

Vitória, 21 de maio de 2024.

Nota Técnica Nº 21/2024 – SESA/SSVS/GEVS/NEVE/PEI

Assunto: Atualização do cenário mundial da Poliomielite, fortalecimento da vigilância epidemiológica e orientações para realização de busca ativa da Paralisia Flácida Aguda.

1. Poliomielite

A poliomielite, ou paralisia infantil, é uma doença infectocontagiosa viral aguda causada pelo agente etiológico poliovírus do gênero enterovírus, que tem como fonte principal de transmissão as vias fecal/oral e, menos frequentemente, a água ou alimentos contaminados. Existem três sorotipos de poliovírus: tipo 1, tipo 2 e tipo 3. Após a introdução das vacinas contra poliomielite, apenas o poliovírus selvagem (WPV, da sua sigla em inglês) tipo 1 permanece em circulação. O WPV tipo 2 e tipo 3 foram declarados erradicados, respectivamente, em 2012 e 2019.

Aproximadamente 90% das infecções são assintomáticas ou estão presentes com febre não específica. A paralisia flácida aguda (PFA) ocorre em aproximadamente 1% das infecções causadas pelo poliovírus, acometendo, em geral, os membros inferiores de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular com sensibilidade preservada e arreflexia no segmento atingido.

Todos os casos de PFA entre crianças menores de 15 anos devem ser notificados e as amostras de fezes devem ser analisadas para isolamento do vírus em cultura celular.

2. Situação epidemiológica da Poliomielite

Os últimos casos de poliomielite registrados no estado do Espírito Santo e no Brasil ocorreram em 1987 e 1989, respectivamente. Como resultado, o Brasil e os outros países da América receberam a certificação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) declarando seus territórios livres do poliovírus selvagem desde 1994. No entanto, até que a transmissão do vírus tenha sido interrompida em todos os países, todo o mundo continua em risco de importação da poliomielite.

De acordo com a OMS, a pólio permanece endêmica no Afeganistão e no Paquistão, com 6 e 7 casos reportados, respectivamente nos últimos 12 meses. Atualmente, trinta e sete países estão com surto de poliomielite, distribuídos pela Ásia, África, América do Norte e Europa.

Em março de 2023, no Peru, foi confirmado um caso de poliovírus derivado da vacina tipo 1 (VDPV 1). O caso consiste em uma criança que, na data do início dos sintomas, tinha um ano e dois meses de idade, pertencente a uma comunidade indígena, sem histórico de vacinação ou de viagem antes do início dos sintomas, que apresentou paralisia nos membros inferiores.

O Brasil possui uma classificação de alto risco de reintrodução da poliomielite devido às baixas coberturas vacinais e ao não alcance das metas dos indicadores de vigilância. O risco de importação de casos de poliomielite é elevado devido às viagens internacionais e chegada de turistas ou refugiados de países com casos da doença.

Portanto é necessário reforçar a atividade da vigilância das paralisias flácidas agudas, monitoramento ambiental e aumentar as coberturas vacinais.

3. Definição de caso

Suspeito:

- Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduos com menos de 15 anos de idade, independentemente da hipótese diagnóstica de poliomielite.
- Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação de poliovírus nos últimos 30 dias que antecedem o início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para países com circulação de poliovírus selvagem e apresentaram suspeita diagnóstica de poliomielite.
- Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduos adolescentes e adultos com sintomas compatíveis com poliomielite.

Confirmado:

- **Poliovírus selvagem:** caso de PFA, em que houve isolamento de

poliovírus selvagem na amostra de fezes do caso, ou de um de seus contatos, independentemente de haver ou não sequela após 60 dias do início da deficiência motora.

- **Poliomielite associada à vacina (PAV):** caso de PFA em que há isolamento de vírus vacinal na amostra de fezes e presença de sequela compatível com poliomielite 60 dias após o início da deficiência motora, sendo imprescindíveis o isolamento de poliovírus vacinal nas fezes e a sequela neurológica compatível com poliomielite. Há dois tipos:
 - PFA, que se inicia entre 4 e 40 dias após o recebimento da vacina poliomielite oral (atenuada), e que apresenta sequela neurológica compatível com poliomielite 60 dias após o início do déficit motor;
 - Caso de poliomielite associado à vacina por contato: PFA que surge após contato com criança que tenha recebido vacina oral poliomielite (VOP) até 40 dias antes. A paralisia surge de 4 a 85 dias após a exposição ao contato vacinado e o indivíduo apresenta sequela neurológica compatível com poliomielite 60 dias após o déficit motor.
- **Poliovírus derivado vacinal (PVDV):** caso de PFA com sequela 60 dias após o início do déficit motor e isolamento de PVDV.
- **Poliomielite compatível:** caso de PFA que não teve coleta adequada na amostra de fezes e que apresentou sequela aos 60 dias ou evoluiu para óbito ou teve evolução clínica ignorada.
- **Descartado (não poliomielite):** caso de PFA no qual não houve isolamento de poliovírus selvagem na amostra adequada de fezes.

4. Diagnóstico laboratorial

Por possuir um quadro clínico com diversos diagnósticos diferenciais, a investigação laboratorial da poliomielite é de extrema importância.

Além da coleta da amostra de fezes nos 14 dias do início do déficit motor, com a finalidade de isolamento viral e sequenciamento nucleotídico, alguns exames inespecíficos podem auxiliar no diagnóstico:

- **Eletroneuromiografia (ENMG):** pode contribuir para descartar a hipótese

diagnóstica de poliomielite, quando seus achados são analisados conjuntamente aos resultados do isolamento viral e evolução clínica.

- **Líquor:** permite o diagnóstico diferencial com a síndrome de Guillain-Barré e com as meningites que evoluem com deficiência motora. Na poliomielite, observa-se um discreto aumento do número de células, podendo haver um pequeno aumento de proteínas. Na síndrome de Guillain-Barré, observa-se uma dissociação proteínocitológica, com aumento acentuado de proteínas sem elevação da celularidade; e, nas meningites, observa-se um aumento do número de células, com alterações bioquímicas.
- **Anatomopatológico:** o exame anatomopatológico do sistema nervoso não permite a confirmação diagnóstica, pois não há alterações patognomônicas. Entretanto, dada a predileção do parasitismo do poliovírus pelas células motoras do corno anterior da medula e de alguns núcleos motores dos nervos cranianos, as alterações histológicas podem ser sugestivas e possibilitam fechar o diagnóstico diante de um quadro clínico suspeito.

5. Vigilância da PFA/Poliomielite

Notificação: Todo caso de PFA deve ser notificado imediatamente pelo nível local à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que deve notificar imediatamente à Secretaria Estadual de Saúde (SESA). A notificação deve ser registrada no eSUS/VS, por meio do preenchimento e do envio da Ficha de Investigação de Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite. Além disso, todo caso suspeito de Poliovírus associado à vacina (PAV) e/ou Poliovírus derivado vacinal (PVDV) deve ser notificado como Evento Supostamente Atribuível à Vacinação ou Imunização (ESAVI) pelo e-SUS Notifica.

Investigação: Todo caso de PFA deve ser investigado, nas primeiras 48 horas após o conhecimento, com o objetivo de coletar as informações necessárias para a correta classificação do caso.

- o **Coleta e remessa de material para exames:** coletar uma amostra de fezes de todos os casos de PFA até o 14º dia do início do déficit motor (coleta oportuna), para pesquisa de poliovírus, e enviar para o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN). Todo caso de PFA deve ter uma amostra de fezes coletada no período de 60 dias do

início da alteração motora.

- o **Identificação da área de transmissão.**
- o **Análise de dados epidemiológicos.**

Encerramento: O caso de PFA deve ser encerrado oportunamente no eSUS/VSem até 60 dias da notificação, quando é realizada nova avaliação neurológica (Revisita). É importante ressaltar que não se descarta PFA, mas sim, poliomielite, portanto, é necessária que seja realizada uma investigação minuciosa do caso, a fim de ser fechado um diagnóstico.

O monitoramento da qualidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica da PFA/Poliomielite é feito a partir da avaliação de indicadores (quadro 1):

Quadro 1. Indicadores Operacionais de Avaliação de Qualidade da Vigilância das paralisias flácidas agudas

Indicador	Objetivo	Meta mínima
Taxa de notificação	Avaliar a sensibilidade da vigilância	Identificar por ano, no mínimo, um caso de PFA para cada 100 mil habitantes menores de 15 anos de idade
Notificação negativa/positiva	Informar semanalmente a ocorrência ou ausência de casos de PFA	Pelo menos 80% das unidades notificantes devem informar a ocorrência ou não de casos de paralisia flácida aguda, semanalmente
Investigação em 48 horas	Implementar ações de controle oportunas	Pelo menos 80% dos casos notificados devem ser investigados dentro das 48 horas após a notificação
Coleta oportuna de amostra de fezes	Monitorar circulação de Poliovírus e/ou PVDV	Pelo menos 80% dos casos devem ter uma amostra de fezes, para cultivo do vírus, coletada até o 14º dia do início da deficiência motora, em quantidade e condições de temperatura para análise

PVDV: Poliovírus derivado vacinal

Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, adaptado.

6. Busca ativa

A busca ativa da PFA tem como objetivo a identificação de casos que, porventura, não tenham sido notificados no momento oportuno. Se feita semanalmente permite realizar a coleta de fezes oportunamente.

Deve ser realizada diariamente nos serviços de saúde, com visitas de rotina, para identificar pessoas com quadros de paralisia flácida aguda, realizando a notificação e coleta da amostra de fezes.

A busca retrospectiva (figura 1) é feita na unidade de saúde que é fonte notificante de PFA, pelo profissional da vigilância municipal ou da unidade, que realizará o levantamento do número de prontuários de menores de quinze anos que foram atendidos com um dos diagnósticos da lista de doenças diferenciais do Programa de Vigilância Epidemiológica da PFA/Poliomielite (anexo I). Em seguida é feita a revisão desses prontuários, procurando pacientes que se enquadram nos critérios de Caso Suspeito de PFA. Após a avaliação, notificar os casos que não foram notificados no eSUS/VS, informar a SMS e a SESA, coletar amostra de fezes (se dentro do prazo de 60 dias do início do déficit motor) e preencher o formulário de busca ativa (anexo II).

Figura 1. Fluxo de realização da busca ativa de PFA



Fonte: SESA-ES

7. Atribuição das vigilâncias municipais

- Envio semanal do Boletim de Notificação Negativa/Positiva de todas as fontes notificadoras do município (Indicador de Qualidade);
- Investigação dos casos notificados e coleta da amostra de fezes se não realizada oportunamente na internação;
- Encerramento dos casos notificados em até 60 dias;
- Articulação para realização da revisita de todos os casos de PFA notificados no 60º dia após o início do déficit motor com preenchimento da ficha de notificação;
- Realização de buscas ativas semanais em unidades hospitalares, unidades de pronto atendimento ou unidades de saúde que atendam menores de 15 anos de idade.

8. Recomendações às gestões municipais

- Intensificação das atividades de vacinação em crianças menores de 5 anos de idade com o esquema vacinal recomendado:
 - Três doses com vacina inativada - VIP (2, 4 e 6 meses de idade) e duas doses de reforço com vacina oral poliomielite bivalente (VOPb) aos quinze meses e 4 anos de idade, além das vacinação nas campanhas em crianças de 1 ano a menores de 5 anos;
- Sensibilização dos profissionais de saúde para conhecimento da definição de caso de Paralisia Flácida Aguda, visando o incremento de notificações e investigações de caso para confirmação ou descarte de casos com diagnóstico de poliomielite;
- Realização de notificação de casos suspeitos de PFA por toda e qualquer unidade hospitalar, ampliando as unidades notificadoras ativas atualmente;
- Aumento da sensibilidade para monitoramento de pessoas com viagem agendada a áreas endêmicas para o poliovírus ou com circulação de vírus derivado vacinal ou selvagem, bem como monitoramento de pessoas provenientes dessas áreas.

9.0 CALENDÁRIO DE ROTINA

9.1 Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) – VIP

Esquema: Administrar 3 (três) doses, aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses. O intervalo mínimo é de 30 dias entre as doses.

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Crianças até 4 (quatro) anos, 11 meses e 29 dias: • Sem comprovação vacinal: administrar 3 (três) doses da VIP, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.

9.2 Vacina Poliomielite 1 e 3 (atenuada) – VOP

Reforço: Administrar o primeiro reforço aos 15 meses e o segundo aos 4 (quatro) anos de idade.

Volume da Dose e Via de Administração: duas gotas, exclusivamente por via oral.

Particularidades:

Administrar o primeiro reforço com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a última dose do esquema primário (três doses).

Administrar o segundo reforço com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após o primeiro reforço.

Na rotina dos serviços de saúde, a vacina é recomendada para crianças até 4 (quatro) anos, 11 meses e 29 dias.

Não repetir a dose se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a administração da vacina.

Esta vacina é contraindicada para pessoas imunodeprimidas, contatos de pessoa HIV positiva ou com imunodeficiência, bem como aqueles que tenham histórico de paralisia flácida associada à dose anterior da VOP.

10.0 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

O Registro deverá ser realizado nominalmente no Sistema de Informação Vacina e Confia conforme abaixo:

- **Imunobiológico: POLIOMIELITE INATIVADA - VIP**

- Estratégia: ROTINA
- Faixa etária: 2 meses a 4 anos de idade
- Grupo: OUTROS - POPULAÇÃO GERAL
- Dose: D1, D2 e D3

- **Imunobiológico: POLIOMIELITE ORAL (BIVALENTE) - VOP**

- Estratégia: ROTINA
- Faixa etária: 1 a 4 anos de idade
- Grupo: OUTROS - POPULAÇÃO GERAL
- Dose: 1º Reforço e 2º Reforço

O PEI reforça a importância do registro das doses aplicadas em tempo real no Sistema Vacina e Confia, entretanto, para as ações extramuros, essas doses deverão ser digitadas em até 48 horas conforme orientação do Ministério da Saúde. É importante ressaltar que a qualidade e a fidedignidade de um indicador estão diretamente relacionadas com a qualidade dos dados coletados. Na carteira de vacinação física, considerando o espaço reduzido para escrita, o registro deverá ser feito utilizando os nomes VIP ou VOP, de forma a diferenciá-las. O registro na carteira de vacinação física também deverá contemplar a data de aplicação, a dose, o número do lote, o fabricante, o nome do vacinador e a identificação do estabelecimento de saúde, conforme RDC Anvisa no 197/2017.

9. Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 1 [recurso eletrônico] – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>.
- Brasil. Nota técnica nº 10/2023-CGVDI/DIMU/SVSA/MS. Dispõe sobre o risco de reintrodução da poliomielite no Brasil e novas recomendações para a Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas (PFA). Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br>.
- OPAS. OPAS atualiza informações sobre a situação do poliovírus nas Américas. Disponível em: <https://www.paho.org/>.

ANEXO I – LISTA DE DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE PFA

Diagnósticos diferenciais de PFA	CID-10
Poliomielite aguda	A80
Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	I64
Amiotrofia nevrálgica	G12.2
Compressões das raízes e dos plexos nervosos	G55
Diplegia dos membros superiores	G83.0
Encefalite aguda disseminada	G04.0
Encefalite seguida a processos de imunização	G04.0
Encefalites, mielites e encefalomiélites não especificada	G04.9
Hemiplegia flácida	G81.0
Hemiplegia não especificada	G81.9
Intoxicações alimentares bacterianas não especificada	A05.9
Lesão de nervo ciático	G57.0
Meningoencefalite e meningomiélite bacterianas não classificadas em outras partes	G04.2
Miastenia gravis	G70.0
Mielite transversa aguda	G37.3
Outras encefalites, mielites e encefalomiélites	G04.8
Mononeuropatias de membros inferiores não especificada	G57.9
Mononeuropatias de membros superiores não especificada	G56.9
Monoplegia do membro inferior	G83.1
Monoplegia do membro superior	G83.2
Monoplegia, não especificada	G83.3
Encefalites, mielites e encefalomiélites em doenças virais classificadas em outra parte	G05.1
Miopatia, não especificada	G72.9
Mononeuropatia, não especificada	G58.9
Neoplasia maligna do sistema nervoso central, não especificada (tumor)	C72.9
Paralisia periódica	G72.3
Paraplegia flácida	G82.0
Polineuropatia inflamatória não especificada	G61.9
Polineuropatia não especificada	G62.9
Polineuropatia devido a outros agentes tóxicos	G62.2
Polineuropatia induzida por drogas	G62.0
Síndrome da cauda equina	G83.4
Síndrome de Guillain Barré (Polineurite aguda pós-infecciosa)	G61.0
Síndrome parálitica não especificada (IGN)	G83.9
Tetraplegia flácida	G82.3
Transtornos mioneurais não especificado	G70.9
Traumatismo não especificado da cabeça	S09.9
Traumatismo da medula nível não especificado	T09.3
Traumatismo não especificado de membro superior nível não especificado	T11.9
Traumatismo não especificado de membro inferior nível não especificado	T13.9
Outros transtornos do sistema nervoso (síndrome neurológica à esclarecer)	G98

ANEXO II – FORMULÁRIO DE BUSCA ATIVA DE PFA

FORMULÁRIO DE BUSCA ATIVA DE PFA

(Em menores de 15 anos de idade)

1. DATA:

Data que é realizada a busca ativa

2. MUNICÍPIO:

3. NOME DO SERVIÇO:

Preencher 1 (um) formulário para cada serviço de saúde

4. TIPO DE ESTABELECIMENTO:

Público, Privado ou Outro

5. PERÍODO REVISADO:

Revisar somente registros do ano corrente, iniciando pela data da realização da busca ativa

6. Nº DE PRONTUÁRIOS REVISADOS:

Nº total de prontuários revisados no serviço de saúde

7. Nº DE PFA ENCONTRADAS:

Nº de casos de PFA descritos em prontuário (notificados ou não)

8. Nº DE PFA JÁ NOTIFICADAS:

Nº dos casos acima, que já tenham sido notificados anteriormente

9. MEDIDAS ADOTADAS:

Exemplos de medidas: sensibilizar os profissionais de saúde do serviço onde foi realizada a BA sobre o Programa da PFA e distribuir material informativo (deixar no serviço a Tabela de Diagnósticos Diferenciais de PFA e fichas de notificação).

ANEXO III – COBERTURAS VACINAIS

Regional	Município	Cobertura Vacinal Poliomielite < 1 Ano	Cobertura Vacinal Poliomielite R1	Cobertura Vacinal Poliomielite R2
Metropolitana	Afonso Cláudio	106,35%	102,38%	68,51%
Norte	Água Doce do Norte	93,44%	59,02%	79,47%
Central	Água Branca	156,41%	92,31%	76,74%
Sul	Alegre	115,05%	86,02%	91,13%
Sul	Alfredo Chaves	108,70%	93,48%	89,13%
Central	Alto Rio Novo	152,38%	119,05%	70,59%
Sul	Anchieta	124,77%	108,26%	103,08%
Sul	Apiacá	85,00%	25,00%	90,00%
Metropolitana	Aracruz	87,35%	94,69%	83,24%
Sul	Atilio Vivacqua	88,10%	107,14%	82,61%
Central	Baixo Guandu	135,24%	122,86%	95,55%
Norte	Barra de São Francisco	95,78%	97,59%	72,84%
Norte	Boa Esperança	84,72%	81,94%	75,00%
Sul	Bom Jesus do Norte	195,65%	69,57%	47,26%
Metropolitana	Brejetuba	95,71%	92,86%	104,73%
Sul	Cachoeiro de Itapemirim	83,55%	85,28%	78,94%
Metropolitana	Cariacica	88,21%	79,69%	91,95%
Sul	Castelo	88,13%	81,25%	81,95%
Central	Colatina	94,96%	78,43%	64,77%
Norte	Conceição da Barra	80,88%	90,44%	108,95%
Metropolitana	Conceição do Castelo	68,33%	66,67%	72,92%
Sul	Divino de São Lourenço	119,05%	85,71%	88,24%
Metropolitana	Domingos Martins	83,46%	106,77%	94,16%
Sul	Dores do Rio Preto	97,22%	63,89%	48,91%
Norte	Ecoporanga	103,37%	89,89%	71,02%
Metropolitana	Fundão	100,00%	80,25%	60,55%
Central	Governador Lindenberg	82,69%	65,38%	73,94%
Sul	Guaçuí	110,69%	107,63%	63,39%
Metropolitana	Guarapari	84,26%	78,89%	77,84%
Metropolitana	Ibatiba	113,39%	92,86%	80,51%
Metropolitana	Ibiraçu	70,69%	43,10%	71,25%
Sul	Ibitirama	100,00%	97,30%	48,65%
Sul	Iconha	100,00%	100,00%	69,23%
Sul	Irupi	113,56%	108,47%	97,50%
Metropolitana	Itaguaçu	110,81%	135,14%	72,08%
Sul	Itapemirim	97,45%	106,37%	92,81%
Metropolitana	Itarana	80,39%	70,59%	91,41%
Sul	Iúna	100,65%	75,32%	90,00%
Norte	Jaguaré	107,79%	92,86%	86,29%
Sul	Jerônimo Monteiro	130,61%	81,63%	66,88%
Metropolitana	João Neiva	96,61%	69,49%	84,51%
Metropolitana	Laranja da Terra	78,38%	81,08%	72,18%
Central	Linhares	84,82%	75,32%	87,85%
Central	Mantenedópolis	103,92%	90,20%	81,33%

Regional	Município	Cobertura Vacinal Poliomielite < 1 Ano	Cobertura Vacinal Poliomielite R1	Cobertura Vacinal Poliomielite R2
Sul	Marataízes	84,95%	78,16%	74,09%
Metropolitana	Marechal Floriano	65,91%	65,91%	58,47%
Central	Marilândia	154,05%	129,73%	76,83%
Sul	Mimoso do Sul	111,27%	77,46%	82,61%
Norte	Montanha	128,57%	106,49%	86,33%
Norte	Mucurici	147,37%	84,21%	83,51%
Sul	Muniz Freire	108,33%	98,61%	81,82%
Sul	Muqui	148,84%	86,05%	71,05%
Norte	Nova Venécia	108,44%	88,44%	76,83%
Central	Pancas	150,00%	130,36%	82,38%
Norte	Pedro Canário	84,50%	86,05%	98,52%
Norte	Pinheiros	99,08%	70,64%	75,98%
Sul	Piúma	112,05%	108,43%	60,77%
Norte	Ponto Belo	61,90%	66,67%	49,41%
Sul	Presidente Kennedy	90,41%	84,93%	94,14%
Central	Rio Bananal	90,91%	88,89%	110,04%
Sul	Rio Novo do Sul	117,14%	77,14%	81,25%
Metropolitana	Santa Leopoldina	115,63%	87,50%	73,55%
Metropolitana	Santa Maria de Jetibá	75,21%	91,03%	77,52%
Metropolitana	Santa Teresa	122,99%	83,91%	83,08%
Central	São Domingos do Norte	86,36%	47,73%	66,67%
Central	São Gabriel da Palha	98,48%	75,76%	77,46%
Sul	São José do Calçado	128,21%	110,26%	86,00%
Norte	São Mateus	90,62%	70,62%	80,86%
Central	São Roque do Canaã	56,00%	62,00%	93,00%
Metropolitana	Serra	81,35%	72,43%	85,87%
Central	Sooretama	92,00%	86,00%	97,59%
Sul	Vargem Alta	84,27%	94,38%	84,17%
Metropolitana	Venda Nova do Imigrante	98,46%	86,15%	60,37%
Metropolitana	Viana	83,06%	67,78%	85,71%
Norte	Vila Pavão	91,18%	82,35%	103,94%
Central	Vila Valério	82,28%	82,28%	97,63%
Metropolitana	Vila Velha	81,00%	69,93%	79,82%
Metropolitana	Vitória	88,83%	74,79%	84,29%
	Total Norte	96,09%	81,82%	82,24%
	Total Central	95,16%	81,97%	82,33%
	Total Metropolitana	85,17%	76,63%	83,71%
	Total Sul	98,00%	88,97%	80,28%
	Total Espírito Santo	89,76%	79,89%	82,78%

Fonte Vacina e Confia, em 09 de Maio de 2024. **

**Dados referente às doses aplicadas no período de Abril de 2024
Cobertura Calculada por município de Residência da vacinação

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

ORLEI AMARAL CARDOSO
SUBSECRETARIO ESTADO
SSVS - SESA - GOVES
assinado em 21/05/2024 08:32:30 -03:00

JULIANO MOSA MAÇÃO
GERENTE QCE-03
GEVS - SESA - GOVES
assinado em 20/05/2024 17:03:58 -03:00

DANIELLE GRILLO PACHECO LYRA
SUPERVISORA
ICEPI - SESA - GOVES
assinado em 21/05/2024 10:30:19 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 21/05/2024 10:58:06 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por PRISCILLA ROCHA ARAUJO NADER (ENFERMEIRO - QSS - NEVE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-WJFSMV>