o esquema de pelo menos duas campanhas nacionais de vacinação para a população menor de cinco anos de idade, aplicada de forma indiscriminada (sem levar em conta o estado imunitário anterior). Havia um receio de que as campanhas desestimulariam as mães a levarem suas crianças aos postos de vacinação para receber a vacinação da rotina, o que posteriormente se mostrou infundado no Brasil e na América Latina. O aumento da cobertura vacinal para todos os imunobiológicos aumentou sensivelmente em praticamente todos os países do continente sul-americano; o Programa Nacional de Imunização foi implantado e implementado em todos os países nas décadas de 80 e 90. Deve-

mos, portanto compreender que a vacinação de rotina e as campanhas são estratégias complementares e não concorrentes.

A adoção desse mesmo conjunto de atividades permitiu eliminação do sarampo no País, desde 2001. Os poucos casos ocorridos foram importados e não se estabeleceu uma segunda geração de casos.

O estabelecimento de um programa consistente, com objetivos claramente definidos, foi proposto pelo Professor Barbosa para o controle da poliomielite em 1968. Um programa semelhante e mais ampliado com ações de vigilância epidemiológica foi adotado pela Organização Pan-americana de Saúde, quase 20 anos depois. Após cerca de cinco anos de sua implementação, o continente americano se viu livre da transmissão autóctone do poliovírus selvagem.

O artigo faz parte da história da poliomielite no País e da América Latina. Se as autoridades sanitárias tivessem adotado as medidas sugeridas, muitos casos e conseqüentemente seqüelas e óbitos poderiam ter sido evitados e talvez, mais precocemente teríamos atingido a atual situação epidemiológica.

REFERÊNCIAS

1. Atkinson W, Hamborsky J, McIntyre L, Wolfe S, editors. In: Epidemiology & prevention of vaccine-preventable diseases: The Pink Book. 9th ed. Washington(DC):CDC/Public Health Foundation; 2006. Poliomyelitis; p. 97-110.
2. Centers for disease Control and Prevention. Resurgence of wild poliovirus type 1 and consequences of importation - 21 countries, 2002-2005. *MMWR* 2006;55:145-50.