

POLIOMIELITE AGUDA — SUA INCIDÊNCIA EM SÃO PAULO *

FRANCISCO BORGES VIEIRA
JOSE A. ALVES DOS SANTOS
e
HELENA LEITE E SILVA

Constitui a Poliomielite aguda doença assinalada no Brasil desde as últimas três ou quatro décadas, tendo ganho foros de endemia em nossas principais cidades. No Estado de São Paulo a doença é de notificação compulsória desde 1918. As notificações são feitas, todavia, com muita irregularidade e, geralmente, acreditamos, mercê de diagnósticos tardios, quando da evidenciação dos sintomas ou sequelas paralíticas; mesmo estes, por passada a oportunidade, ficam, freqüentemente, sem notificação. A Tabela I refere o obituário no município de São Paulo desde 1918.

Não quer isto dizer que a doença aqui não existisse desde muito antes, nem que sua presença possa ser negada nas diversas partes do país, tanto nas zonas urbanas como nas rurais; apenas teria ou não sido devidamente procurada. A falta de médicos em numerosas localidades, a dificuldade e a carência de recursos diagnósticos, a grande cópia de formas abortivas e subclínicas da poliomielite, semelhando-se à gripe, a resfriado comum ou a pequenos distúrbios digestivos, aparentemente de outra natureza, nas crianças, tornam ordinariamente difícil a avaliação de sua incidência.

Aliás, em tôda a parte, a predominância de casos abortivos, que, em geral, não podem ser devidamente diagnosticados, especialmente fora das épocas epidêmicas, responde como um dos principais fatores do impreciso conhecimento de sua epidemiologia.

A doença, freqüentemente, se inicia com cefaléia, náuseas, vômitos, ligeira hipertermia, às vezes diarréia, tudo decorrendo em cêrca de três ou quatro dias, sobrevivendo a cura, sem qualquer sintoma tido por característico e, assim, passando indagnosticada. A atuação do vírus no sistema nervoso central, em número relativamente diminuto de casos, ocasiona a produção de sintomas característicos que, com a evolução da doença, pode ir até à paralisia de um grupo ou vários grupos musculares, conforme a localização e gravidade das lesões medulares.

Se os casos paralíticos podem ser, com relativa facilidade, diagnosticados, se os pré-paralíticos tornam-se também diagnosticáveis ou grandemente suspeitáveis, os casos abortivos, dezenas ou centenas de vêzes mais encontrados, escapam, freqüentemente, ao diagnóstico, dando margem a suspeitas apenas durante as epidemias.

* Trabalho apresentado ao VII Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em São Paulo, de 12 a 19 de dezembro de 1948.

Está hoje verificado, pela pesquisa de anticorpos protetores em coletividades, que a paralisia infantil é tão disseminada como o é o sarampo (Gaylord Anderson); ao passo, porém, que no sarampo a infectibilidade é igual à patogenicidade, apresentando a totalidade dos casos os sintomas característicos, na paralisia infantil, os doentes com fenômenos paralíticos constituem minoria. Acrescenta-se a isto a freqüência com que muitos casos, mesmo paralíticos, deixam de ser notificados, as autoridades dêles tomando conhecimento, quando fatais, pelos atestados de óbito.

Conforme pudemos verificar, dos que se restabelecem da fase aguda e portadores de sequelas, grande número enche os nossos hospitais e ambulatórios ortopédicos, desconhecidos das autoridades sanitárias, por terem escapado à notificação no momento oportuno. Há alguns anos, na cidade de São Paulo, demonstramos (F. B. V.) que os casos que conseguimos reconstituir pelo exame das fichas, apenas de uma grande instituição ortopédica, somavam mais do dobro dos casos que haviam sido oficialmente conhecidos, relação que continua inalterada (Tabela II). Quando nos lembramos que os casos típicos, com sequelas paralíticas, constituem apenas uma fração da totalidade, cuja enorme maioria não se revela por lesões ou irritações do sistema nervoso central, podemos aquilatar como é grande o desconhecimento da morbidade real, mesmo nos países os mais adiantados.

Não se conhece a razão pela qual, dentre os numerosos indivíduos infectados, apenas um ou outro apresenta fenômenos mais graves, com repercussão paralítica. Pensa Aycock que essa diversidade de modo de reagir poderá ser devida a condições fisiológicas individuais, oriundas, possivelmente, de um desequilíbrio endócrino. A êsses fatores constitucionais de cada indivíduo, dá Aycock o nome de *fatores autarceológicos*, e ao fenômeno de resistência fisiológica chama de *autarcese*. Assim, na gravidez, a infecção é grave, com alta letalidade e manifestações paralíticas. Aliás, experiências em animais demonstram relação entre aquêlê desequilíbrio e a maior suscetibilidade à infecção. Para aquêlê autor, a agregação em famílias, de casos de poliomielite, pode ser devida a uma maior suscetibilidade familiar.

A doença é ubiqüitária, endêmica, os casos clínicos se dispendo, freqüentemente, com fisionomia esporádica. Às vêzes sobrevêm concentrações de casos clínicos, acompanhando o aumento natural e bem maior da incidência dos casos frustos ou abortivos; temos assim instalada a epidemia, que perdura algumas semanas ou meses, sendo o declínio, em geral, mais moroso, de duas ou três semanas, que o aclínio. Estende-se, radialmente, às zonas circunvizinhas e segue, sucessivamente, seus ciclos: — “quando a doença apresenta o declínio no foco central, está ainda em ascensão nas zonas concêntricas contíguas” (Perkins) —, de modo semelhante ao comportamento das ondas produzidas por uma pedra lançada na superfície de um lago.

Surtos epidêmicos têm sido relatados, praticamente, em tôda a parte, assumindo maior gravidade em certas regiões, como nos Estados Unidos e nos países nórdicos.

No Estado de São Paulo o mal está espalhado por todo o seu território, sabendo-se de vários surtos epidêmicos, como o de Vila Americana em 1918 e o de Santos em 1937.

A doença ocorre em tôdas as estações do ano; a relativa majoração dos casos graves parece se intensificar, todavia, em fins do verão e no outono. Adi-

cionando os casos que pudemos reconstituir, aos oficialmente conhecidos, numa série de anos, para a cidade de São Paulo, observamos essa predileção; entretanto a mortalidade não mostrou tendência maior para a estação quente. E' verdade que o número de casos que coligimos foi relativamente pequeno e não tivemos, na cidade de São Paulo, um ano que, à luz dos dados conhecidos, pudesse ser rotulado prôpriamente de epidêmico; sabe-se, entretanto, ser comum a existência de epidemias silenciosas, com casos aparentes pouco numerosos. (Tabelas IX e X).

Reina muita incerteza no terreno da epidemiologia da Poliomielite. No tocante à transmissão, várias hipóteses têm sido apresentadas. A mais antiga delas e que reúne o apôio da maioria dos epidemiologistas é a que aponta a *via respiratória* como a principal responsável. O vírus eliminar-se-ia pelas vias aéreas superiores, especialmente pelo rinofaringe, e, diretamente, pelas partículas projetadas ou pelas gotículas de Flügge, atingiria as aberturas oro-nasais dos comunicantes; possivelmente a transmissão se faria ainda pelos núcleos infectantes de Wells, ou por fômites. A segunda hipótese, mais recente, é a que aponta a *via intestinal*, em que doentes ou portadores, pelas fezes, podem infectar água, leite, etc. Há uma terceira hipótese, indicando *insetos*, especialmente as moscas, como os disseminadores.

Tôdas elas foram apresentadas em subordinação aos poucos conhecimentos que se possuem sôbre a epidemiologia da Poliomielite. Sem negar a possibilidade das outras, a que mais se coaduna com a maioria dos fatos observados é a que incrimina a via respiratória.

Vejamos os principais argumentos que têm sido oferecidos a respeito:

1) O vírus tem sido isolado da garganta, das fezes, das águas de esgôtos e de moscas. Na garganta êle é mais facilmente demonstrado durante as primeiras fases da doença, no período de invasão e no pré-paralítico; nas fezes a pesquisa do vírus se positiva nas últimas fases. Enquanto êle desaparece, rapidamente, da garganta, persiste, na convalescença, nas fezes, podendo perdurar várias semanas.

Ora, a transmissão parece dar-se com maiores probabilidades durante as primeiras fases da doença, por ela se responsabilizando especialmente os casos abortivos, que agiriam à moda de portadores de germes. A difusão da doença é tão grande que a êstes casos abortivos caberia, nessa fase, ao que parece, a principal responsabilidade;

2) No tempo em que não se suspeitava da enorme freqüência dos casos frustos ou abortivos, sem manifestações para o lado do sistema nervoso, dizia-se serem raros os casos múltiplos no mesmo domicílio e isto constituia um argumento contrário à transmissão pelas vias respiratórias. Hoje, todavia, sabe-se não serem infreqüentes tais casos vários na mesma casa, em virtude de contactos mais íntimos do que na população em geral, e, além do mais, dos atacados, sômente uma parte mínima reage com sintomas típicos, especialmente paralíticos. Fica, pois, rebatida, a objeção da relativa pouca freqüência que alguns observadores encontravam;

3) A distribuição etária da Poliomielite aproxima-a mais das outras doenças transmissíveis da infância, como o sarampo ou a coqueluche, sabidamente

de veiculação respiratória, do que das de transmissão pela via intestinal. Assim, incide de preferência no início do período pré-escolar. Também, à semelhança daquelas, dadas as menores oportunidades de contacto nas zonas rurais, a incidência em adultos é, nestas zonas, maior do que nas urbanas. Sem negar a possível veiculação pela água e pelo leite, assevera Smillie que, nos Estados Unidos, as epidemias de Poliomielite têm sido transmitidas por contacto imediato;

4) A distribuição dos casos, em vez de seguir ordinariamente o curso dos rios ou distribuir-se de acôrdo com mananciais contaminados por águas de esgotos, dá-se como nas doenças a contacto respiratório, isto é, radialmente, de acôrdo com a clássica comparação da pedra lançada no meio de um lago;

5) A ocorrência mais freqüente no fim do verão constitui um dos argumentos dos defensores da via intestinal. Já vimos, todavia, que a Poliomielite pode ocorrer em qualquer época do ano, apenas se notando uma possível tendência para maior número de casos paralíticos no verão ou no outono;

6) O descobrimento do virus nas fezes de doentes ou convalescentes foi tomado como apôio à hipótese da via intestinal. O virus foi igualmente isolado de águas de esgoto, o que era logicamente razoável de se esperar. Isto, entretanto, se mostra a possibilidade de alguns casos serem, provavelmente, devidos a essa via, não infirma a respiratória, donde o virus pode, também, ser recuperado e que mais se coaduna com o que se conhece sôbre a usual disseminação da doença;

7) O virus também já foi isolado de moscas. Isso, porém, não prova que tal inseto seja o responsável pela disseminação. Dados os seus hábitos, a mosca, em contacto com secreções e excretos contendo o virus, facilmente se contamina. Possivelmente poderá dar origem a um ou outro caso, mas não se pode concluir que seja ela a grande responsável pela disseminação. Os fatos observados não confirmam tal suposição. Se assim fôsse, conforme observa Anderson, as epidemias deveriam ser sustadas pelas quedas fortes de temperatura, com as neves ou geadas, o que não se dá. Várias observações de surtos epidêmicos em cujo decorrer sobrevieram nevadas ou geadas, ou que entraram pelo inverno a dentro, apesar da desapareição das moscas, continuaram a se desenvolver de acôrdo com a conhecida curva da incidência das infecções respiratórias agudas. E, além do mais, é sabido que as epidemias de Poliomielite, embora mais freqüentes em fins do verão ou comêço do outono, podem surgir também em outras estações.

Muitos outros pontos da epidemiologia da paralisia infantil oferecem ainda margem para dúvidas. Um exemplo temos na existência, comumente citada, de portadores de germes, no mesmo sentido com que os admitimos na difteria ou na febre tifóide. Sabe-se que os convalescentes deixam rapidamente de eliminar o virus pelas secreções colhidas na garganta, mas continuam, por algum tempo, a eliminá-lo nas fezes. O modo de disseminação da doença não parece dar grande responsabilidade a êstes últimos como fontes de estados epidêmicos. Daí ser mais razoável pensar nos numerosos casos abortivos como os principais disseminadores, especialmente durante os períodos epidêmicos, operando êles, poderíamos supor, à maneira de portadores temporários. A existência de portadores crônicos, admitida por alguns, é fenômeno que parece inexistente ou sem significação prática.

INCIDÊNCIA EM SÃO PAULO

A paralisia infantil é endêmica no município de São Paulo. Há alguns anos, um de nós (F. B. V.), valendo-se dos dados de notificações à Secção de Epidemiologia e Profilaxia Gerais do Departamento de Saúde, e do concurso do Pavilhão Fernandinho, da Santa Casa, a cujo Diretor, Prof. Domingos Define, novamente estendemos nossos agradecimentos, chegou a essa conclusão, e à verificação da grande deficiência nas notificações, pois dos 349 casos então apurados para o período de 1933 a 1939, apenas 108, isto é, menos de um terço, foram notificados às autoridades competentes. Nesta parcela ainda se incluíam casos fatais, acusados pelos atestados de óbito recebidos pela extinta Secção de Estatística Demógrafo-Sanitária (na ocasião, dependência do Departamento de Saúde), e que haviam escapado à anterior notificação. Dos casos coligidos, verificou-se que 19 provinham de várias localidades do interior do Estado, quase todos em busca de tratamento de sequelas paralíticas.

No interior do Estado o serviço de notificações era muito falho, apenas se tendo obtido notícia, por intermédio do Departamento de Saúde, de casos fatais, em número de 104, irregularmente distribuídos por 75 municípios, nunca ultrapassando de dois anuais por município e, isso mesmo, em apenas 10 dêles.

Provavelmente importada de Nova York, a doença tem-se manifestado em nosso Estado de forma esporádica ou endêmica; de tempos em tempos, aqui ou ali, em geral, sem grande amplitude aparente, chega a tomar aspecto epidêmico. Assim, em 1918, registrou-se pequena epidemia em Vila Americana, com 18 casos relatados em quatro meses (janeiro a abril), estudada por Salles Gomes Júnior; entre janeiro e julho de 1937 registrou-se em Santos um surto com 30 casos.

Os dados referentes à Capital, compreendendo tanto os oficialmente conhecidos, como os que pudemos coligir até agora, somente do Pavilhão Fernandinho, constam da Tabela II.

Conforme dizíamos em 1940 (F. B. V.) e aqui reafirmamos: Certos estamos de que numerosos casos ocorridos nesta cidade ainda continuam desconhecidos, mesmo os casos paralíticos. Sabido é que muitos casos regridem do período paralítico, e outros, mais numerosos, constituindo a grande categoria dos casos frustos e omissos, escapam grandemente ao conhecimento das autoridades e mesmo dos clínicos, e exercem papel relevante na disseminação da doença.

Verdade é que a poliomielite aguda é doença de notificação compulsória no Estado desde 1918; as notificações são, entretanto, feitas muito irregularmente, constituindo elemento preponderante, para tal estado de coisas, o fato de ser o diagnóstico, em geral, tardio, quando já decorrido o período agudo, passando êste, muitas vêzes, sem assistência médica. Além do mais, temos que admitir as falhas de diagnóstico, pois os casos frustos, que são a maioria, passam, freqüentemente, despercebidos, maximé, fora das épocas epidêmicas. Por outro lado, é lamentável que alguns estabelecimentos hospitalares, conforme é do nosso conhecimento, não emprestem à Secção competente do Departamento de Saúde a colaboração que é imprescindível, deixando de notificar mesmo os casos agudos da doença.

Na deficiência de dados de notificação, aliás, em grande parte, bem compreensível, vejamos o que se apurou das estatísticas de óbitos, para o período de 1933 em diante. (Tabela III).

A disparidade na relação anual entre os casos e os óbitos mais uma vez denota as deficiências das notificações, principalmente nos primeiros anos da série. Imprecisa seria qualquer verificação da percentagem de fatalidade que, pelos nossos dados, vai a cerca de 12%.

Em tal sentido cabem algumas considerações sobre a organização dos Serviços de Estatística Demógrafo-Sanitária, que deveriam estar integrados nos Departamentos de Saúde. A existência, no Departamento de Saúde, do Serviço de Epidemiologia e do de Bioestatística, muito facilita a cooperação entre as duas secções, aliás, em muitas organizações, unidas sob uma só chefia. Assim, no caso de óbitos atestados na ausência de notificação anterior, em qualquer doença transmissível, fácil é, por uma comunicação imediata do óbito pela Bioestatística à Epidemiologia, a realização de inquéritos tanto junto às famílias dos doentes, como junto aos médicos atestantes, de forma a se poder elaborar ou completar a ficha epidemiológica, já que os dados constantes do atestado de óbito são de todo insuficientes para os fins em vista.

O Departamento de Saúde de São Paulo tinha, como dependência imediata, a Secção de Estatística Demógrafo-Sanitária. Com a reorganização de 1942, retirou-se a secção de Estatística Demógrafo-Sanitária da dependência do Departamento de Saúde, sendo incorporada num novo departamento, que centralizou os serviços de estatística do Estado. O divórcio ficou claro: o Departamento de Saúde permaneceu como dependência da Secretaria de Estado referente aos negócios da Saúde e o então criado Departamento Estadual de Estatística* ficou diretamente subordinado ao Gabinete do Governador. Mais difíceis se tornaram, pois, as ligações.

Para exemplificar, poderíamos dizer que, na elaboração do presente trabalho, tivemos ensejo de deparar com alguns óbitos, embora raros, classificados, de acôrdo com o atestado médico, como de poliomielite, e que tiveram de ser transferidos para outras rubricas, como consequência de inquéritos epidemiológicos realizados.

Não vai nisto uma crítica à competência dos médicos atestantes. O que se dá é que, examinando o doente, muitas vezes, "in extremis", ou guiando-se pelas informações da família, não tem o médico ensejo de tomar conhecimento da evolução da doença. Pode ser que o doente já tenha sido examinado antes por outros facultativos, ou tenha estado internado em hospitais, onde o diagnóstico indicando outra doença já haja sido firmado.

E', portanto, nosso ponto de vista que os serviços de Estatística Demógrafo-Sanitária não só devem fazer parte integrante da organização sanitária, como agir sempre na mais estreita colaboração com o Serviço de Epidemiologia.

* * *

* Extinto hoje, por decisão da Assembléia Legislativa, devendo funcionar só até 31 de dezembro corrente.

Passemos, agora, ao estudo dos dados que pudemos coligir sobre os caracteres da incidência da poliomielite aguda no município de São Paulo.

A poliomielite aguda em São Paulo tem revestido um aspecto continuamente endêmico, às vezes com exacerbações, apresentando esboços de variações cíclicas, conforme se pode inferir do estudo da mortalidade numa série de anos.

A doença tem-se manifestado, esporadicamente, em quase todos os subdistritos, conforme se verifica pelas Tabelas IV e V. As Tabelas VI e VII referem-se aos casos não autóctones.

A separação que fizemos quanto à distribuição distrital entre os casos oficialmente conhecidos e os do Pavilhão Fernandinho residiu no fato de possuímos, para os primeiros, dados mais exatos quanto à residência por ocasião do período agudo; as residências constantes das fichas do Pavilhão Fernandinho são as indicadas na época em que foi procurado tratamento das sequelas, muitas vezes não se podendo garantir serem as mesmas do período agudo. Por este motivo, deixamos de incluir, entre estes últimos, as fichas relativas aos casos em que não há referências precisas à data do período agudo.

A água clorizada não abastece toda a cidade de São Paulo; há subdistritos, especialmente os rurais, que usam águas de poço ou de nascentes; o leite é usado, correntemente, após fervura.

Ora, sendo assim, e considerando o período estudado, em que não houve manifestações propriamente epidêmicas, somos levados, em face da generalização a todos os subdistritos da Capital paulista, a incriminar os casos frustos, omissos ou inaparentes, e os possíveis portadores de germes, como os fatores disseminantes, uma vez que os doentes que indicaram contacto prévio foram mínimos.

A via respiratória seria a aceitável, atuando em população grandemente imune.

Distribuição por meses: — A doença pode manifestar-se em qualquer época do ano; tem-se registrado, entretanto, maior incidência nos meses quentes, diferindo assim a poliomielite de outras doenças de eliminação e penetração pelas vias respiratórias, em que a maior ocorrência se dá nos meses frios. Este ponto tem sido, como vimos, um dos que mais insistentemente impressionam os que advogam a transmissão hídrica ou através de vetores alados, o que, todavia, não tem sido suficientemente provado, como fator preponderante.

Vejamos qual foi a distribuição dos casos por meses, de acordo com a data do período agudo e dos óbitos no município de São Paulo (considerando-se primeiramente os casos conhecidos através das Secções competentes do Departamento de Saúde), durante o período de 1933-1947 (Tabelas VIII, IX e X).

As curvas de morbidade foram constituídas por um número não expressivo de casos, pois, quanto aos oficialmente conhecidos sabemos como falham as notificações e, em relação aos que pudemos apurar, os dados foram colhidos em apenas um hospital ortopédico da Capital e, isso mesmo, sem compreender todas as observações lá existentes, dada a premência de tempo de que dispusemos para este trabalho. Entretanto, com essas ressalvas, pudemos verificar, pela Tabela IX, maior aumento dos casos em janeiro e fevereiro, que são os meses quentes. A Tabela X da mortalidade não mostra tal preferência, apresentando o mês de agosto, no total da série dos 15 anos estudados (1933 a 1947), um número maior

de óbitos. O fato, entretanto, parece não ter grande significação, desde que não foi verificado maior obituário nos meses frios, em todos os anos componentes da série. Não tivemos, em qualquer desses anos, um que fôsse excepcionalmente epidêmico; houve variações para mais ou para menos, mas dentro de uma curva de endemicidade que não permite tirar conclusões a respeito.

Distribuição por sexo: — Os casos estudados compreenderam 593 do sexo masculino e 522 do sexo feminino.

Distribuição por idades: — A idade mais atingida foi a compreendida entre 0 e 5 anos, onde se deram 83% dos casos notificados e 90% do total dos casos apurados. Nessa fase de vida, foi a incidência maior entre 1 e 2 anos. (Tabelas XI e XII).

Essa maior concentração de casos nos primeiros cinco anos de vida é refletida, embora não com a mesma intensidade, no obituário. Assim, cerca de 85 a 90% dos casos se deram abaixo de 5 anos de idade e os óbitos, nesse período, ficaram ao redor de 70%. (Tabelas XIII e XIV).

Raças, profissões, condições sociais: — Estas condições revelam ter pouca importância na epidemiologia da paralisia infantil, que parece, todavia, ser mais freqüente em brancos do que em pretos. Faltando-nos dados sobre a composição racial da população paulistana, impossível se torna calcular coeficientes específicos de incidência nesta rubrica. (Tabela XV).

Contacto prévio: — Quanto a este item, dentre todas as fichas do Departamento de Saúde computadas (de vez que as do Pavilhão Fernandinho a êle não fazem referência), apenas 5 o acusam; em 3, tal contacto foi provável; 206 negam-no e as restantes 94 nada informam a respeito.

Somando-se a estas as 807 fichas estudadas do Pavilhão Fernandinho, vemos que a grande maioria não faz referência a contacto anterior.

Este fato vem corroborar a idéia da disseminação se fazer, principalmente, por meio dos casos frustos ou omissos.

Incubação: — Sendo pouquíssimos os casos que revelam contacto com doente ou suspeito, não pudemos ter idéia do valor deste item para São Paulo. Esse período é avaliado, pelos autores, em cerca de 7 a 10 dias. Entretanto Aycock e Eaton referem 10 a 18 dias, resultado a que chegaram pela observação de casos de infecções familiares. Julgam estes autores que os casos de infecções familiares múltiplas, ocorridos dentro dos primeiros oito dias, são de contaminação simultânea.

Sequelas: — Quanto à localização de sequelas paralíticas, o que averiguamos sobre 1.115 casos, em São Paulo, dentre as fichas que trazem a informação, não destoa do que aí geralmente se observa, isto é, maior freqüência em perturbações para o lado dos músculos dos membros inferiores. As paresias ou paralisias se assestaram em um ou mais grupos musculares das localizações seguintes:

Nos membros inferiores	276
No membro inferior esquerdo	258
No membro inferior direito	262
Nos membros superiores	8
No membro superior esquerdo	41
No membro superior direito	32
Hemiplegia esquerda	21
Hemiplegia direita	21
Quadriplegia	28
Nos membros inferiores e membro superior direito ..	13
Nos membros inferiores e membro superior esquerdo	5
Nos membros superiores e membro inferior esquerdo	3
No membro superior esquerdo e inferior direito	3
No membro superior direito e inferior esquerdo	7
Outras localizações, casos frustos e sem informação	137

Antes de concluirmos, desejamos apresentar à srta. Ilka Maria de Rezende Araujo e ao sr. Renato Cecchi, os nossos melhores agradecimentos, pelo valioso auxílio prestado durante a elaboração do presente trabalho.

C O N C L U S Õ E S

- 1) A poliomielite aguda é endêmica no Estado de São Paulo, tendo revestido, algumas vezes, aspecto epidêmico em alguns municípios.
- 2) A incidência da doença ainda é mal conhecida, devido, não só aos numerosos casos abortivos, que passam despercebidos, como ainda à notificação deficiente, mesmo dos casos típicos.
- 3) Ainda reinam grandes dúvidas quanto à epidemiologia da doença, especialmente no que tange às vias de transmissão.
- 4) Sem se poder negar a possibilidade de transmissão pela água, pelo leite ou por meio de moscas, é a via respiratória a que mais se coaduna com os aspectos epidemiológicos usuais da incidência.
- 5) Para um melhor conhecimento da ocorrência da poliomielite, entre nós, mister se faz uma estreita ligação entre os serviços de Bioestatística e os de Epidemiologia, sendo aconselhável que ambos sejam dependentes do Departamento de Saúde.

Tabela I
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (1)
Mortalidade por Poliomielite

A n o s	População (I — VII)	Óbitos gerais	Óbitos Poliom.	% s/ ob. gerais	Cocf./100 mil habitantes	(x _i)	(V _i)	(x _i Y _i)	(x _i) ²
1918	528.295	15.129	2	0,01	0,37	-29	0,01	-0,29	841
1919	528.295	10.294	1	0,01	0,18	-27	-0,18	4,86	729
1920	589.191	10.851	3	0,02	0,51	-25	0,15	-3,75	625
1921	613.208	11.532	2	0,01	0,33	-23	-0,03	0,69	529
1922	638.196	11.743	—	—	—	-21	-0,36	7,56	441
1923	664.203	12.591	—	—	—	-19	-0,36	6,84	361
1924	691.269	13.471	5	0,03	0,72	-17	0,36	-6,12	289
1925	719.438	14.133	1	—	0,14	-15	-0,22	3,30	225
1926	748.756	14.443	2	0,01	0,27	-13	-0,09	1,17	169
1927	779.267	14.511	1	—	0,13	-11	-0,23	2,53	121
1928	811.022	15.351	4	0,02	0,49	-9	0,13	-1,17	81
1929	844.071	15.170	4	0,02	0,47	-7	0,11	-0,77	49
1930	878.467	14.029	5	0,03	0,57	-5	0,21	-1,05	25
1931	914.265	14.075	3	0,02	0,33	-3	-0,03	0,09	9
1932	951.521	13.144	3	0,02	0,31	-1	-0,05	0,05	1
1933	990.296	15.088	7	0,04	0,71	1	0,35	0,35	1
1934	1.030.650	13.669	7	0,05	0,68	3	0,32	0,96	9
1935	1.072.649	11.981	2	0,01	0,19	5	-0,17	-0,85	25
1936	1.116.360	17.202	10	0,06	0,90	7	0,54	3,78	49
1937	1.161.851	15.923	8	0,05	0,69	9	0,33	2,97	81
1938	1.209.196	17.119	2	0,01	0,16	11	-0,20	-2,20	121
1939	1.258.471	17.887	6	0,03	0,48	13	0,12	1,56	169
1940	1.309.754	17.116	2	0,01	0,15	15	-0,21	-3,15	225
1941	1.363.126	19.295	2	0,01	0,15	17	-0,21	-3,57	289
1942	1.418.673	19.145	3	0,01	0,21	19	-0,15	-2,85	361
1943	1.476.484	18.697	4	0,02	0,27	21	-0,09	-1,89	441
1944	1.536.651	20.128	5	0,02	0,32	23	-0,04	-0,92	529
1945	1.599.270	19.981	9	0,04	0,56	25	0,20	5,00	625
1946	1.664.440	18.650	3	0,01	0,18	27	-0,18	-4,86	729
1947	1.732.265	19.539	6	0,03	0,35	29	-0,01	-0,29	841

M = 0,36

$E(x_i Y_i)$
= 7,98
 $E(x_i)^2$
= 8990

(1) Nota: Todos os dados, de 1918 a 1947, incluem o ex-município de Santo Amaro, extinto e anexado ao município da Capital de S. Paulo, por Decreto n.º 6.983 de 23 de fevereiro de 1935.

Tabela II

Poliomielite Aguda

MORBIDADE — Distribuição pela data dos primeiros sintomas. Fichas do Dep. Saúde e do Pavilhão Fernandinho (*)

	1933		1934		1935		1936		1937		1938		1939		1940									
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	T								
Dep. de Saúde	2	5	7	5	2	7	1	3	4	9	4	13	14	15	29	5	3	8	21	21	42	5	15	20
Pavilhão Fernandinho ...	8	7	15	7	10	17	16	21	37	13	11	24	42	37	79	29	18	47	28	32	60	23	27	50
Totais	10	12	22	12	12	24	17	24	41	22	15	37	56	52	108	34	21	55	49	53	102	28	42	70
	1941		1942		1943		1944		1945		1946		1947		S/ discrim. do ano									
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	F								
Dep. de Saúde	7	8	15	24	12	36	13	8	21	12	13	25	21	10	31	9	3	12	17	21	38	—	—	—
Pavilhão Fernandinho ...	29	28	57	53	29	82	28	25	53	12	30	72	33	35	68	15	17	32	34	31	65	28	21	49
Totais	36	36	72	77	41	118	41	33	74	54	43	97	54	45	99	24	20	44	51	52	103	28	21	49

Departamento de Saúde Masculino — 165 Feminino — 143 Total 308
 Pavilhão Fernandinho Masculino — 428 Feminino — 379 Total 807
 Total geral Masculino — 593 Feminino — 522 Total 1.115 casos apurados

Nota: — Casos importados: — Departamento de Saúde — 55 Pavilhão Fernandinho — 192 Total de casos importados — 247

A procedência desses casos encontra-se nas tabelas VI e VII e a sua distribuição anual é a seguinte:

1933 — 1 1934 — 3 1935 — 6 1936 — 2 1937 — 10 1938 — 20 1939 — 15 1940 — 18 1941 — 19 1942 — 23
 1943 — 28 1944 — 37 1945 — 25 1946 — 16 1947 — 24

(*) As fichas do Pavilhão Fernandinho não representam o total existente naquele Pavilhão, para cada ano estudado neste trabalho, mas só as que conseguimos apurar.

Tabela III

Poliomielite Aguda

ÓBITOS ocorridos no município da Capital. (Autóctones e importados). Distribuição pela data do óbito

1933		1934		1935		1936		1937		1938		1939		1940	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
2	5	5	2	1	1	7	3	4	4	—	2	3	5	1	1
T	7	T	7	T	2	T	10	T	8	T	2	T	8	T	2
1941		1942		1943		1944		1945		1946		1947		Total	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
2	—	3	—	3	1	2	3	8	1	2	1	4	2	47	31
T	2	T	3	T	4	T	5	T	9	T	3	T	6	T	78

Tabela IV

Poliomielite Aguda

Distribuição por distritos. (Fichas do Departamento de Saúde)

	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total
Liberdade	—	—	—	—	—	—	3	1	1	1	1	—	—	—	1	8
Penha	1	—	—	—	1	1	1	—	—	2	—	—	1	—	—	7
Nossa Senhora do Ó	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	4
Santa Efigênia	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	4	9
Brás	1	1	—	1	1	1	3	—	—	3	—	1	—	—	2	14
Consolação	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	1	—	—	1	—	5
Sant'Ana	—	1	1	—	—	—	3	1	—	2	1	2	1	—	—	12
Baquirivú	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Vila Mariana	1	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	5
Belemzinho	1	3	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	2	1	1	11
Santa Cecília	—	—	—	1	2	—	1	2	1	3	—	—	1	—	1	12
Cambuí	—	—	—	—	—	—	2	1	1	3	—	—	1	—	2	10
Butantã	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	2	2	7
Osasco	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	3
Lapa	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1	—	—	2	—	—	6
Bom Retiro	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1	—	—	—	1	2	7
Moóca	1	1	—	—	2	—	6	—	—	1	—	1	1	—	2	15
Bela Vista	—	—	—	—	2	—	3	2	—	—	1	—	—	2	2	12
Ipiranga	—	—	—	—	1	1	1	1	2	2	—	3	1	—	—	12
Perdizes	1	—	—	2	3	—	1	1	—	—	3	—	—	—	1	12

Tabca IV

(continuação)

Poliomielite Aguda

	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total
Jardim America	—	—	1	—	1	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	5
Saúde	—	—	—	2	—	—	2	—	—	2	—	3	2	—	—	11
Tucuruvi	—	—	—	1	2	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	6
Indianopolis	—	—	—	—	1	1	1	1	—	—	—	1	—	—	—	5
Parí	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	3
Vila Prudente	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	2	1	—	6
Tatuapé	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	4	—	—	8
Santo Amaro	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	3
Barra Funda	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	3
Vila Maria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	3
Aclimação	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	3
Jardim Paulista	—	—	—	1	3	—	2	1	—	—	—	—	—	—	1	8
Alto da Moóca	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	3
Cerqueira Cesar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	3
Casa Verde	—	—	2	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	6
Pirituba	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Taipas	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Ibirapuera	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Não informa	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Total	6	6	4	13	24	7	40	18	13	30	13	17	24	10	28	253

Tabela V

Poliomielite Aguda

Distribuição por distritos (Pela data dos primeiros sintomas). — Fichas do Pavilhão Fernandinho

	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total
Bom Retiro	3	—	2	1	5	—	1	—	2	—	2	—	—	—	2	18
Bela Vista	—	—	—	4	3	2	1	3	2	1	—	2	—	1	3	22
Butantã	—	—	1	—	—	—	2	2	2	1	1	1	2	—	1	13
Braz	1	1	4	—	7	1	5	—	3	2	1	4	4	1	2	36
Belemzinho	1	2	1	1	6	—	3	5	2	2	1	1	4	2	1	31
Cambuci	—	—	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	—	1	17
Casa Verde	—	1	2	1	2	2	1	—	—	3	—	3	3	—	3	21
Consolação	—	1	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	6
Indianópolis	—	—	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4
Ipiranga	1	1	1	3	5	—	2	1	2	7	1	1	3	1	5	34
Liberdade	—	—	1	—	1	—	2	1	—	2	—	1	1	—	—	9
Lapa	1	1	2	—	9	3	3	2	2	6	2	—	2	1	1	34
Jardim America	1	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	8
Jardim Paulista	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	5
Moóca	—	—	3	1	3	2	3	1	3	2	1	3	2	2	3	31
Perdizes	—	—	—	—	2	2	1	1	1	—	1	1	2	3	—	14
Penha	—	—	—	2	3	3	5	3	1	4	2	8	2	1	4	37
Parí	2	—	—	2	—	—	2	1	—	2	—	1	—	1	3	14
Saúde	—	2	1	1	1	—	2	1	1	1	—	—	—	—	2	13
Santa Cecilia	2	—	—	—	1	1	—	1	—	4	—	1	1	—	1	12
Santa Efigênia	—	1	4	—	1	4	4	—	—	4	—	—	—	1	—	19

Tabela V

(continuação)

Poliomielite Aguda

	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total
Tatuapé	—	—	1	—	1	1	3	—	3	3	2	2	4	1	5	26
Vila Mariana	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	3	1	—	—	2	9
Freguezia do Ó	—	—	—	—	1	1	—	—	1	1	3	—	—	—	—	7
Itaquéra	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	4
Osasco	—	—	1	—	1	2	—	—	1	—	—	1	1	—	—	7
Pirituba	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Perús	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Sant'Ana	—	1	2	—	3	—	3	2	2	3	1	1	4	—	1	23
Baquirivú (S. Miguel)	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	4
Santo Amaro	—	1	—	—	2	—	—	2	—	2	—	1	1	—	—	9
Tucuruví	—	—	1	1	2	—	—	1	—	1	3	1	2	—	2	14
Vila Prudente	—	—	1	3	—	1	—	—	2	1	1	—	1	—	1	11
Alto da Moóca	—	—	—	—	2	—	—	2	3	1	2	1	—	1	—	12
Vila Maria	—	—	—	—	1	—	1	1	1	1	2	3	3	—	2	15
Aclimação	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	5
Barra Funda	—	1	—	—	—	—	—	1	3	3	—	—	2	1	—	12
Taipas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Artur Alvim	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Vila Matilde	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Não informa	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Total	15	15	31	22	74	28	47	34	40	65	33	43	49	18	51	565

Tabela VI

Poliomielite Aguda

CASOS IMPORTADOS — Só os oficialmente conhecidos, isto é, fichas do Departamento de Saúde.
(Distribuição pela data dos primeiros sintomas).

	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total
Baurú							1	1								2
Botucatu					1				1	1						3
Conchas					1											1
Itapicirica					1			1				1				3
Iguape					1											1
Marília						1				2		1				4
Presidente Prudente					1											1
Espirito Santo de Pinhal											1					1
Salto Grande	1															1
Santos							1									1
São Bernardo		1														1
Franca										1						1
Ribeirão Preto										1						1
Cafelandia										1						1
Sorocaba									1		2					3
Santo André											1			2	2	5
Juquerí (Franco da Rocha)												1				1
Balsamo												1				1
Presidente Bernardes												1				1

Tabela VI

(continuação)

Poliomielite Aguda

	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total
Olimpia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Jacaré	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Rio Claro	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Rio de Janeiro	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Guararema	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Santo Anastacio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Dois Corregos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Itararé	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
S. Luiz do Paraitinga	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	2
Fernandopolis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Birigui	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Batataes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Bebedouro	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Goiás	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Paraná	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Garça	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Limeira	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2
Porto Feliz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Tres Lagoas (Est. de Mato-Grosso)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Ourinhos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Total	1	1	0	0	5	1	2	2	2	6	8	8	7	2	10	55

Tabela VII

Poliomielite Aguda

CASOS IMPORTADOS — Fichas do Pavilhão Fernandinho — Distribuição pela data dos primeiros sintomas

Localidades:	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total
Avai						1										1
Atibaia							1									1
Araçatuba			1													1
Assis						1										1
Apiá						1										1
Anhembi							1									1
Andradina									1							1
Araraquara												2				3
Aparecida do Norte													1			1
Altinópolis													1			1
Andradas (Minas)													1			1
Barra Bonita						1										1
Bento Quirino						1										1
Baurú			1							1						2
Botucatu							1	3				2	2			8
Baía								1								1
Birigui							1			1						2
Barretos							1									1
Bragança										1						1
Balsamo											1					1
Bernardino de Campos														1		1

Tabela VII

(continuação)

Poliomielite Aguda

Localidades:	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total
Cruzeiro	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Campinas	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	1	—	4
Corumbatai	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Calmon Viana	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Caeteiras	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Campo Grande (Mato-Grosso)	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	2
Cambé (Paraná)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Candido Mota	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Cosmopolis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Catanduva	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Dois Corregos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Descalvado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Espirito Santo do Pinhal	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Franco da Rocha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Guarassai	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Guarulhos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2
Gramma	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2
Herculanô	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Iacanga	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Itapira	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Itaquí	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1

Tabela VII

(continuação)

Poliomielite Aguda

Localidades:	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total
Itaquaquecetuba	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Jundiaí	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	2	—	—	—	5
Jacareí	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Jaboticabal	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	2
Jaborandi	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Lins	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Luzitania	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Morro Alto	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Mogi das Cruzes	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	3
Martinópolis	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Monte Santo	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Miguelópolis	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Mairinque	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Mauá	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	2
Marília	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Mocóca	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	2
Martinho Prado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Ourinhos	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Olimpia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Presidente Bernardes	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	3

Tabela VII

(continuação)

Poliomielite Aguda

Localidades:	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total
Parnaíba	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Pindorama	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Promissão	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Piracicaba	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	3
Paraguassú	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Pitangueiras	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Pompéia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Puranji	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Presidente Prudente	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	2
Poá	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Porto Feliz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Piedade	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Estação de Paula Lopes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Quatá	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	3
Quintana	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Ribeirão Preto	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Rio das Pedras	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Rio Claro	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3
Rancharia	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	3
Rio Preto	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	2
Santos	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	2	—	1	—	6

Tabela VII

(continuação)

Poliomielite Aguda

Localidades:	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total
Sorocaba						1		1	1		1	1		3	1	9
São Roque						1			1	1						3
Santo André		1	1		1	3	3	4	1	3	1	1		1	4	24
São José dos Campos								1			1					2
Salto de Itú									1							1
Santa Cruz da Conceição											1					1
Santa Barbara											1					1
S. João da Boa Vista											1				2	3
Santo Anastacio											1	1				2
S. Carlos													1			1
Suzano													1			1
Santo Antonio															1	1
S. Simão															1	1
Tamoio						1										1
Tiete						1					1					2
Taquaritinga												1	1			2
Tanabí												1				1
Tupã												1		1		2
Una												1				1
Vista Alegre					1											1
Total geral		2	6	2	5	19	13	16	17	17	20	29	18	14	14	192

Tabela VIII

Poliomielite Aguda

MORBIDADE — Casos oficialmente conhecidos, autóctones e importados. (Fichas do Dep. de Saúde) — Distribuição por anos e meses, pela data dos primeiros sintomas

	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total
Janéiro	1	—	2	1	1	—	3	2	2	2	4	4	2	2	2	28
Fevereiro	1	—	—	—	1	—	7	—	2	5	2	3	5	3	3	32
Março	—	—	1	2	—	1	9	—	—	2	1	2	3	1	3	25
Abril	2	—	—	—	2	—	4	2	—	3	2	1	4	—	5	25
Maió	—	—	—	—	2	2	4	1	—	2	3	3	6	—	4	27
Junho	—	1	—	4	—	—	5	3	1	6	2	—	1	1	2	26
Julho	1	1	1	2	6	1	2	1	—	1	2	2	1	2	1	24
Agosto	1	—	—	2	5	—	2	3	—	5	—	2	2	1	3	26
Setembro	1	2	—	—	4	—	3	1	1	—	1	1	2	1	2	19
Outubro	—	3	—	1	5	—	1	—	—	3	3	1	2	—	11	30
Novembro	—	—	—	—	2	2	2	2	—	5	—	3	2	1	1	20
Dezembro	—	—	—	1	1	2	—	4	3	2	1	3	1	—	1	19
Sem informação	—	—	—	—	—	—	—	1	6	—	—	—	—	—	—	7
Total	7	7	4	13	29	8	42	20	15	36	21	25	31	12	38	308

Tabela IX

Poliomielite Aguda

MORBIDADE — Conjunto de casos do Departamento de Saúde e do Pavilhão Fernandinho. Autóctones e importados.
Distribuição por anos e meses, pela data dos primeiros sintomas.

	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total
Janeiro	3	4	4	9	6	11	11	5	8	18	18	10	9	6	5	127
Fevereiro	2	3	5	4	7	2	17	5	7	13	10	7	16	5	9	112
Março	—	2	3	2	6	7	12	2	5	11	5	7	12	5	10	89
Abril	3	2	2	2	8	3	9	6	5	8	9	3	12	3	8	83
Maió	3	2	2	3	8	5	14	1	4	9	8	8	9	3	14	93
Junho	—	2	2	5	13	3	8	6	2	10	6	4	5	2	12	80
Julho	1	1	5	4	15	3	3	3	1	6	2	5	3	2	5	59
Agosto	2	1	8	5	13	1	5	7	3	11	2	5	5	4	11	83
Setembro	3	2	3	—	10	1	7	3	5	3	1	7	6	3	7	61
Outubro	3	3	3	2	10	7	4	7	2	11	8	4	5	2	16	87
Novembro	1	1	3	—	7	7	9	12	10	7	2	14	8	5	4	90
Dezembro	1	1	1	1	5	5	3	12	14	11	3	18	7	4	2	88
Sem informação	—	—	—	—	—	—	—	1	6	—	—	5	2	—	—	14
Total	22	24	41	37	108	55	102	70	72	118	74	97	99	44	103	1.066

Tabela X

Poliomielite Aguda

MORTALIDADE — (Fichas do Departamento de Saúde) — Distribuição per anos e meses, pela data do óbito

	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total	
Janeiro	—	—	—	1	—	—	1	—	2	—	—	—	2	—	—	6	
Fevereiro	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1	2	—	8	
Março	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	4	
Abril	2	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1	—	2	—	1	8	
Maiο	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	1	2	—	1	8	
Junho	1	—	—	3	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	6	
Julho	—	1	1	2	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	7	
Agosto	2	1	—	1	1	—	1	1	—	1	—	1	1	—	1	11	
Setembro	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	5	
Outubro	—	3	—	1	1	—	—	1	—	1	1	—	—	—	1	9	
Novembro	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	4	
Dezembro	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
Total	7	7	2	10	8	2	8	2	2	2	3	4	5	9	3	6	78

Tabela XI

Poliomielite Aguda

Casos do Departamento de Saúde — Distribuição por idades

	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total
I d a d e s																
0 a 1 ano	1	2	1	—	5	2	8	3	7	7	7	6	9	3	10	71
1 ano	—	—	1	2	8	2	9	9	3	14	6	10	10	1	16	91
2 anos	3	1	1	1	8	2	11	4	1	6	4	5	4	1	6	58
3 anos	1	—	—	—	2	1	3	—	2	3	2	1	4	2	2	23
4 anos	—	2	1	—	—	—	1	2	1	4	1	—	1	—	1	14
0 a 4 anos	5	5	4	3	23	7	32	18	14	34	20	22	28	7	35	257
5 a 9 anos	1	1	—	2	4	1	7	1	1	—	—	3	2	4	2	29
10 a 14 anos	—	—	—	1	—	—	2	—	—	1	1	—	—	—	—	5
15 a 19 anos	—	1	—	—	2	—	1	—	—	1	—	—	1	1	1	8
20 a 24 anos	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4
25 a 29 anos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30 a 34 anos	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
60 e mais anos	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Sem informar	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
T o t a l	7	7	4	13	29	8	42	20	15	36	21	25	31	12	38	308

Tabela XII

Poliomielite Aguda

Casos do Departamento de Saúde em conjunto com os do Pavilhão Fernandinho.

Distribuição por idades.

Idades:	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total
0 a 1 ano	6	6	10	4	22	11	25	23	31	33	22	27	32	8	42	302
1 ano	4	4	17	13	56	23	27	27	22	44	27	40	33	14	33	384
2 anos	6	8	8	4	17	13	20	13	11	22	18	16	13	13	14	196
3 anos	3	2	2	2	6	5	12	2	3	7	2	4	8	3	5	66
4 anos	—	2	1	—	—	2	2	3	2	4	2	—	4	—	3	25
0 a 4 anos	19	22	38	23	101	54	86	68	69	110	72	87	89	38	97	973
5 a 9 anos	1	1	2	6	4	1	12	1	2	6	1	8	6	5	5	61
10 a 14 anos	—	—	1	1	—	—	3	—	—	1	2	1	2	—	—	11
15 a 19 anos	1	1	—	—	2	—	1	—	1	1	—	—	1	1	1	10
20 a 24 anos	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4
25 a 29 anos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30 a 34 anos	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
60 + anos	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Sem informar	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	4
Total	22	24	41	37	108	55	102	70	72	118	74	97	99	44	103	1.066

Tabela XIII

Poliomielite Aguda

MORTALIDADE — Distribuição por idades — (Fichas do Departamento de Saúde)

I d a d e s	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total
0 a 1 ano	1	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	3	4	1	1	14
1 ano	—	—	1	1	1	—	1	—	1	—	2	1	2	—	3	13
2 anos	3	1	—	1	3	—	4	1	—	1	1	—	—	—	—	15
3 anos	1	—	—	—	—	1	1	—	1	—	1	—	2	—	1	8
4 anos	—	2	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4
0 a 4 anos	5	5	2	2	4	2	6	1	2	3	4	4	8	1	5	54
5 a 9 anos	1	1	—	2	3	—	1	1	—	—	—	1	—	1	—	11
10 a 14 anos	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2
15 a 19 anos	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	5
20 a 24 anos	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
25 a 29 anos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30 a 34 anos	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
60 e mais anos	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
T o t a l	7	7	2	10	8	2	8	2	2	3	4	5	9	3	6	78

Tabela XIV

Poliomielite Aguda

SUA INCIDENCIA EM S. PAULO

Idade	Morbidade %		Mortalidade %
	C. Not.	C. Apur.	
0 - 4	83,4	91,2	69,2
5 - 9	9,5	5,7	14,1
10 +	7,1	3,0	16,7

Tabela XV

Poliomielite Aguda

Casos autóctones e importados, do Departamento de Saúde e do Pavilhão Fernandinho — Distribuição por cores

	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	Total	
Branca	21	23	40	35	102	51	91	65	67	111	68	89	92	41	88	43	1.027
Preta	—	1	—	—	2	—	5	2	1	1	2	5	2	1	7	1	30
Parda	1	—	1	—	4	2	3	3	3	6	4	3	3	1	7	4	45
Amarela	—	—	—	—	—	2	3	—	—	—	—	—	1	—	1	—	7
Sem informar	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	6
T o t a l	22	24	41	37	108	55	102	70	72	118	74	97	99	44	108	49	1.115

POLIOMIELITE AGUDA NO MUNICIPIO DE SÃO PAULO - 1918-1947 - MORTALIDADE

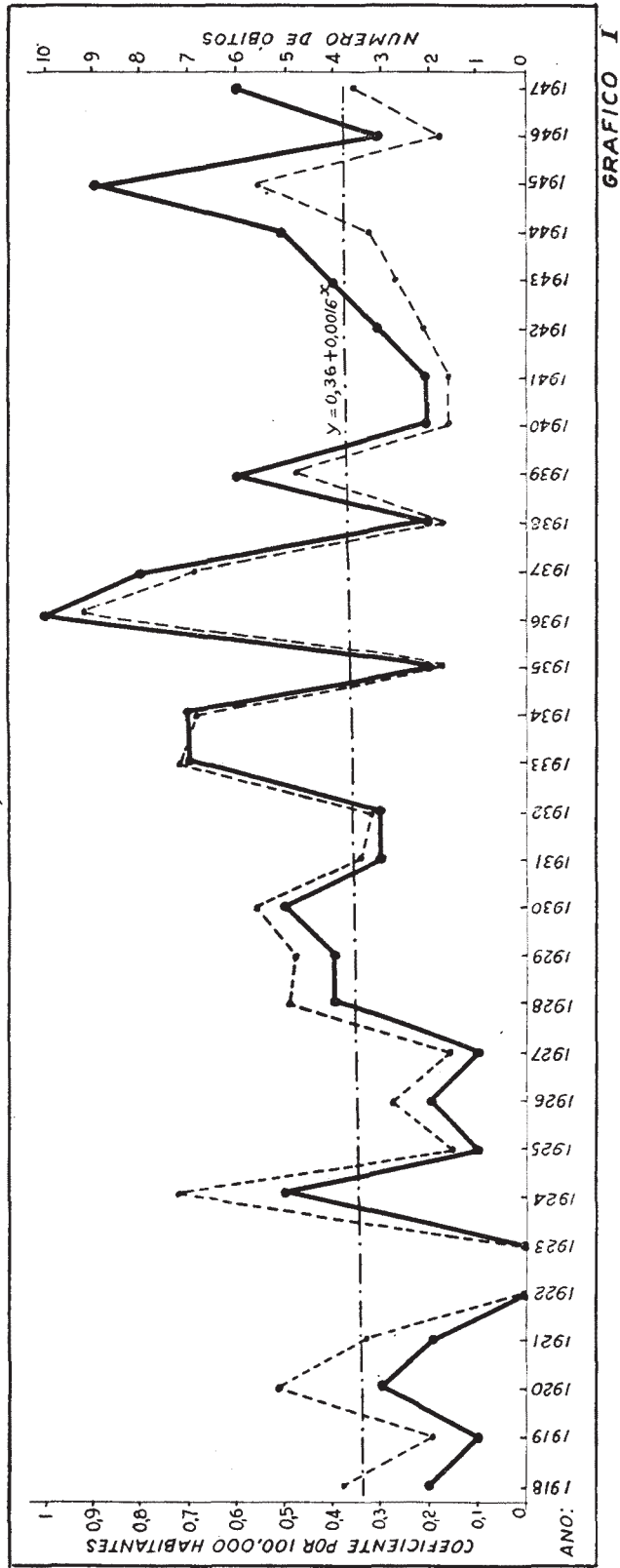


GRAFICO I

**POLIOMIELITE AGUDA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
1933-1947 - CASOS E OBITOS POR SEXO**

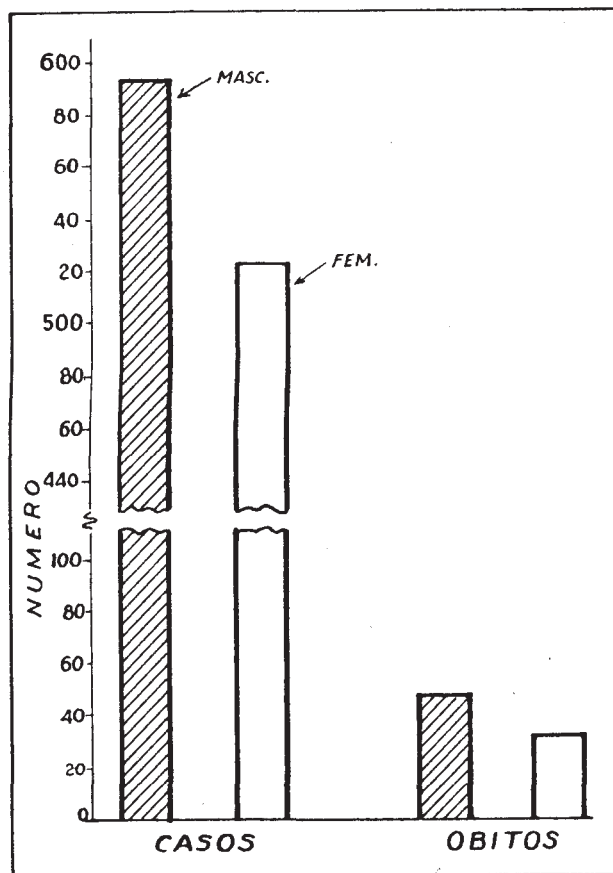


GRAFICO II

**POLIOMIELITE AGUDA NO MUNICIPIO DE SÃO PAULO
1933-1947 -**
- INCIDENCIA MENSAL

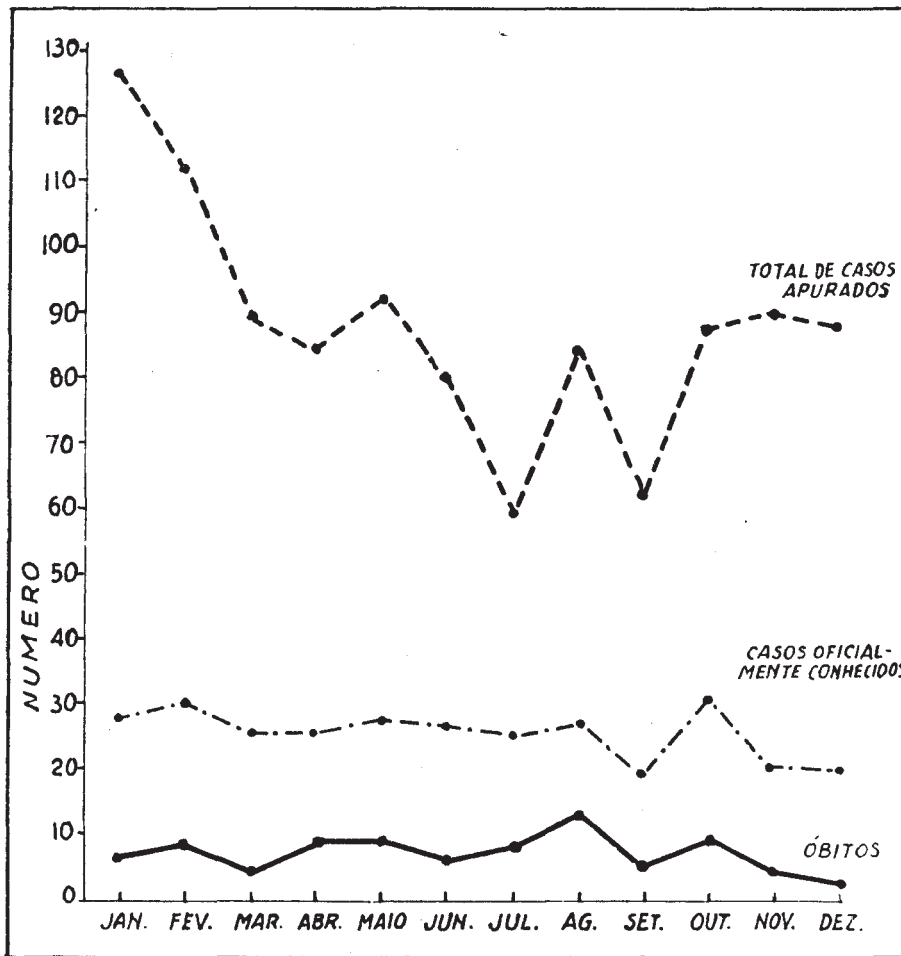


GRAFICO III

**POLIOMIELITE AGUDA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
1933-1947 - MORBIDADE POR GRUPOS DE IDADES**

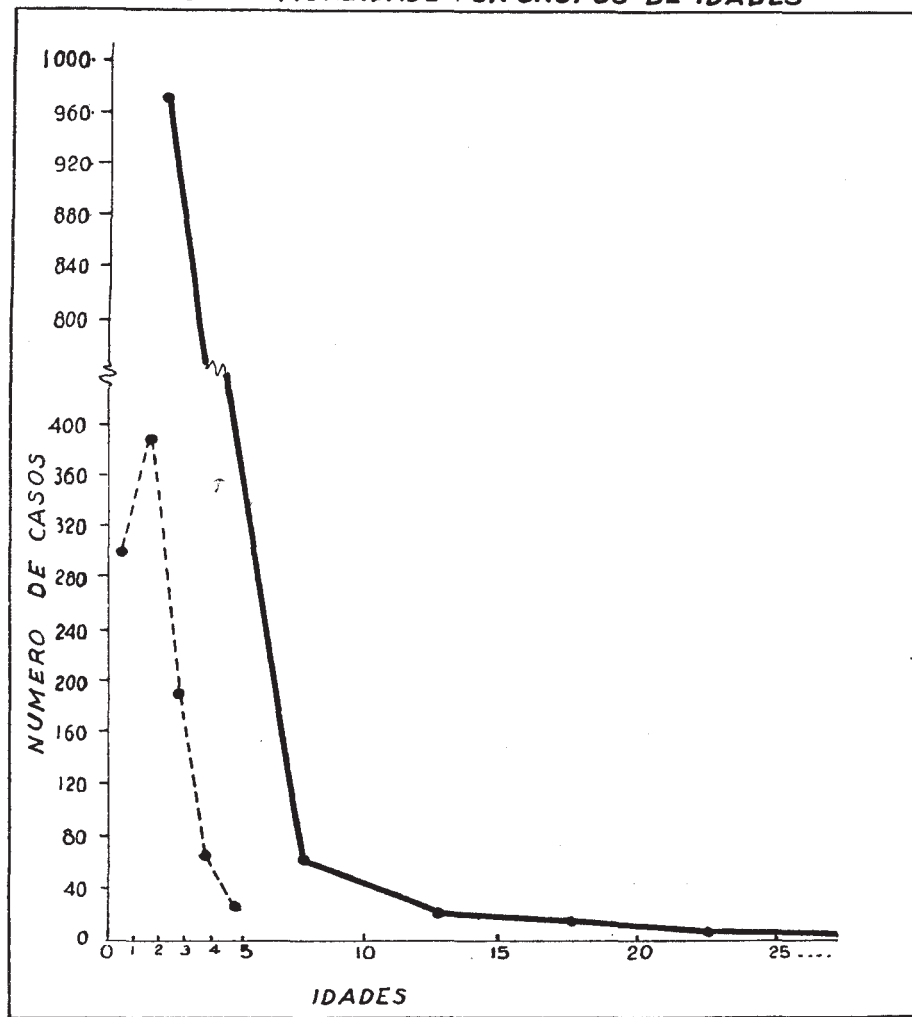


GRAFICO IV

**POLIOMIELITE AGUDA NO MUNICIPIO DE SÃO PAULO
1933-1947 - MORTALIDADE POR GRUPOS DE IDADES**

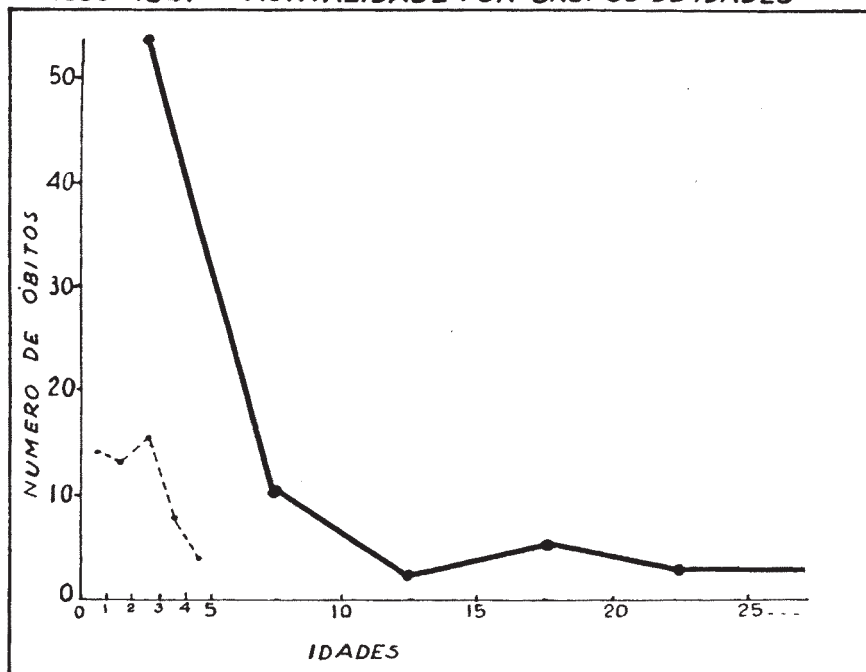


GRAFICO V

**POLIOMIELITE AGUDA
NO MUNICIPIO DE SÃO PAULO
1933-1947 - PERCENTAGENS RESPECTIVAS
DOS CASOS E ÓBITOS POR GRUPOS DE IDADES**

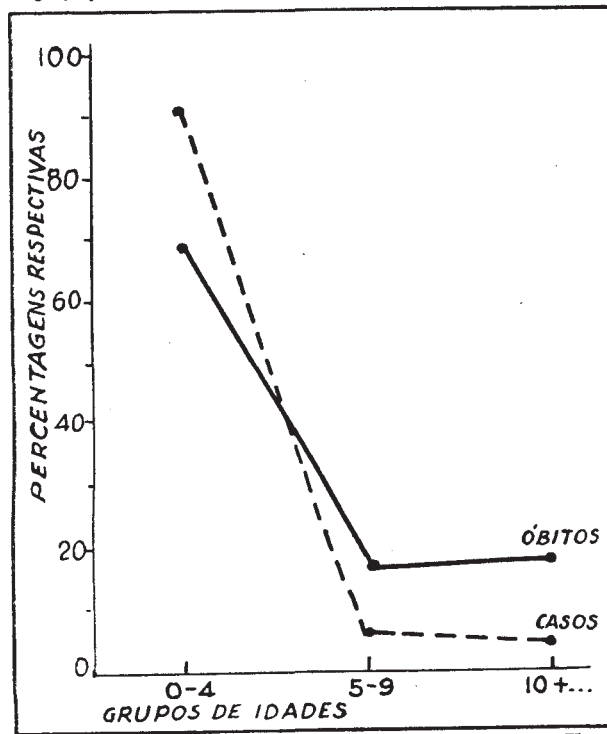


GRAFICO VI