



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

**Plano Complementar do Rio Grande do Sul ao Plano de
Mitigação de Risco de Reintrodução do Poliovírus Selvagem
(PVS) e Surgimento do Poliovírus Derivado Vacinal (PVDV):
Brasil**

**SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Rio Grande do Sul - RS
Outubro, 2022**

Sumário

1. Introdução	3
2. Objetivos	3
3. Metodologia	3
4. Análises de indicadores	5
4.1. Imunidade.....	5
4.2. Vigilância Epidemiológica.....	6
4.3. Determinantes	10
4.4. Casos e surtos de Doenças Imunopreveníveis (<i>EPV - Enfermedades Prevenibles por Vacunas</i>).....	12
5. Análise de risco para poliomielite	12
6. Dificuldades encontradas por componente da matriz	15
7. Estratégias para fins de mitigação de risco de reintrodução do poliovírus selvagem (PVS) e surgimento do poliovírus derivado vacinal (PVDV)	15
Referências	21

1. Introdução

O Brasil reafirma seu compromisso de contribuir com o processo de certificação global da poliomielite, seguindo as diretrizes da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio (GPEI) e buscando cumprir os objetivos do Plano Global de Erradicação 2022 - 2026. Uma das ações previstas é a apresentação de relatórios anuais atualizados sobre o processo de erradicação da poliomielite, contenção do poliovírus e atividades de análise de risco. A metodologia para avaliação de risco de surtos de poliomielite utilizada pelo país é a que foi proposta pela Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e aprovada pelo Grupo Técnico Assessor de Doenças Imunopreveníveis (GTA). Na adoção desta metodologia, o Brasil encontra-se entre os países com maior risco para reintrodução do poliovírus selvagem (PVS) e surgimento do poliovírus derivado vacinal (PVDV).

Em conformidade com a caracterização de risco realizada pelo país, este documento se propõe a apresentar os resultados da aplicação da metodologia de análise de risco no estado do Rio Grande do Sul, a fim de identificar os riscos associados à importação e disseminação dos poliovírus, bem como possibilitar o planejamento e adoção de ações para mitigá-los.

2. Objetivos

- Coletar dados e indicadores de prevenção e vigilância epidemiológica em nível municipal no Rio Grande do Sul
- Avaliar o risco de poliomielite em cada um dos municípios do estado
- Gerar a partir deste 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, Brasil, 2022.

	Cobertura Administrativa	<80%	80-89%	90-94%	95-100%	>100	Total para os 5 anos	Total	Total
		8	5	2	0	2			
Imunidade	Cobertura com VIP2	<80%	80-89%	90-94%	95-100%	>100			
		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					
		6	0	0					
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	Casos de PFA com amostra adequada de fezes	< 80%	>80%						
		5	0						
	Casos de PFA com seguimento nos 60 dias	< 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, Brasil, 2022.

	Cobertura Administrativa	<80%	80-89%	90-94%	95-100%	>100	Total para os 5 anos	Total	Total
		10	6	3	0	3			
Imunidade	Cobertura com VIP2	<80%	80-89%	90-94%	95-100%	>100			
		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					
		8	0	0					
Vigilância	% de unidades notificadoras que enviaram informações em todas as semanas durante o período avaliado (2021)	< 80%	>80%	Não conta com unidades notificadoras				20	
		10	0	10					
	Buscas ativas institucionais em ao menos um estabelecimento de saúde do município	No	Yes						
		10	0						
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 (sarampo)	R (rubéola)	D (difteria)	FA (febre amarela)	TN (tétano neonatal)
		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, Brasil, 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

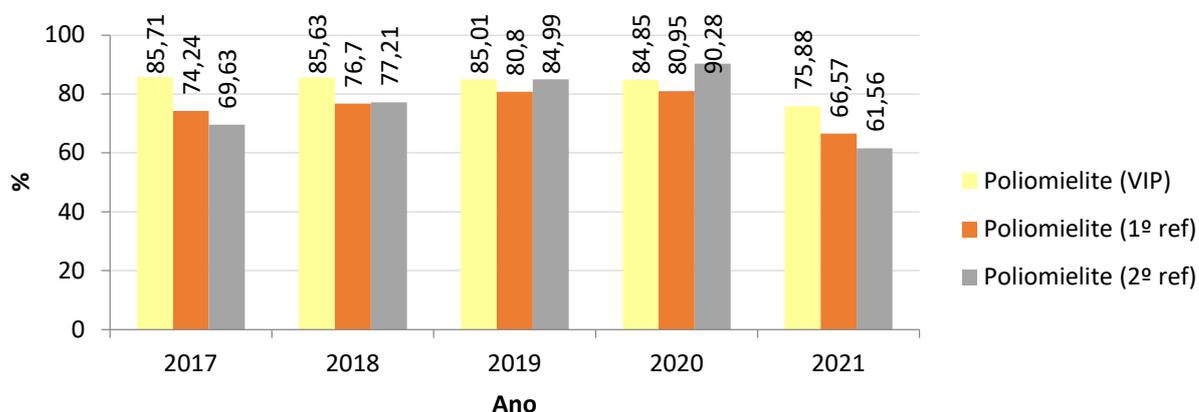
Fonte: Metodologia de Análise de Risco. Organização Pan-Americana da Saúde, 2021.

4. Análises de indicadores

4.1. Imunidade

O país e o estado tem buscado atender às recomendações emitidas pela OPAS/OMS no âmbito da erradicação da poliomielite e dos esforços para fortalecer a vacinação, no entanto, não tem alcançado altas ($\geq 95\%$) e homogêneas coberturas vacinais, como demonstrado nas Figura 6 e 7. 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, no Rio Grande do Sul, de 2017 a 2021.



Fonte: CEVS/SES/RS

Figura 7. Cobertura vacinal da poliomielite em crianças menores que 1 ano, 1º e 2º reforço, no Brasil, de 2017 a 2021*.



*dados preliminares

Fonte: <http://sipni.datasus.gov.br>. Acessado em 30/03/2022

4.2. Vigilância Epidemiológica

A qualidade da VE PFA é avaliada com base nos indicadores de desempenho operacional conforme Figura 8:

Figura 8. Definição de indicadores da vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas (PFA), Brasil, 2021.

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%
-------------------------	--	-----

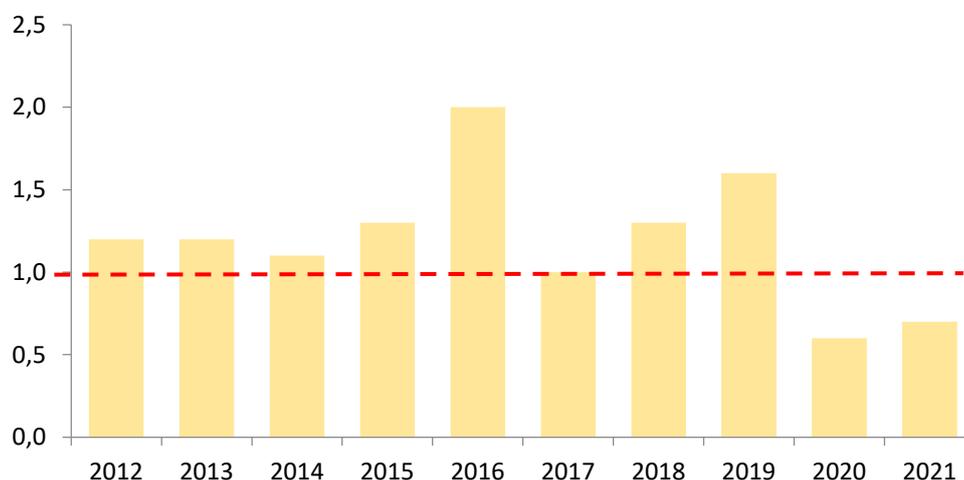
Fonte: CGPNI/DEIDT/SVS/MS

a) Taxa de notificação de PFA

No Rio Grande do Sul, no período de 2012 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 oito anos, com exceção dos anos de 2020 (0,6) e 2021(0,7) Figura 9.

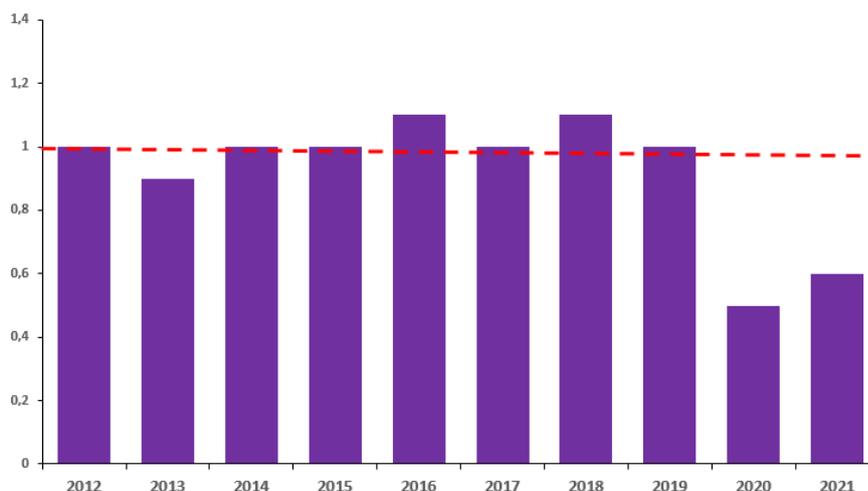
Destaca-se que nos anos 2020 e 2021, tanto no Rio Grande do Sul quanto no Brasil, a taxa de notificação sofreu um grande impacto que pode ser atribuído ao redirecionamento de esforços para combater os efeitos da pandemia de Covid-19 e também às recomendações de isolamento social. Figuras 9 e 10.

Figura 9. Taxa de notificação de casos de paralisia flácida aguda (PFA), Rio Grande do Sul, 2012 a 2021.



Fonte: CEVS/SES/RS

Figura 10. Taxa de notificação de casos de paralisia flácida aguda (PFA), Brasil, 2012 a 2021.



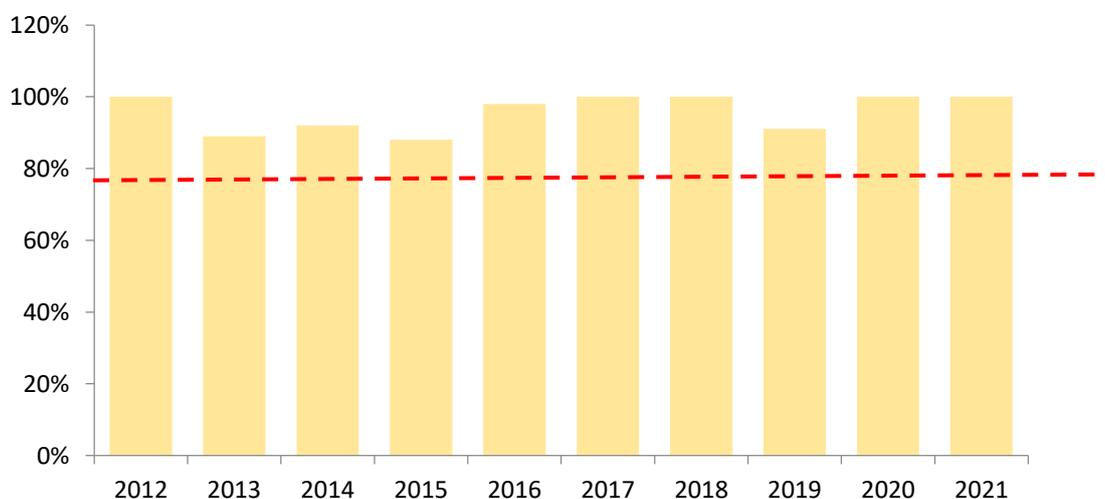
Fonte: ISIS/CGPNI/DEIDT/SVS/MS

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. Esse indicador tem como meta alcançar pelo menos 80% de casos investigados nas primeiras 48 horas após a notificação

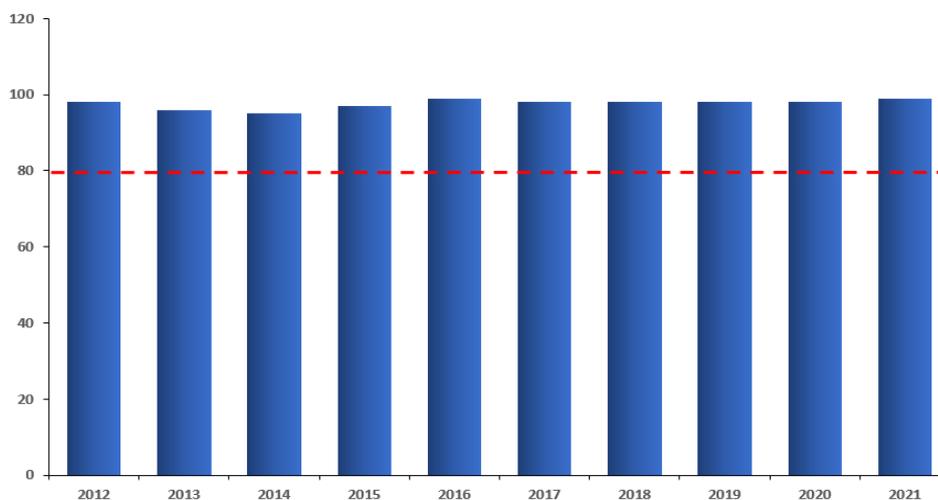
De acordo com a Figura 11 abaixo, o indicador de investigação em 48 horas ultrapassou a meta mínima esperada em todo o período avaliado. No Brasil ocorreu o mesmo. Figura 12.

Figura 11. Percentual de casos investigados nas primeiras 48 horas, Rio Grande do Sul, 2012 a 2021.



Fonte: CEVS/SES/RS

Figura 12. Percentual de casos investigados nas primeiras 48 horas, Brasil, 2012 a 2021.

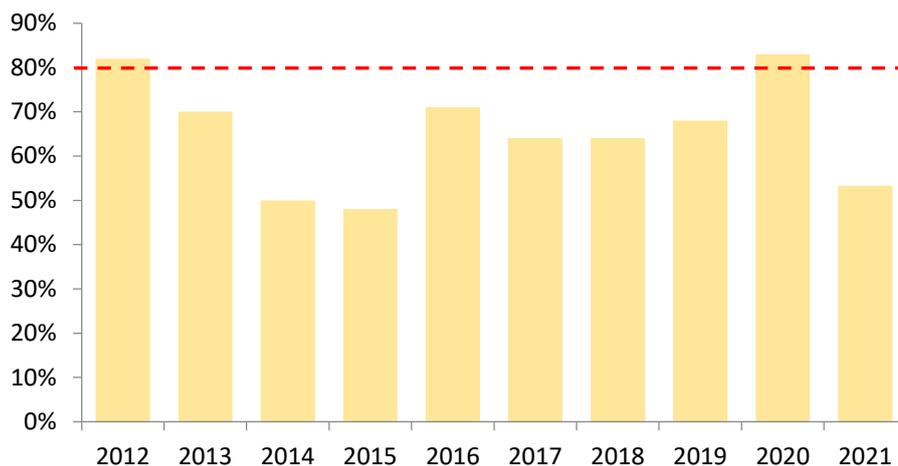


Fonte: ISIS/CGPNI/DEIDT/SVS/MS

c) Coleta adequada de fezes

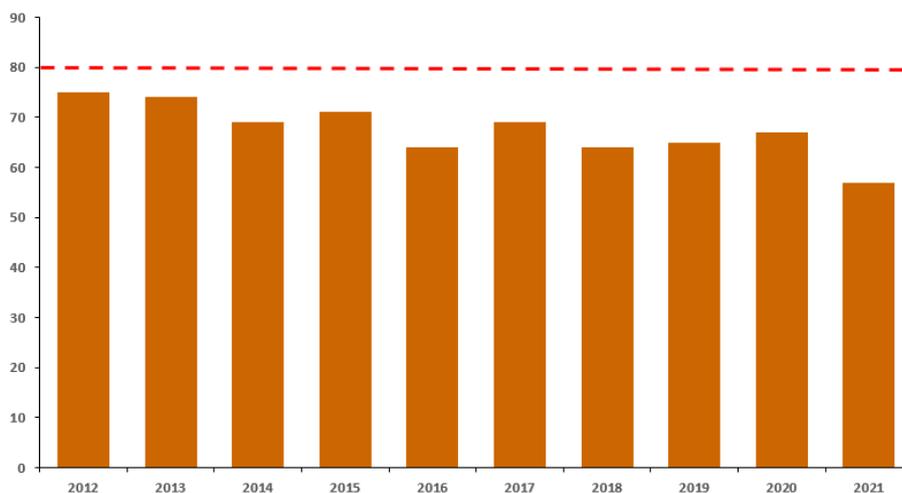
Este indicador representa o padrão ouro para o encerramento dos casos de PFA pelo critério laboratorial. O Rio Grande do Sul alcançou a meta mínima de 80% dos casos com uma amostra de fezes coletada até o 14º dia do início da deficiência motora somente nos anos de 2012 e 2020, conforme Figura 13. Já o Brasil não alcançou a meta em todo o período avaliado. Figura 14.

Figura 13. Percentual de casos com coleta adequadas de fezes, Rio Grande do Sul, 2012 a 2021.



Fonte: CEVS/SES/RS

Figura 14. Percentual de casos com coleta adequadas de fezes, Brasil, 2012 a 2021.

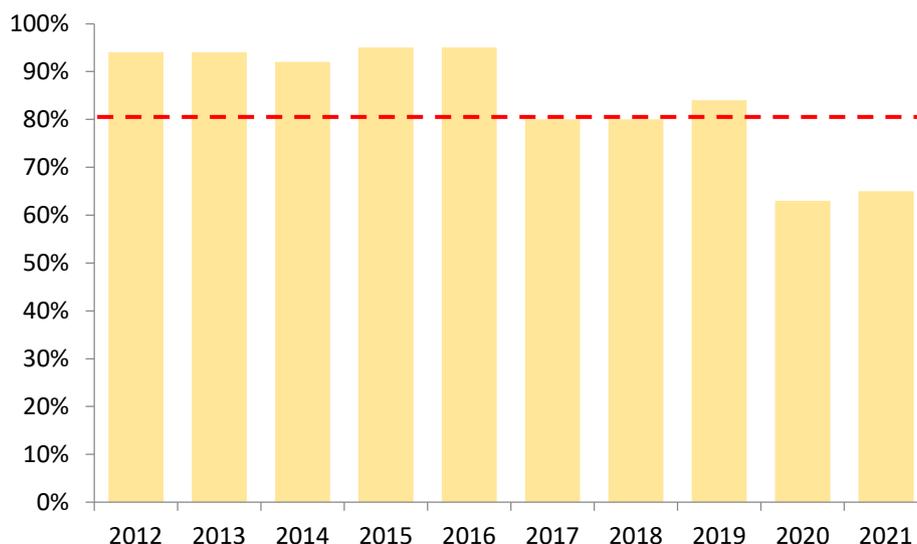


Fonte: ISIS/CGPNI/DEIDT/SVS/MS

d) Notificação negativa

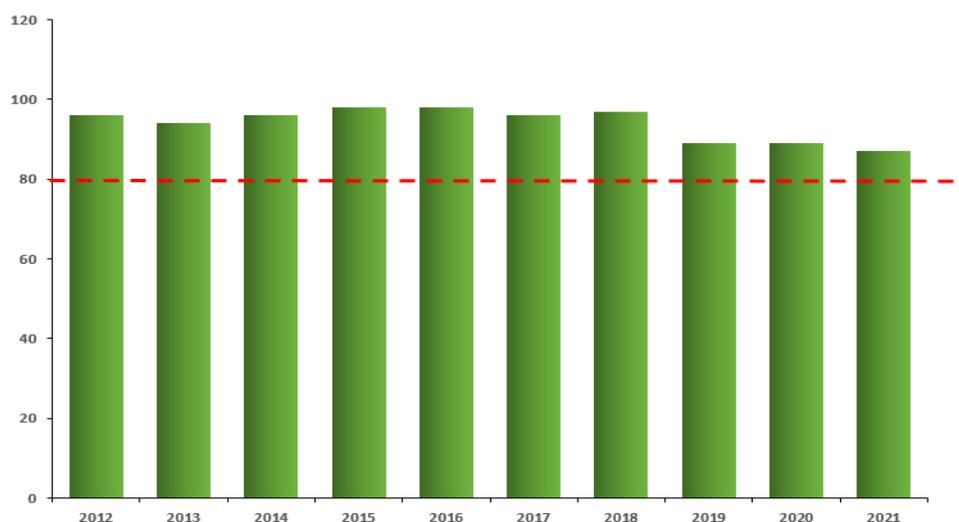
Em relação à notificação negativa recebida pelos municípios semanalmente e repassadas às Coordenadorias Regionais de Saúde e Secretaria Estadual da Saúde, no período de 2012 a 2021, observa-se que a meta do indicador não foi alcançada nos anos de 2020 e 2021. Figura 15. Já no país a meta foi alcançada em todo o período avaliado, 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. Figura 16.

Figura 15. Série histórica com percentual de notificação negativa, Rio Grande do Sul, 2012 a 2021.



Fonte: CEVS/SES/RS

Figura 16. Série histórica com percentual de notificação negativa, Brasil, 2012 a 2021.



Fonte: ISIS/CGPNI/DEIDT/SVS/MS

4.3. Determinantes

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

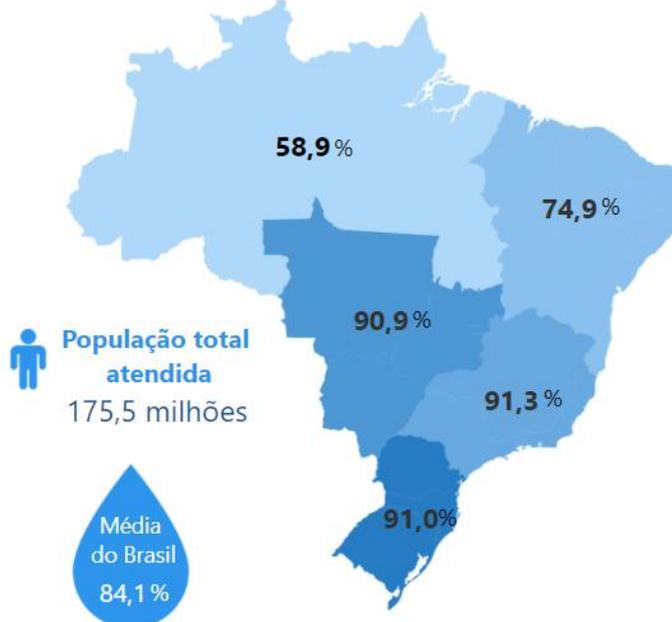
A importância deste componente consiste na relevância que ele tem na cadeia de transmissão da poliomielite, pois a mesma também pode ser transmitida pela ingestão de alimentos crus ou mal cozidos ou água potável ou outras bebidas contaminadas com as fezes de uma pessoa infectada.

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

No país, conforme informações do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) no âmbito da Secretaria Nacional de Saneamento (SNS) do Ministério do

Desenvolvimento Regional, a Região Sul possui 91% de atendimento total de água. Figura 17. No Rio Grande do Sul, 89,5% da população tem acesso à água potável.

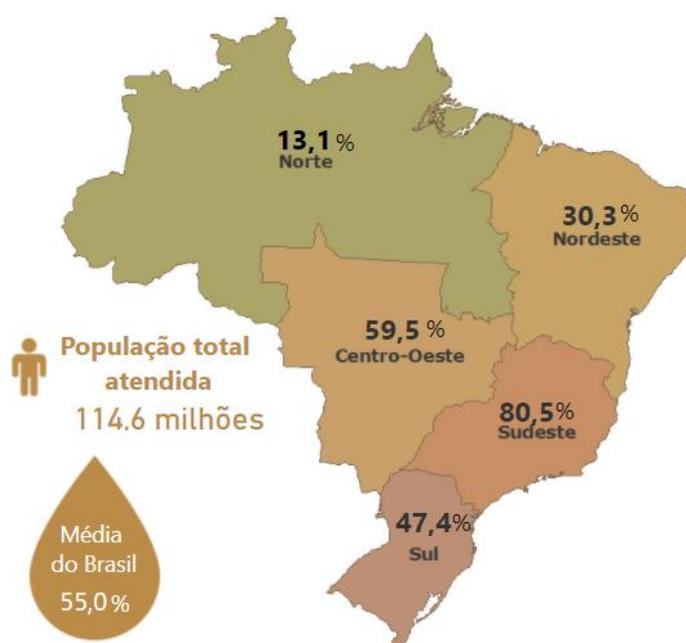
Figura 17. Índice de atendimento total de água, Brasil, 2020.



Fonte: Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento – SNIS. Disponível em <http://www.snis.gov.br/painel-informacoes-saneamento-brasil/web/painel-abastecimento-agua>. Acessado em 29/03/2022.

Com relação aos dados de serviços de saneamento básico, especialmente, o esgotamento sanitário, a Região Sul apresenta 47,4% de atendimento de esgotamento sanitário. Figura 18. No Rio Grande do Sul, 33,2% da população tem acesso a saneamento.

Figura 18. Índice de atendimento total de esgoto, Brasil, 2020.



Fonte: Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento – SNIS. Disponível em <http://www.snis.gov.br/painel-informacoes-saneamento-brasil/web/painel-egotamento-sanitario>. Acessado em 29/03/2022.

4.4. Casos e surtos de Doenças Imunopreveníveis (*EPV - Enfermedades Prevenibles por Vacunas*)

Este componente faz referência sobre a ocorrência de doenças imunopreveníveis (sarampo, rubéola, difteria, febre amarela e tétano neonatal) no Rio Grande do Sul no período de 2017 a 2021.

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

O Brasil, em 2015, havia registrado os últimos casos autóctones de sarampo e em 2016, recebeu a certificação da eliminação do vírus endêmico. Não houve confirmação de casos da doença nos anos de 2016 e 2017. Entretanto, em 2018, o vírus do sarampo foi reintroduzido no país. No Rio Grande do Sul houve 47 casos de sarampo em 2018, 101 casos em 2019 e 37 casos em 2020, não havendo ocorrência destes no ano de 2021.

Esforços para a interrupção da circulação viral vem sendo realizados no sentido de conquistar a recertificação de país livre da doença.

Com relação à rubéola, febre amarela e tétano neonatal, não houve notificação de casos no estado no período avaliado.

Quanto à difteria, em 2020, foi notificado um caso no município de Uruguaiana.

O país tem adotado medidas, das quais o estado faz parte, para interromper o surto de sarampo e controlar as demais doenças imunopreveníveis, a exemplo da intensificação da rotina, bloqueio vacinal e realização de Campanhas Nacionais de Vacinação.

5. Análise de risco para poliomielite

Assim como o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul realizou a análise do risco de poliomielite, considerando os componentes imunidade, vigilância epidemiológica, determinantes e casos e surtos de doenças imunopreveníveis, aplicada a todos os seus municípios.

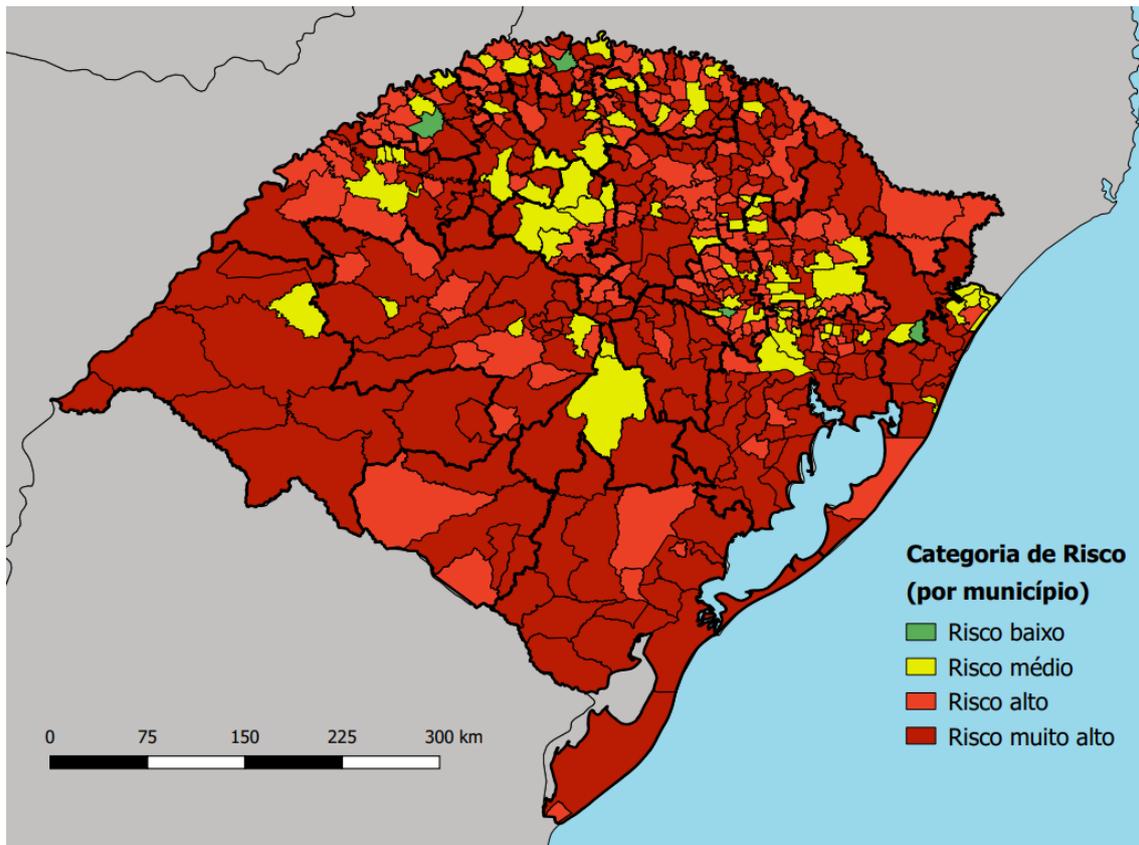
A fim de adotar medidas para mitigar o risco de reintrodução do poliovírus a análise permitiu a categorização final da pontuação ponderada entre as variáveis analisadas para calcular o risco.

Assim, conforme consolidação dos quatro componentes e avaliação dos 497 municípios gaúchos, os resultados mostram que 4 (0,8%) foram caracterizados como risco baixo, 77 (15,5%) como risco médio, 164 (33%) como risco alto e 252 (50,7%) como risco muito alto. Conforme os dados apresentados observa-se que 83,7% dos municípios encontram-se em risco alto e risco muito alto. Figura 22.

No Brasil, por sua vez, a avaliação dos 5.570 municípios demonstra que 100 (1,80%) foram caracterizados como risco baixo, 757 (13,59%) como risco médio, 1.427 (25,62%) como risco alto e 3.286 (58,99%) como risco muito alto. Assim, 84,61% dos municípios brasileiros encontram-se em risco alto e risco muito alto.

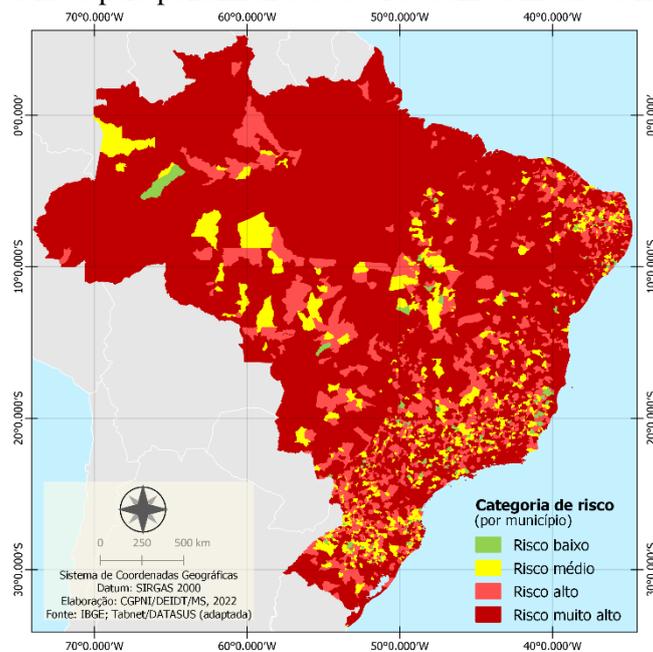
Com isso, reforça-se a necessidade de fortalecimento e manutenção de ações permanentes e efetivas de vigilância da doença além de definição de estratégias para alcançar altas e homogêneas coberturas vacinais.

Figura 19: Análise de risco para poliomielite de acordo com os níveis de risco, Rio Grande do Sul, 2021.



Fonte: CEVS/SES/RS com base na Metodologia de Análise de Risco da Organização Pan-Americana da Saúde, 2021.

Figura 20: Análise de risco para poliomielite de acordo com os níveis de risco, Brasil, 2021.



Fonte: CGPNI/DEIDT/SVS/MS.

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. Figura 21.

Figura 21. Distribuição dos municípios com população superior ou inferior a 100.000 habitantes menores de 15 anos de idade, Rio Grande do Sul 2021.

População < 15 anos	Nº de municípios	%	Municípios conforme o risco
> 100.000	1	-	Risco muito alto
< 100.000	4	0,8	Risco baixo
	77	15,5	Risco médio
	164	33	Risco alto
	251	50,6	Risco muito alto

Fonte: CEVS/SES/RS

No Rio Grande do Sul somente a capital, Porto Alegre, possui população superior a 100.000 habitantes com idade inferior a 15 anos e encontra-se em risco muito alto de eventos ou surtos por PVS e/ou cPVDV tipos 1, 2 ou 3.

Dos 496 municípios com população inferior a 100.000 crianças menores de 15 anos, 50,6% (251) estão em risco muito alto, 33% (164) estão em alto risco, 15,5 % (77) estão de médio risco e 0,8% (4) em baixo risco de apresentar eventos ou surtos PVS e/ou cPVDV tipos 1, 2 ou 3.

Figura 22. Número de municípios distribuído por Coordenadorias Regionais de Saúde e classificação de risco, Brasil 2021.

CRS	Nº de municípios	Risco muito alto		Risco alto		Risco médio		Risco baixo	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1°	67	39	58,2	16	23,9	11	16,4	1	1,5
2°	26	9	34,6	12	46,2	4	15,4	1	3,8
3°	21	17	81,0	4	19,0	0	0,0	0	0,0
4°	33	21	63,6	9	27,3	3	9,1	0	0,0
5°	49	12	24,5	26	53,1	11	22,4	0	0,0
6°	62	35	56,5	22	35,5	5	8,1	0	0,0
7°	6	4	66,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0
8°	12	7	58,3	3	25,0	2	16,7	0	0,0
9°	12	3	25,0	4	33,3	5	41,7	0	0,0
10°	11	10	90,9	0	0,0	1	9,1	0	0,0
11°	33	14	42,4	13	39,4	6	18,2	0	0,0
12°	24	12	50,0	8	33,3	4	16,7	0	0,0
13°	13	11	84,6	2	15,4	0	0,0	0	0,0
14°	22	6	27,3	13	59,1	2	9,1	1	4,5
15°	26	13	50,0	6	23,1	7	26,9	0	0,0
16°	37	13	35,1	18	48,6	5	13,5	1	2,7
17°	20	12	60,0	4	20,0	4	20,0	0	0,0
18°	23	14	60,9	2	8,7	7	30,4	0	0,0
TOTAL	497	252	50,7	164	33,0	77	15,5	4	0,8

Fonte: CEVS/SES/RS

No Rio Grande do Sul, conforme figura 22, a maior parte dos municípios, 416 (83,7%) está classificada como de alto risco e muito alto risco. No Brasil, por sua vez, 84,61% dos municípios estão classificados como alto e muito alto risco.

O estado do RS tem 11 municípios considerados cidades gêmeas, ou seja, cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania." Considerando a matriz de risco, avaliou-se esses 11 municípios e 8 (73%) estão em risco muito alto e 3 (27%) em risco alto de eventos ou surtos por PVS e/ou cPVDV tipos 1, 2 ou 3.

6. Dificuldades encontradas por componente da matriz

Foram relatadas, em nível nacional e que são transponíveis para o nível local, algumas dificuldades para o alcance de cada componente. Diante das dificuldades identificadas, o Ministério da Saúde vem realizando diagnóstico no campo da vigilância epidemiológica, laboratório e imunização, além de desenvolver as ações articuladas com a Atenção Primária no sentido de reverter dificuldades e fortalecer a vigilância em saúde com o intuito de melhorar a cobertura vacinal, desenvolver ações oportunas para a identificação dos casos de doenças imunopreveníveis e adotar medidas de prevenção e controle.

Os entes federados vem buscando desenvolver ações de comunicação eficientes e estratégicas para a população e aos gestores sobre a importância da vacinação, a fim de expandir o acesso aos serviços de saúde e proteger a população.

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 Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul apresenta uma série de medidas para mitigar e impedir a reintrodução do poliovírus selvagem (PVS) e surgimento derivado vacinal (PVDV) no país.

As estratégias e atividades propostas por componente serão realizadas obedecendo ao cronograma, responsáveis pela execução e documentos comprobatórios de desenvolvimento das atividades (Figura 23). Essas ações reafirmam o compromisso do país e estado em mantê-los livres 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.

Estados e municípios são considerados gestores de risco, em seus respectivos escopos e âmbitos de atuação. Dessa forma, para permitir uma gestão mais efetiva dos riscos é que o estado adotou a matriz de risco fornecida pela OPAS para que possa analisar e monitorar continuamente o desempenho de seus respectivos municípios e assim elaborar 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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em 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. – 5. ed. – 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.
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/>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Plano de Mitigação de Risco de Reintrodução do Poliovírus Selvagem (PVS) e Surgimento do Poliovírus Derivado Vacinal (PVDV): Brasil. Brasília/DF: 2022.