

A luta continua

Ainda pouco conhecida pelos médicos, síndrome pós-poliomielite é uma ameaça aos sobreviventes da paralisia infantil

Armando Santos



A SPP – Síndrome Pós-Poliomielite – é uma desordem do sistema nervoso que pode acometer as pessoas que um dia foram vítimas da paralisia infantil. Sua incidência e prevalência ainda são desconhecidas, mas a OMS – Organização Mundial da Saúde – estima que cerca de 12 milhões de pessoas em todo o mundo convivam com algum grau de limitação física causada pela pólio, o que faz delas um grupo suscetível à ameaça da SPP. Caracterizada por fraqueza muscular progressiva, fadiga, dores musculares e nas articulações, e pela diminuição da capacidade funcional do paciente ou no surgimento de novas incapacidades, a doença ainda é pouco conhecida no Brasil, o que torna urgente a sua divulgação. Essa é mais uma forte razão para contribuirmos decisivamente para a campanha Polio Plus nesta reta final da erradicação global da doença.

A

partir do começo desta década, o CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica Professor Alexandre Vranjac, em São Paulo, tomou a iniciativa de pesquisar a existência da SPP no Brasil e de realizar seminários para divulgá-la entre médicos e equipes de vigilância sanitária, estabelecendo algumas parcerias para o dimensionamento do problema no estado. Dessa forma, o CVE vem colaborando para a organização da assistência médica voltada ao acompanhamento dos casos diagnosticados pela Rede Pública de Saúde. Hoje em dia, já sabemos que há várias hipóteses para o surgimento da SPP. A mais aceita é a de que a doença não é causada por uma nova manifestação do vírus da pólio, mas pelo esgotamento dos neurônios motores da pessoa que convive com as seqüelas da paralisia infantil. O vírus da poliomielite pode danificar até 95% dos neurônios motores do corno anterior da medula, matando pelo menos a metade deles. Com a morte desses neurônios, os músculos de sua área de atuação ficam sem inervação, paralisando-se e atrofiando-se. Embora danificados, os neurônios remanescentes compensam o dano, enviando ramificações para ativar esses músculos órfãos. Com isso, a função neuromuscular é recuperada parcial ou totalmente, dependendo do número de neurônios envolvidos nesse processo de “substituição”.

Um único neurônio pode lançar derivações para conectar de cinco a dez vezes mais neurônios do que fazia originalmente. Assim, um neurônio inerva um número muito maior de fibras neuromusculares do que normalmente faria, restabelecendo a função motora. No entanto, ao ficar sobrecarregado, após muitos anos de estabilidade funcional esse neurônio começa a se degenerar, o que ocasiona um novo quadro sintomatológico.

O diagnóstico clínico da SPP é feito por exclusão, a partir de sua diferenciação em relação a outras doenças neurológicas, ortopédicas ou psiquiátricas que podem apre-

sentar quadros semelhantes. No entanto, existem critérios que fundamentam seu diagnóstico:

- confirmação de poliomielite paralisante com evidência de perda de neurônio motor, por meio de histórico de doença paralisante aguda, sinais residuais de atrofia e fraqueza muscular ao exame neurológico, e sinais de desinervação na eletroneuromiografia;
- período de recuperação funcional, parcial ou completa após o quadro de poliomielite aguda, seguido por um intervalo de função neurológica estável de 15 anos ou mais (em média, 40 anos);
- início de novas complicações neurológicas, como uma nova e persistente atrofia, e fraqueza muscular;
- persistência dos sintomas por mais de um ano;
- exclusão de outras condições que poderiam causar os novos sinais e sintomas.

A prevenção da SPP deve ser iniciada ainda durante a poliomielite aguda, período em que se deve evitar a atividade física intensa. A recuperação se baseia em fisioterapia, com exercícios de resistência e atividades aeróbicas que podem permitir uma re-inervação compensatória. As deformidades também devem ser tratadas para se evitar o desequilíbrio funcional. Na presença da SPP, recomenda-se o tratamento da fraqueza muscular com exercícios aeróbicos e de resistência de pouca carga. É importante evitar o supertreinamento e a fadiga, e fazer hidroterapia em piscinas aquecidas. Para o controle da dor, alguns dos tratamentos preconizados são os exercícios localizados, a aplicação de gelo e de compressas quentes, e acupuntura. Em casos de fibromialgia (distúrbio que causa dor muscular e fadiga em pontos específicos do corpo), depressão ou ansiedade, são administrados medicamentos orais antidepressivos. Feito o diagnóstico, o paciente deverá frequentar programas de reabilitação que envolvem, além da as-

sistência a problemas físicos, acompanhamento psicoterápico e psicossocial.

Histórico

A doença é relatada pelo menos desde 1875, e está especialmente relacionada a epidemias que ocorreram na primeira metade do século 20 em várias partes do mundo. No entanto, entre a década de 1970 e o início dos anos 80, observou-se um aumento da procura dos serviços de saúde por parte de sobreviventes da paralisia infantil. Esses pacientes relatavam novos sintomas, a princípio interpretados como de natureza psicológica. A SPP só foi reconhecida como síndrome em 1986, mas ainda não foi incluída na Classificação Internacional de Doenças, e por isso não possui o devido código para identificação e registro do diagnóstico nos sistemas de informação. Nos EUA e na Europa, os laudos médicos nos casos de SPP representam a base para a aposentadoria dos pacientes. A falta de um código na CID, no entanto, dificulta o registro de informações mais precisas, importantes para o acompanhamento dos portadores da síndrome e, principalmente, para o desenvolvimento de ações programáticas.

Situação em São Paulo

Os dados disponíveis sobre a SPP no estado de São Paulo são o resultado de uma pesquisa desenvolvida pelo médico Abrahão Quadros, sob a orientação do professor Acary Oliveira, da EPM/Unifesp – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. A pesquisa teve o apoio e o acompanhamento da Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. Ao mesmo tempo em que se desenvolveu o processo de coleta e análise de dados, os casos de SPP diagnosticados passaram a usufruir das ações de saúde na rede de reabilitação



Apenas três casos de paralisia infantil ocorreram na faixa etária acima de 12 anos – e todos em pessoas não vacinadas

do SUS – Sistema Único de Saúde, em unidades gerenciadas pelos municípios, especialmente no de São Paulo, que (como era previsto) concentra o maior número de casos da síndrome.

Na primeira etapa do estudo, foram avaliados 167 pacientes com diagnóstico de poliomielite paralisante prévia, sendo 64 do sexo masculino e 103 do feminino, com idades entre 14 e 72 anos. Com base em critérios clínicos de diagnóstico, foi verificado que 129 deles (77,2% do total) apresentavam a SPP. Os outros 38 pacientes foram caracterizados como portadores de seqüela tardia de poliomielite. Segundo o estudo, os pacientes que se recuperaram funcionalmente da paralisia infantil mantiveram-se estáveis por um período médio de 38 anos.

As principais manifestações clínicas observadas no grupo analisado foram: nova fraqueza (em 100% dos casos); cansaço (92,2%); ansiedade (82,9%); dor articular (79,8%); fadiga (77,5%); dor muscular (76,0%); distúrbio do sono (72,1%); intolerância ao frio (69,8%); câibra (66,7%); desvio de coluna (55,3%); aumento de peso (58,1%); fasciculação muscular (52,7%); nova atrofia (48,8%); cefaléia (48,1%); depressão (48,1%); problemas respiratórios (41,1%), e disfagia (20,9%).

Observou-se que na maioria dos casos analisados (83,2%), a poliomielite aguda ocorreu quando os pacientes estavam na faixa de idade entre zero e dois anos. Apenas três casos de paralisia infantil ocorreram na faixa etária acima dos 12 anos – dois na Bahia e um em São

Paulo, e todos em pessoas não-vacinadas. Dos 167 casos estudados, 56 (33,5%) residiam em São Paulo quando adquiriram a poliomielite, 49 (29,3%) em outras cidades do interior paulista, 60 (35,9%) em outros estados, e 2 (1,2%) em outros países.

O histórico de antecedentes vacinais foi baseado nos relatos dos pacientes, e não em documentos como a carteira de vacinação. Cento e quarenta e três dos pacientes estudados (85,6%) informaram não ter feito a vacinação prévia.

Dos 129 pacientes diagnosticados com SPP, 89 (69,0%) residiam na cidade de São Paulo, 30 (23,3%) em outros municípios paulistas, 9 (7,0%) em outros estados e um (0,8%) na Inglaterra. Atualmente, estão participando desse estudo 364 pacientes com SPP (80% deles moradores do estado de São Paulo).

Parcerias no atendimento
Entre os casos recrutados, a grande maioria reside na capital paulista. O atendimento às pessoas que tiveram poliomielite – incluindo aí todos os casos estudados – tem sido feito no ambulatório de doenças neuromusculares da Unifesp. A Associação de Assistência à Criança Deficiente também acompanha os casos atingidos pela poliomielite, contribuindo para a identificação da SPP entre os portadores de seqüelas. O Instituto do Sono disponibiliza exames e procedimentos voltados aos pacientes com dificuldade de dormir. A Coordenadoria de Serviços de Saúde e a Coordenadoria de Regiões de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo autorizam e custeiam os exames para o diagnóstico das doenças neurológicas e a confecção de próteses e órteses para todos os deficientes físicos atendidos no SUS pela rede credenciada de reabilitação física. O atendimento aos deficientes é feito em toda a rede

credenciada do SUS no estado, sob a responsabilidade dos municípios. O pagamento de exames, equipamentos e procedimentos é custeado pela Secretaria da Saúde do estado, seguindo os procedimentos de rotina estabelecidos para o SUS.

Vigilância e acompanhamento

A estratégia de vigilância epidemiológica para a prevenção da poliomielite destaca a importância de se estar atento às paralisias flácidas para detectar precocemente a doença. Os objetivos são a identificação oportuna dos casos de poliomielite por meio da investigação de ocorrências de paralisias flácidas agudas (com o objetivo de evitar a reintrodução do poliovírus) e o monitoramento permanente da doença, da cobertura vacinal e do impacto da vacina. A vigilância incluiu medidas como a notificação imediata de todos os casos de paralisia ou de paresias flácidas agudas em menores de 15 anos (ou em pessoas de qualquer idade que apresentem a hipótese diagnóstica de poliomielite) e a vacinação de todas as pessoas que chegam ou vão para países onde o poliovírus selvagem ainda se manifesta.

O CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica Professor Alexandre Vranjac – propõe a divulgação da síndrome (uma forma de contribuir para melhorar e acelerar seu diagnóstico) e o monitoramento dos casos atendidos pelo SUS. No ano passado, o CVE elaborou material técnico e planejou seminários para a avaliação da vigilância de paralisias flácidas agudas e sobre a erradicação da pólio, e para ampliar



Embora represente um grave risco para as vítimas da pólio, a síndrome não é transmissível para outras pessoas

a divulgação da síndrome e a melhoria do diagnóstico. Além disso, foi realizado um acompanhamento do processo internacional de inclusão da SPP na Classificação Internacional de Doenças, sediado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – um processo que terá a duração de cerca de dois anos.

Ao contrário da poliomielite, a SPP não é uma doença de notificação compulsória, e por isso não faz

parte do sistema de vigilância epidemiológica. Para que uma doença seja de notificação obrigatória, ela deve apresentar algumas características, como risco de propagação, emergência em saúde pública ou representar um perigo grave e imediato para o paciente e outras pessoas, o que não é o caso da SPP, uma síndrome não-transmissível. A identificação do caso, portanto, não requer investigação epidemiológica, pois a doença não se propagará para outras pessoas, ainda que represente um grande e sério risco para os indivíduos que foram vítimas da pólio.

No entanto, os casos de SPP devem ser bem atendidos nos serviços de saúde, com garantia de acesso a todo tipo de terapêutica e reabilitação que necessitem. Os dados registrados e reunidos mensalmente pelos profissionais de saúde serão de grande auxílio para o conhecimento do impacto da doença. Eles serão fundamentais para a reavaliação de ações, melhoria de programas aos deficientes físicos nos municípios e reorganização de ações ou políticas de saúde. Para a vigilância epidemiológica, o monitoramento de casos permitirá compreender melhor a evolução dos quadros de poliomielite e trazer conhecimentos complementares sobre a doença. 🌐

Essa matéria foi enviada pelo companheiro José Domingos Zanco, governador do distrito 4310 e sócio do **RC de Americana-Integração**, SP(D.4310), com informações extraídas da edição de outubro de 2006 da Revista de Saúde Pública.

● Para obter mais informações sobre a síndrome pós-poliomielite, escreva para:

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 1º andar, sala 135
São Paulo, SP
CEP: 01246-901

E-mail: agencia@saude.sp.gov.br