

NÚMERO: 017/2014

DATA: 27/11/2014

ASSUNTO: Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite - Plano de Ação Pós-Eliminação
PALAVRAS-CHAVE: Poliomielite; vacinação; vigilância; paralisia flácida aguda; VIP; VAP; erradicação; eliminação
PARA: Médicos e enfermeiros do Sistema de Saúde; Administrações Regionais de Saúde; e serviços homólogos das Regiões Autónomas; Unidades Locais de Saúde; Laboratórios públicos, privados, de investigação e de ensino
CONTACTOS: Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde; Coordenação do Programa (polio@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, emite-se a Norma seguinte:

O Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite - Plano de Ação Pós-Eliminação, anexo à presente Norma, visa dar continuidade, numa versão atualizada, ao Programa que tem estado em vigor até à presente data.

Esta atualização resultou da necessidade de, tirando partido da experiência adquirida, definir novos objetivos e estratégias, adequar, simplificar e atualizar os procedimentos e orientar a sua operacionalização, através de uma cadeia de atuação desde o nível local do sistema de saúde (hospitais públicos e privados, cuidados de saúde primários e ambulatório privado) até ao nível central, na Direção-Geral da Saúde.

As estratégias para manter a eliminação da poliomielite em Portugal baseiam-se em quatro linhas de ação fundamentais: vacinação, vigilância, contenção laboratorial e resposta a eventual importação do vírus.

Estas ações visam colmatar assimetrias nas coberturas vacinais, aumentar a capacidade e rapidez de deteção, notificação, investigação e resposta a casos, de forma a manter a ausência do vírus da poliomielite em Portugal, mantendo o estatuto nacional de eliminação da poliomielite (*Polio-free country*), segundo os critérios internacionais.

A vacinação no âmbito deste Programa está abrangida pelo Programa Nacional de Vacinação (PNV): é universal, gratuita, acessível a todas as pessoas presentes em Portugal e não necessita de prescrição médica (apenas necessita de prescrição médica a vacinação de viajantes e de profissionais de saúde e outros profissionais de risco).

Ficam sem efeito os conteúdos de circulares, normas, orientações, ofícios e informações anteriores que contrariem o disposto nesta Norma.

Revoga-se:

- Circular Normativa nº 08/DSPS, de 04/05/2004
- Circular Informativa nº 36/DSPCD, de 28/07/2010
- Norma nº 001/2014, de 28/01/2014



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

PROGRAMA NACIONAL DE ERRADICAÇÃO DA POLIOMIELITE - PLANO DE AÇÃO PÓS-ELIMINAÇÃO

Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

Parte integrante da Norma nº 017/2014 de 27/11/2014



Novembro 2014

www.dgs.pt

Grupo responsável pela elaboração desta Norma

Coordenação e elaboração:

Teresa Fernandes

Ana Leça

Maria da Graça Freitas

Apoio técnico e científico:

Carlos Orta Gomes

Maria Etelvina Calé

Maria Isabel Castelão

Patrícia Santos

Paula Maria Valente

Paula Palminha

Paula Vasconcelos

Colaboração:

Alexandra Bordalo

Cátia Sousa Pinto

Helena Monteiro

Agradecimentos:

Aos profissionais de saúde que contribuíram para melhorar o Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite através da sua aplicação no terreno e aos que enviaram os seus contributos aquando da consulta pública.

A todos os profissionais da vacinação que, aplicando e promovendo o Programa Nacional de Vacinação, contribuem para manter a poliomielite eliminada no nosso País.

A todos os cidadãos que se vacinaram ou contribuíram para que outros, nomeadamente os seus filhos, se vacinassem.

Ficam sem efeito os conteúdos de Circulares, Normas, Orientações, ofícios e informações anteriores que contrariem o disposto nesta Norma e revoga-se:

Circular Normativa nº 08/DSPS, de 04/05/2004

Circular Informativa nº 36/DSPCD, de 28/07/2010

Norma nº 001/2014, de 28/01/2014

ÍNDICE

Siglas e Acrónimos	6
I. Introdução	7
1. A erradicação da poliomielite	7
2. Poliomielite: conceitos e definições	8
2.1. Conceitos clínicos e epidemiológicos	8
2.2. Definição de caso para fins de vigilância epidemiológica	9
2.3. Definição dos níveis de alerta para as ações de Resposta	9
2.4. Outras definições	9
II. Objetivos e estratégias do Programa	12
1. Objetivos	12
2. Estratégias	12
3. Operacionalização	12
4. Avaliação	13
III. Ações de prevenção e deteção precoce da poliomielite	15
1. Vacinação	15
1.1. Vacinação no âmbito do PNV	15
1.2. Vacinação em circunstâncias especiais	15
1.2.1. Vacinação de viajantes	15
1.2.2. Vacinação de profissionais de saúde e de outros profissionais de risco	16
1.2.3. Atividades adicionais de vacinação	16
2. Contenção Laboratorial	17
2.1. Destinatários do Plano de Contenção Laboratorial	17
2.2. Plano Nacional de Contenção Laboratorial	18
3. Vigilância	19
3.1. Objetivos	19
3.2. Vigilância da PFA	20
3.2.1. Vigilância clínica e epidemiológica da PFA	20
3.2.2. Vigilância laboratorial da PFA	21
3.3. Vigilância de Enterovírus	21
4. Avaliação das estratégias de prevenção e deteção precoce da poliomielite	22
4.1. Avaliação da estratégia de vacinação	22

4.2. Avaliação da estratégia de contenção laboratorial	22
4.3. Avaliação da estratégia de vigilância	22
IV. Ações de Resposta à eventual importação do vírus da poliomielite	24
1. Objetivos	24
2. Organização da Resposta	24
3. Operacionalização da Resposta	25
3.1. Nível de alerta 0	27
3.2. Nível de alerta 1	29
3.3. Nível de alerta 2	30
3.4. Nível de alerta 3	31
3.5. Nível de alerta 4	33
3.6. Nível de alerta 5	35
3.7 Relatório final	36
4. Avaliação da estratégia de Resposta à eventual importação do vírus da poliomielite	36

Tabelas

Tabela I	Principais características epidemiológicas da poliomielite	8
Tabela II	Crítérios para a definição de caso de poliomielite para fins de vigilância epidemiológica	9
Tabela III	Classificação de caso de poliomielite para fins de vigilância epidemiológica	9
Tabela IV	Estratégias principais para manter a eliminação da poliomielite em Portugal	12
Tabela V	Estrutura do Programa a nível nacional, regional e local	13
Tabela VI	Número de doses recomendadas de vacina contra a poliomielite (VIP) de acordo com o PNV	15
Tabela VII	Número de doses recomendadas de vacina contra a poliomielite aos profissionais de saúde e outros profissionais e viajantes para países de risco	16
Tabela VIII	Atividades adicionais de vacinação contra a poliomielite (vacina VIP)	17
Tabela IX	Instituições e laboratórios que podem armazenar/manusear produtos biológicos potencialmente infecciosos para o vírus da poliomielite	18
Tabela X	Indicadores e metas nacionais anuais da vacinação contra a poliomielite	22
Tabela XI	Indicadores e metas nacionais anuais da vigilância de rotina da PFA	23
Tabela XII	Indicadores e metas nacionais anuais da vigilância laboratorial da PFA	23

Tabela XIII	Definição dos níveis de alerta para as ações de Resposta	25
Tabela XIV	Ações de Resposta no Nível de alerta 0	27
Tabela XV	Ações de Resposta no Nível de alerta 1	29
Tabela XVI	Ações de Resposta no Nível de alerta 2	30
Tabela XVII	Ações de Resposta no Nível de alerta 3	31
Tabela XVIII	Ações de Resposta no Nível de alerta 4	33
Tabela XIX	Ações de Resposta no Nível de alerta 5	35
Tabela XX	Indicadores e metas nacionais anuais da vigilância de casos possíveis e prováveis de poliomielite	37
Anexos		
ANEXO I	Situação epidemiológica da poliomielite	39
ANEXO II	Poliomielite: principais conceitos clínicos e epidemiológicos	41
ANEXO III	Paralisia flácida aguda: diagnóstico diferencial	43
ANEXO IV	Vacina inativada contra a poliomielite (VIP)	45
ANEXO V	Formulário para importação de produtos potencialmente infecciosos para o vírus da poliomielite	46
ANEXO VI	Vigilância de casos de paralisia flácida aguda (PFA) – Fluxo de informação	47
ANEXO VII	Resumo mensal de todos os casos de PFA ou suspeita de poliomielite por hospital	48
ANEXO VIII	Procedimentos de colheita e envio de amostras de fezes ao INSA	49
ANEXO IX	Avaliação anual das atividades adicionais de vacinação	50
ANEXO X	Contactos dos coordenadores do Programa nas ARS e Regiões Autónomas (RA), DGS, INSA	51

SIGLAS ACRÓNIMOS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CNCEP	Comissão Nacional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite
CE	Comunidade Europeia
CTV	Comissão Técnica de Vacinação
DEV	Divisão de Epidemiologia e Vigilância
DGS	Direção-Geral da Saúde
DSPDPS	Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde
DSR	Delegado de Saúde Regional
DTPa	Vacina contra Difteria-Tétano-Tosse convulsa (pertussis), acelular
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i> (Centro Europeu para a Prevenção e Controlo das Doenças)
ERE	Equipa de Resposta à Emergência
GPEI	<i>Global Polio Eradication Initiative</i> (Iniciativa Global para a Erradicação da Poliomielite)
Hib	Vacina contra a doença invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i> do serotipo b
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i> (Reação em Cadeia da Polimerase)
PFA	Paralisia Flácida Aguda
PNV	Programa Nacional de Vacinação
RA	Regiões Autónomas
RCC	<i>European Regional Certification Commission for Poliomyelitis Eradication</i> (Comissão para a Certificação da Erradicação da Poliomielite da Região Europeia)
UESP	Unidade de Apoio à Autoridade de Saúde Nacional e à Gestão de Emergências em Saúde Pública
ULS	Unidade Local de Saúde
VAP	Vacina atenuada contra a poliomielite, oral
VAPm	Vacina atenuada contra a poliomielite monovalente, oral
VAPb	Vacina atenuada contra a poliomielite bivalente, oral
VAPt	Vacina atenuada contra a poliomielite trivalente, oral
VPDV	Vírus da poliomielite derivado da vacina
VIP	Vacina inativada contra a poliomielite, injetável

I. Introdução

1. A erradicação da poliomielite

A poliomielite, à semelhança do que ocorreu com a varíola em 1980, é uma doença passível de erradicação.

Em 1988, a 41ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a resolução de erradicar a poliomielite do mundo. Com esta finalidade, foi então lançada a *Global Polio Eradication Initiative* (GPEI), com objetivos, estratégias, ações e estrutura organizacional bem definidas¹.

O último Plano Estratégico da GPEI 2013-2018² foi publicado em 2013 e tem como objetivos:

- Detetar e interromper a transmissão de todos os vírus da poliomielite até ao fim de 2014;
- Reforçar os programas de vacinação e cessar a vacinação com a vacina oral do tipo 2, até meados de 2016;
- Conter as reservas laboratoriais do vírus e certificar a interrupção da transmissão (erradicação) até ao fim de 2018;
- Manter o legado da erradicação da poliomielite.

A nível mundial, o número global de casos desceu mais de 99% desde 1988: de 350 000 para 223 em 2012, e desde 1 de março de 2012 a Índia deixou de ser considerada como país endémico. No entanto, à data, existem ainda três países endémicos³ (Afeganistão, Nigéria, Paquistão), países com surtos ativos após importação de casos^{3,4}, bem como países com transmissão ativa do vírus da poliomielite derivado da vacina (VPDV)^{3,5}.

O último caso por vírus selvagem do tipo 2 foi notificado em 1999, considerando-se já erradicado. Além deste, o vírus do tipo 3 foi notificado pela última vez em novembro de 2012.

A erradicação é confirmada gradualmente através da certificação da eliminação da poliomielite, em cada país, região e a nível global, por comissões independentes, e baseia-se nos seguintes critérios:

- Pelo menos 3 anos seguidos sem casos de poliomielite por vírus selvagem;
- Excelente desempenho da vigilância epidemiológica, principalmente da paralisia flácida aguda (PFA);
- Demonstração de capacidade, em cada país, de detetar, notificar e responder a casos importados.

Após as Regiões das Américas e do Pacífico Oeste, a Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi a terceira a obter, em 2002, a Certificação da Eliminação da Poliomielite, seguindo-se, em março de 2014, a Região do Sudeste Asiático.

¹ Website do GPEI: <http://www.polioeradication.org/>

² GPEI. Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013–2018, 2013; disponível em: <http://www.polioeradication.org/ResourceLibrary/Strategyandwork.aspx>

³ Ver definições no Capítulo II.

⁴ Países com casos por vírus selvagem há menos de 12 meses (lista atualizada em: <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek.aspx>) e Mapas em: <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring.aspx>.

⁵ Países com casos por VPDV nos últimos 12 meses (lista atualizada em: <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek/Circulatingvaccinederivedpoliovirus.aspx>).

Em 2002, foi lançado um Plano de Ação Pós-Eliminação pela OMS-Europa que é seguido pelos 53 estados membros, incluindo Portugal e que se baseia em quatro linhas de ação fundamentais:

- Vacinação;
- Vigilância;
- Contenção laboratorial;
- Resposta a eventual importação do vírus.

No anexo I apresenta-se um resumo da evolução da situação epidemiológica da poliomielite no mundo e em Portugal.

O Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite é coordenado pela Direção-Geral da Saúde (DGS). O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), onde se situa o Laboratório Nacional de Referência para a Poliomielite, é o responsável pela vigilância e contenção laboratorial, sendo parceiro da DGS na monitorização e avaliação do Programa.

A presente revisão do Programa tem como propósito adaptá-lo à atual organização dos serviços de saúde em Portugal e às alterações mais recentes introduzidas pela OMS, respondendo ao risco real de importação do vírus no espaço europeu.

Esta revisão reforça a importância da integração da vigilância clínica com a vigilância laboratorial e a sua ligação à ação de saúde pública, que deve ser imediata após a deteção de um caso clínico.

2. Poliomielite: conceitos e definições

2.1. Conceitos clínicos e epidemiológicos

No anexo II apresenta-se uma descrição dos conceitos clínicos e epidemiológicos da poliomielite e na tabela I resumem-se as principais características epidemiológicas.

Tabela I – Principais características epidemiológicas da poliomielite

Transmissão	Período de incubação	Período de transmissão/contágio
Pessoa-a-pessoa (fecal-oral) Via aérea (gotículas) Contacto direto com secreções faríngeas de pessoas infetadas	Poliomielite sem paralisia: 3 a 6 dias Poliomielite com paralisia: geralmente 7 a 21 dias até ao início da paralisia, variando entre 3 e 35 dias	Não está bem definido, no entanto, é mais provável desde imediatamente antes do início dos sintomas até 1 a 2 semanas depois do início da paralisia A transmissão é possível durante todo o período de excreção do vírus: 2 semanas nas secreções faríngeas e 3 a 6 semanas nas fezes Pode ser mais prolongado nos doentes imunocomprometidos

2.2. Definição de caso⁶ para fins de vigilância epidemiológica

Tabela II – Critérios para a definição de caso de poliomielite para fins de vigilância epidemiológica

Critérios clínicos	Critérios laboratoriais	Critérios epidemiológicos
Paralisia flácida de início agudo (PFA) ^(a) com os seguintes critérios: <ul style="list-style-type: none"> - <15 anos de idade - Não causada por traumatismo - Sem outra identificação etiológica OU Suspeita clínica de poliomielite, em qualquer idade	A. Isolamento do vírus ou deteção por técnica de biologia molecular OU B. Um dos seguintes critérios: <ul style="list-style-type: none"> - Isolamento e identificação, por diferenciação intratípica, de vírus da poliomielite selvagem^(b) - Isolamento e identificação, por diferenciação intratípica, de vírus da poliomielite derivado da vacina (VPDV)^(b) - Isolamento e identificação, por diferenciação intratípica, de vírus da poliomielite vacinal^(b) 	Pelo menos um dos seguintes critérios, dentro do período de incubação: <ul style="list-style-type: none"> - Pessoa com <3 doses de vacina contra a poliomielite ou sem registo vacinal - História de viagem ou proveniência de um país de risco para a poliomielite^{4,5} - Ligação epidemiológica (contacto próximo) a um caso confirmado - Pessoa inserida numa comunidade originária de um país de risco^{4,5}

(a) Inclui óbitos.

(b) Diferenças na sequência nucleótida que codifica a proteína VP1 relativamente ao vírus vacinal: se >15%, considerado vírus selvagem; entre 1 e 15%, considerado VPDV; se <1%, considerado vírus vacinal.

Tabela III – Classificação de caso de poliomielite para fins de vigilância epidemiológica

Caso possível	Caso provável ^(a)	Caso confirmado
Critérios clínicos	Critérios clínicos E Critérios epidemiológicos	Critérios laboratoriais A OU B

(a) *Hot case*, segundo a definição da OMS

2.3. Definição dos níveis de alerta para as ações de Resposta

Os níveis de alerta, de 0 a 5, e respetivos critérios, constam da tabela XIII do capítulo IV.

2.4. Outras definições

Amostras inadequadas de fezes:

- Colhidas mais de 14 dias após o início da paralisia (ou da suspeita clínica de poliomielite, sem paralisia)
- Com mais de 72 horas de demora no transporte até ao laboratório de referência
- Que chegaram em mau estado ao laboratório de referência.

⁶ Adaptado da Declaração de retificação n.º 609-A/2014, de 1 de junho, publicada no Diário da República, 2.ª Série, parte C, n.º 113, de 16 de junho de 2014, que retifica o despacho n.º 5681-A/2014, de 21 de abril, publicado no Diário da República, 2.ª série, parte C, n.º 82, de 29 de abril de 2014.

Bolsas de população suscetível: Agregados populacionais com uma proporção de pessoas corretamente vacinadas para a idade que possam não garantir imunidade de grupo, representando por isso um risco de disseminação após eventual importação do vírus.

Contactos próximos: Pessoas que possam ter sido expostas a fezes ou secreções faríngeas do doente (coabitantes, amigos íntimos, pessoal discente, docente e não docente em estabelecimentos de educação e ensino, cuidadores, profissionais de saúde, doentes que partilharam o mesmo espaço em internamento hospitalar ou outros).

Contenção laboratorial (ou confinamento): Diferentes meios de segurança biológica usados na manipulação e manutenção de microrganismos potencialmente infecciosos que visam a proteção dos trabalhadores, instalações de laboratório, ambiente e comunidade. De acordo com a classificação atual do vírus da poliomielite, as práticas laboratoriais devem obedecer pelo menos às normas de segurança biológica para os agentes do Grupo 2.

Caso importado: Caso que foi exposto ao vírus da poliomielite fora do País, ou seja, que esteve no estrangeiro nos 3 a 6 dias antes do aparecimento dos primeiros sintomas ou nos 3 a 35 dias antes do início da paralisia.

Diferenciação intratípica: Método laboratorial através do qual os vírus da poliomielite isolados são diferenciados em: vírus tipo Sabin (vacinal) ou vírus selvagem (não vacinal). É realizado apenas em laboratórios acreditados pela OMS. Em Portugal, efetua-se no laboratório de referência para a poliomielite (INSA).

Eliminação: A eliminação da doença só pode ser declarada pela OMS após a ausência, por um período de pelo menos 36 meses, de casos endémicos no País ou nessa área geográfica.

Erradicação: Interrupção da transmissão do vírus a nível mundial na presença de um bom sistema de vigilância epidemiológica.

Países com surtos ativos: Países com transmissão ativa nos últimos 12 meses.

Países com transmissão restabelecida: Países em que a doença já esteve eliminada e existe transmissão ativa e persistente há mais de 12 meses.

Países endémicos: Países em que a circulação do vírus não foi interrompida.

Paralisia flácida aguda (PFA): Síndrome caracterizada por início súbito de fraqueza muscular, incluindo, com menor frequência, a fraqueza dos músculos respiratórios e da deglutição, progredindo para a gravidade máxima em dias ou semanas. O termo “flácida” significa a ausência de espasticidade ou outros sinais de lesão do sistema nervoso central, tais como hiperreflexia, clónus ou resposta plantar em extensão (sinal de Babinski). A PFA é uma síndrome com um largo espectro de potenciais etiologias. Os diagnósticos que mais frequentemente cursam com PFA são a poliomielite, a síndrome de Guillian-Barré, a neurite traumática e a mielite transversa. O seu diagnóstico diferencial consta do anexo III.

Produtos biológicos potencialmente infecciosos: Amostras de fezes, de secreções respiratórias, de esgotos ou de águas não tratadas, colhidas em qualquer altura ou com qualquer propósito (clínico ou ambiental) em zonas de risco para a poliomielite [vírus selvagem ou vírus derivado da vacina (VPDV)] ou onde exista a possibilidade, mesmo que remota, de o vírus da poliomielite estar presente (por exemplo em pessoas ou comunidades originárias ou com relações estreitas com países de risco para a poliomielite^{4,5}). Estão também incluídos os produtos laboratoriais destas amostras, tais como:

- Produtos ou materiais de células ou de animais suscetíveis à replicação dos vírus da poliomielite;

- Vírus semelhantes a Enterovírus (*Enterovirus-like*) isolados em linhas celulares, mas não identificados;
- Reservas de vírus respiratórios ou entéricos manipulados em condições nas quais seja possível a replicação do vírus da poliomielite.

Vírus da poliomielite derivado da vacina (VPDV): Vírus da poliomielite que resulta de mutações a partir de vírus vacinal (estirpe Sabin). Apresenta 1 a 15% de diferença do vírus vacinal na região genómica que codifica a proteína VP1 da cápside viral. Estes podem readquirir características do vírus selvagem.

Vírus selvagem da poliomielite: Considera-se vírus selvagem se a diferença genómica (VP1) em relação ao vírus vacinal for >15%.

Vírus vacinal da poliomielite: Considera-se vírus vacinal se a diferença genómica (VP1) em relação ao vírus vacinal for <1%.

Zonas ou países de risco para a poliomielite: Países com casos/transmissão ativa de vírus selvagem ou vírus derivado da vacina (VPDV) registados nos últimos 12 meses^{4,5}.

II. Objetivos e estratégias do Programa

1. Objetivos

Os objetivos gerais do Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite - Plano de Ação Pós-Eliminação são:

- Manter a ausência de circulação do vírus da poliomielite em Portugal;
- Manter o estatuto nacional de eliminação da poliomielite (*Polio-free country*), segundo os critérios internacionais.

2. Estratégias

Tabela IV - Estratégias principais para manter a eliminação da poliomielite em Portugal

Vacinação	Vigilância	Contenção laboratorial	Resposta à eventual importação do vírus da poliomielite
Utilização exclusiva da vacina inativada contra a poliomielite Vacinação de rotina no âmbito do PNV Vacinação em circunstâncias especiais: <ul style="list-style-type: none"> - Viajantes - Profissionais de saúde e outros profissionais de risco - Bolsas de população suscetível - Instituições coletivas - Grupos de imigrantes de países de risco - Resposta a casos importados 	Vigilância clínica e epidemiológica da PFA em <15 anos de idade, incluindo suspeitas clínicas de poliomielite em qualquer idade, baseada numa rede de responsáveis hospitalares Vigilância laboratorial de Enterovírus, coordenada pelo INSA, abrangendo: <ul style="list-style-type: none"> - Casos de PFA em <15 anos de idade - Suspeitas clínicas de poliomielite em qualquer idade - Casos de meningite asséptica, com suspeita de Enterovírus 	O INSA (Lisboa) é o único laboratório certificado para: <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa do vírus - Identificação do vírus - Identificação dos laboratórios que manuseiam produtos biológicos potencialmente infecciosos 	Coordenada e executada a nível nacional pela DGS e a nível regional pelas ARS e Serviços homólogos das RA dos Açores e da Madeira Reforço das medidas de vacinação, de vigilância e de contenção laboratorial de acordo com os níveis de alerta Atividades adicionais de vacinação no âmbito da resposta à importação do vírus

3. Operacionalização

A operacionalização do Programa implica uma cadeia de atuação desde o nível local do sistema de saúde (hospitais públicos e privados, cuidados de saúde primários, ambulatório privado) até à DGS.

A coordenação do Programa é feita a nível nacional, regional e local pelos responsáveis/unidades/instituições indicados na tabela V.

Tabela V – Estrutura do Programa a nível nacional, regional e local⁷

Função	Pessoas designadas/Instituição
Coordenador Nacional	Especialistas nomeados pelo Diretor-Geral da Saúde DGS/Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS)
Responsável Nacional pela Vacinação	
Responsável Nacional pela Vigilância da PFA	
Responsável Nacional pela Componente Laboratorial	DGS/Divisão de Epidemiologia e Vigilância (DEV) Especialista designado pelo INSA e nomeado pelo Diretor-Geral da Saúde INSA/Laboratório Nacional de Referência de Doenças Evitáveis pela Vacinação
Coordenadores Regionais	Delegados de Saúde Regionais e seus homólogos nas Regiões Autónomas (RA), por inerência Administrações Regionais de Saúde (ARS) - Departamento de Saúde Pública e seus homólogos nas RA
Responsáveis Regionais pela Vacinação	Especialistas nomeados pelas ARS ou RA ARS - Departamento de Saúde Pública e seus homólogos nas RA
Responsáveis Regionais pela Vigilância da PFA	Especialistas nomeados pelas ARS ou RA ARS - Departamento de Saúde Pública e seus homólogos nas RA
Coordenadores Locais	Delegados de Saúde, por inerência Unidades Locais de Saúde (ULS)/Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)/ - Unidade de Saúde Pública
Responsáveis Hospitalares pela Vigilância da PFA	Especialistas nomeados pelas ARS ou RA Hospitais com capacidade de internamento de casos de PFA em <15 anos de idade
Médico que faz o diagnóstico	Todos os médicos do sistema de saúde

4. Avaliação

O Programa está inserido no Programa Europeu de Erradicação da Poliomielite (gerido pela OMS-Europa) que, por sua vez, é acompanhado e avaliado anualmente por uma comissão externa de peritos independentes, a *European Regional Certification Commission for Poliomyelitis Eradication* (RCC).

A avaliação externa do Programa Nacional da Erradicação da Poliomielite – Plano de Ação Pós-Eliminação compete à Comissão Nacional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite (CNCEP)⁸, constituída por peritos independentes da estrutura do Programa, nomeados por despacho do Diretor-Geral da Saúde, e à RCC, nos termos instituídos pela OMS-Europa.

⁷ As nomeações constantes desta Estrutura foram especificamente efetuadas no âmbito do Programa, à exceção dos Responsáveis Regionais pela Vacinação.

⁸ A composição e competências da CNCEP foram redefinidas pelo Despacho n.º 8332/2014, de 18 de junho, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 121, de 26 de junho de 2014, e os seus membros nomeados pelo Despacho n.º 11073/2014, de 19 de agosto, do Diretor-Geral da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 167, de 1 de setembro de 2014.

A CNCEP, no âmbito da referida avaliação e de acordo com as recomendações anuais da RCC⁹, revê, aprova e finaliza o relatório anual do Programa e emite anualmente o seu parecer, que faz parte integrante daquele relatório.

A avaliação interna do Programa é da responsabilidade da DGS e do INSA, sendo realizada de acordo com os requisitos do Programa Europeu de Erradicação da Poliomielite e com as recomendações dos avaliadores externos.

O relatório anual do Programa (*Annual polio report for the European Regional Certification Commission*) é enviado pela Autoridade de Saúde Nacional à OMS-Europa.

Este relatório anual contém dados relativos às principais componentes do Programa:

- Vacinação;
- Vigilância (PFA e outras);
- Contenção laboratorial;
- Ações de resposta à eventual importação do vírus.

Os indicadores utilizados para a avaliação de cada uma das estratégias encontram-se explicitados nos capítulos seguintes.

⁹ Informação disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/poliomyelitis/activities/polio-certification-activities/european-regional-commission-for-the-certification-of-poliomyelitis-eradication>

III. Ações de prevenção e deteção precoce da poliomielite

1. Vacinação

No âmbito do Plano de Ação Pós-Eliminação da Poliomielite, o objetivo da vacinação é diminuir o número de indivíduos e de bolsas de população suscetível, de modo a impedir a circulação do vírus na eventualidade da sua introdução em Portugal.

Em Portugal, desde 2006, é utilizada exclusivamente a vacina VIP, que é injetável e inativada (anexo IV). As orientações técnicas para a vacinação com a VIP estão disponíveis no [PNV 2012](#).

1.1. Vacinação no âmbito do PNV

A vacinação no âmbito do PNV é universal, gratuita, acessível a todas as pessoas presentes em Portugal e não necessita de prescrição médica.

De acordo com o [PNV 2012](#), é necessário garantir a vacinação das crianças e adolescentes. As vacinas devem ser administradas na idade recomendada (tabela VI) havendo, no entanto, esquemas cronológicos de recurso para as situações de atraso vacinal.

Tabela VI - Número de doses recomendadas de vacina contra a poliomielite (VIP) de acordo com o PNV

População-alvo/idade	Nº doses de VIP recomendadas e esquema
<18 anos (PNV 2012)	4 doses ^(a) Aos 2, 4, 6 meses e 5-6 anos de idade Convocar ativamente as crianças e jovens com o esquema em atraso - "esquemas de recurso" ^(b)

(a) Vacina VIP combinada com outras vacinas do PNV.

(b) Para os esquemas de recurso, consultar a Norma [PNV 2012](#)

1.2. Vacinação em circunstâncias especiais

A vacinação em circunstâncias especiais apenas será efetuada por indicação expressa da DGS, do Delegado de Saúde ou por prescrição do médico assistente.

1.2.1. Vacinação de viajantes

Tem como objetivo a proteção dos viajantes que se dirigem a países/regiões endémicos ou onde ocorrem surtos ou epidemias de poliomielite^{4,5}, reduzindo a possibilidade de importação do vírus.

Na vacinação de viajantes devem ser respeitadas as condições expressas na tabela VII.

1.2.2. Vacinação de profissionais de saúde e de outros profissionais de risco

Recomenda-se a vacinação de:

- Trabalhadores de laboratório que manuseiem produtos biológicos potencialmente infecciosos com o vírus da poliomielite;
- Profissionais que prestam cuidados a pessoas potencialmente excretoras do vírus pelas fezes e pela saliva, nomeadamente as provenientes de países de risco^{4,5,10};
- Outros profissionais de risco, nomeadamente trabalhadores em contacto com águas residuais (esgotos).

A estes profissionais aplicam-se as recomendações da tabela VII, nos ≥ 18 anos de idade.

Tabela VII – Número de doses recomendadas de vacina contra a poliomielite aos profissionais de saúde e outros profissionais e viajantes para países de risco^{4,5}.

Vacinação de acordo com a idade e o estado vacinal

Idade	Estado vacinal	N.º de doses de VIP recomendadas	Intervalo mínimo entre as doses
≥ 6 semanas e < 7 anos (PNV)	Não vacinado ou incompletamente vacinado	Fazer ou completar o esquema de 4 doses ^(a)	4 semanas entre as primeiras doses e 6 meses entre a penúltima e a última doses, independentemente do número de doses
≥ 7 e < 18 anos (PNV)		Fazer ou completar o esquema de 3 doses ^(a,b)	
≥ 18 anos (independente - mente do ano de nascimento)	< 3 doses	Fazer ou completar o esquema de 3 doses Esquema recomendado: 0, 1, 7-13 meses Esquema acelerado: 0, 1, 2 meses ^(c)	
	Com esquema vacinal completo para a idade	1 dose (reforço único, válido para toda a vida)	

(a) A última dose deve de ser administrada ≥ 4 anos de idade, independentemente do número de doses anteriores.

(b) Se tiver um esquema misto com a vacina atenuada contra a poliomielite e a VIP são necessárias 4 doses.

(c) Recomenda-se, nestes casos, um reforço pelo menos 6 a 12 meses depois da 3ª dose, para completar o esquema.

1.2.3. Atividades adicionais de vacinação

As atividades descritas na tabela VIII são realizadas a nível local, em articulação com o nível regional que, quando aplicável, se articula com o nível nacional.

¹⁰ Apenas 1% dos infetados pelo vírus da poliomielite são sintomáticos.

Tabela VIII - Atividades adicionais de vacinação contra a poliomielite (vacina VIP)

Situação epidemiológica	Atividade	Recomendações de vacinação
Bolsas de população suscetível	Identificar agregados populacionais com coberturas vacinais que possam não garantir a imunidade de grupo, originários e/ou com relações estreitas com países de risco para a poliomielite ^{4,5} e grupos de minorias religiosas, filosóficas, étnicas ou outros (famílias, comunidades, bairros de imigrantes, instituições de refugiados ou outros)	1) Vacinar de acordo com o estado vacinal e a idade (tabela VI e VII) 2) Pode ser decidido, por razões sociais e/ou epidemiológicas, adiantar ou acelerar esquemas vacinais (antecipar a 1ª dose e/ou utilizar os intervalos mínimos para a VIP) seguindo as recomendações de vacinação de viajantes (tabela VII)
Instituições coletivas	Identificar pessoas não vacinadas ou incorretamente vacinadas, residentes em instituições coletivas (ex: IPSS, prisões, quartéis de forças militares ou militarizadas ^(a)), e respetivos profissionais	
Resposta a casos importados	Em situações de resposta a casos importados (capítulo IV) pode justificar-se, de acordo com a avaliação do risco, a vacinação de comunidades, instituições coletivas ou outros	
Grupos de imigrantes, refugiados, asilados ou outros que cheguem de países de risco para a poliomielite ^{4,5}	Estabelecer contactos com as entidades envolvidas nestes processos, de modo a receber informação sobre os locais de estadia destes grupos de pessoas e contactá-las o mais cedo possível após a chegada a Portugal	3) Além das recomendações 1) e 2), deve ser administrada, logo após a chegada a Portugal, uma dose suplementar de vacina VIP, aos que não possuírem prova de vacinação com VAP ou VIP nos últimos 12 meses

(a) Em colaboração com as respetivas autoridades

2. Contenção laboratorial

Em Portugal, o Laboratório Nacional de Referência de Doenças Evitáveis pela Vacinação, no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, Lisboa), é o único laboratório que está autorizado a armazenar o vírus da poliomielite, bem como a fazer a sua pesquisa, identificação e caracterização e está certificado pela OMS como Laboratório Nacional de Referência para a Poliomielite.

Como laboratório de referência, o INSA coordena o Plano Nacional de Contenção Laboratorial do Vírus da Poliomielite, promovendo a elaboração, difusão e utilização das normas sobre os procedimentos mínimos necessários para a contenção laboratorial.

2.1. Destinatários do Plano Nacional de Contenção Laboratorial

- a. INSA;
- b. Laboratórios que armazenam/manuseiam produtos biológicos potencialmente infecciosos para o vírus da poliomielite (definição no ponto 2 do capítulo I) (tabela IX).

Tabela IX – Instituições e laboratórios que podem armazenar/manusear produtos biológicos potencialmente infecciosos para o vírus da poliomielite

Instituições	Laboratórios
Hospitais Clínicas médicas/análises clínicas Universidades Investigação biomédica Ambientais (águas e esgotos) Militares (saúde/investigação) Saúde pública Outros	Virologia, Bacteriologia, Gastrenterologia, Parasitologia, Patologia clínica, Ambientais, Biologia molecular, Genética, outros

2.2. Plano Nacional de Contenção Laboratorial

- Todos os produtos biológicos provenientes de casos possíveis ou prováveis de infeção pelo vírus da poliomielite e seus contactos, no âmbito das atividades de vigilância da PFA (capítulo IV), são enviados (segundo as regras de segurança para envio de produtos de elevado risco biológico¹¹), exclusivamente para o INSA, para estudo virológico.
- Qualquer laboratório que pretenda importar, por qualquer razão, amostras potencialmente infecciosas para a poliomielite deve requerer a autorização prévia da Autoridade de Saúde Nacional (Diretor-Geral da Saúde), através do formulário do anexo V, sendo o INSA informado e consultado acerca desse pedido.
- Os laboratórios autorizados a importar amostras potencialmente infecciosas para a poliomielite devem destruir as mesmas após finalizados os procedimentos a que se destinam.
- O armazenamento dos produtos potencialmente infecciosos para a poliomielite, após os estudos a que se destinam, requer uma justificação clínica ou científica, devidamente autorizada pela Autoridade de Saúde Nacional, sendo o INSA informado e consultado acerca desse pedido. A DGS partilha com o INSA a base de dados de todas as instituições que requereram e obtiveram a referida autorização.
- As eventuais situações de deteção/importação inadvertida (confirmada ou suspeita) do vírus devem ser comunicadas imediatamente à Autoridade de Saúde Nacional e ao INSA.
- O INSA, com a coordenação da DGS, promove o levantamento de todos os laboratórios nacionais que manuseiam produtos biológicos potencialmente infecciosos.
- Os laboratórios destinatários do Plano de contenção devem cumprir as regras de boas práticas laboratoriais¹², as normas internacionais de segurança biológica de nível 2 (BSL-2)^{13,14},

¹¹ Guidance on regulations for the transport of infectious substances 2013 – 2014. (WHO/HSE/GCR/2012.12), disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78075/1/WHO_HSE_GCR_2012.12_eng.pdf.

¹² Despacho nº 8835/2001, de 28 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 98, de 27 de abril. Aprova o Manual de Boas Práticas Laboratoriais.

¹³ Biosafety in Microbiological and Biomedical Laboratories; HHS Publication No. (CDC) 21-1112 December 2009 <http://www.cdc.gov/biosafety/publications/bmbl5/bmbl.pdf>.

¹⁴ Laboratory Biosafety Manual. Third edition. World Health Organization. Geneva 2004 (WHO/CDS/CSR/LYO/2004.11).

reforçadas especificamente para o vírus da poliomielite (BSL-2/poliomielite)¹⁵ e as normas nacionais^{16,17,18,19}. Destas, salientam-se os requisitos específicos para o vírus da poliomielite:

- i. Todo o pessoal que trabalha ou entra no laboratório deve estar vacinado contra a poliomielite (ponto 1 do capítulo III);
- ii. A utilização de vírus selvagem da poliomielite deve ser substituída pela utilização de vírus vacinais atenuados, antigénios inativados ou Enterovírus não-poliomielite sempre que o seu uso possa corresponder aos requisitos das metodologias laboratoriais;
- iii. As eventuais reservas de vírus da poliomielite selvagem e de produtos biológicos potencialmente infecciosos para a poliomielite devem ser mantidas em zonas laboratoriais separadas e de acesso condicionado e limitado;
- iv. Devem ser utilizadas apenas estirpes de referência do vírus da poliomielite, identificáveis por métodos de biologia molecular;
- v. O INSA deve preparar os procedimentos de segurança biológica (BSL-3/poliomielite) para a fase seguinte do Programa Global de Erradicação da Poliomielite (fase de certificação da ausência de poliomielite endémica no mundo).

3. Vigilância²⁰

3.1. Objetivos

Para uma adequada avaliação do risco e para a prevenção e controlo eficazes da transmissão do vírus da poliomielite, em caso de introdução no País, Portugal optou por uma estratégia de Vigilância da Paralisia Flácida Aguda (PFA) complementada pela vigilância de Enterovírus.

Na vigilância da PFA é necessário:

- a. Identificar, comunicar e investigar clinicamente casos possíveis ou prováveis de poliomielite (PFA em pessoas <15 anos de idade e casos com suspeita clínica de poliomielite em qualquer idade);
- b. Fazer a investigação epidemiológica com identificação de:
 - i. Fatores de risco do “doente” para a poliomielite;
 - ii. Contactos do(s) doente(s) em período de contágio;
 - iii. Possível cadeia de transmissão;
 - iv. Possível fonte de infeção;
- c. Infirmar/confirmar laboratorialmente todos os casos detetados.

¹⁵ WHO global action plan for laboratory containment of wild polioviruses, 2nd edition. 2004. Geneva p 1-37.

¹⁶ Risco dos agentes biológicos: manual de prevenção. João Paulo Sousa et al. Lisboa: Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho (IDICT), 1999; Segurança e Saúde no Trabalho. Informação Técnica nº 10.

¹⁷ Decreto-Lei nº 84/97, de 16 de abril, publicado no Diário da República, I série-A, nº 89. Estabelece prescrições mínimas de proteção da segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos da exposição a agentes biológicos durante o trabalho.

¹⁸ Portaria nº 405/98, de 11 de julho, publicada no Diário da República, I série B, nº 158. Aprova a classificação dos agentes biológicos.

¹⁹ Portaria nº 1036/98, de 15 de dezembro, publicada no Diário da República, I série B, nº 288. Altera a lista dos agentes biológicos classificados para efeitos de prevenção de riscos profissionais aprovada pela Portaria nº 405/98, de 11 de julho.

²⁰ Neste capítulo, o nome “Delegado de Saúde Regional (DSR)” aplica-se também aos seus homólogos das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

3.2. Vigilância da PFA

Devido às especificidades da vigilância da PFA, está estabelecida em todo o País uma estrutura que funciona em rede, composta pelos parceiros referidos na tabela V do capítulo II, com destaque para a base da vigilância que são os Responsáveis Hospitalares.

A vigilância da PFA é composta por três componentes: clínica, epidemiológica e laboratorial.

3.2.1. Vigilância clínica e epidemiológica da PFA

A vigilância clínica e epidemiológica da PFA compreende atividades de rotina e atividades de notificação e investigação de casos possíveis ou prováveis.

Os procedimentos decorrentes da deteção de casos possíveis e prováveis estão descritos no ponto 3.1 e 3.2 do capítulo IV, respetivamente, uma vez que implicam procedimentos de Resposta (*risk management*). Esta Resposta implica o desenvolvimento de uma ação em cadeia, esquematizada no anexo VI.

- a. Os Responsáveis Hospitalares pela Vigilância da PFA devem:
 - i. Incentivar a deteção e notificação de casos através do sistema SINAVE e a sua comunicação interna (ponto 3.1. do capítulo IV);
 - ii. Comunicar com os Responsáveis Regionais pela Vigilância da PFA sempre que necessário;
 - iii. Proceder, na 1ª semana de cada mês, à revisão dos ficheiros do mês anterior, procurando casos de PFA em pessoas com idade <15 anos de idade ou casos de suspeita clínica de poliomielite em qualquer idade ainda não notificados (mesmo que já falecidos), preenchendo o modelo constante do anexo VII, incluindo “zero casos”;
 - iv. Se na revisão dos ficheiros for detetado um novo caso, deve ser preenchido o formulário de notificação de caso de Paralisia Flácida Aguda ou de Poliomielite Aguda *online* no sistema [SINAVE](https://sinave.min-saude.pt/sivdot/login.aspx), através do link <https://sinave.min-saude.pt/sivdot/login.aspx> ou pressionando o botão SINAVE nas aplicações clínicas que já dispõem desta funcionalidade²¹, dando seguimento ao processo referido no ponto 3.1. do capítulo IV, no que ainda for possível e relevante;
 - v. Remeter, na 1ª semana de cada mês, ao Responsável Regional pela Vigilância da PFA, o modelo constante do anexo VII atualizado, por e-mail ou fax, incluindo a notificação de “zero” casos.
- b. Os Coordenadores Locais do Programa/Delegados de Saúde devem:
 - i. Promover a investigação epidemiológica dos casos possíveis e prováveis no seu ACES;
 - ii. Validar no sistema SINAVE a informação recebida dos Responsáveis Hospitalares pela Vigilância da PFA;
 - iii. Comunicar com o Coordenador Regional do Programa/Delegado de Saúde Regional ou o Responsável Regional pela Vigilância da PFA, sempre que necessário.
- c. Os Responsáveis Regionais pela Vigilância da PFA e o Coordenador Regional do Programa/Delegado de Saúde Regional devem:

²¹ Por exemplo SAM/SClínico (hospitalar e dos cuidados de saúde primários).

- i. Promover a deteção, notificação e investigação clínica de casos nos hospitais da sua região;
 - ii. Promover a investigação epidemiológica de casos nos ACES da sua região;
 - iii. Validar e enviar ao Responsável Nacional pela Vigilância da PFA a informação recebida dos Coordenadores Locais do Programa/Delegados de Saúde (casos) e dos Responsáveis Hospitalares (resumos mensais);
 - iv. Enviar, até à 2ª semana de cada mês, ao Responsável Nacional pela Vigilância da PFA (pfa@dgs.pt), o modelo constante do anexo VII, atualizado com o número de casos diagnosticados no mês anterior, nos hospitais da sua região, incluindo “zero casos”. Esta periodicidade decorre de exigências da OMS e o seu não cumprimento pode resultar em penalização para o País;
 - v. Comunicar com o Responsável Nacional pela Vigilância da PFA sempre que necessário.
- d. O Responsável Nacional pela Vigilância da PFA deve:
- i. Coordenar o sistema de vigilância, em articulação com o Coordenador Nacional do Programa, com os Responsáveis Regionais, com o INSA e com a OMS;
 - ii. Centralizar a informação, com criação/gestão da base de dados nacional, respeitando os critérios da OMS;
 - iii. Estimular proativamente o envio atempado dos resumos mensais atualizados (anexo VII);
 - iv. Comunicar à OMS, através do sistema CISID²² ou, em alternativa, por e-mail, pelo menos semanalmente, até 4ª feira, a informação nacional recebida na semana anterior (2ª feira a domingo), incluindo “zero casos”;
 - v. Dar conhecimento dos dados da vigilância da PFA, mensalmente, ao Coordenador Nacional do Programa, exceto quando forem notificados novos casos, a comunicar de imediato.

3.2.2. Vigilância laboratorial da PFA

A vigilância laboratorial da poliomielite é coordenada pelo INSA.

Por ser uma doença alvo de um programa de erradicação, é obrigatória a confirmação/infirmção dos casos possíveis e prováveis de poliomielite no Laboratório Nacional de Referência (instruções no anexo VIII). A deteção e o isolamento viral são determinantes para a diferenciação intratípica do vírus, que permite identificar o tipo do vírus (1, 2 ou 3) e a sua origem (vacinal, selvagem, derivado da vacina). Por estas razões, no INSA, o diagnóstico laboratorial de Enterovírus em fezes é gratuito.

3.3. Vigilância de Enterovírus

A vigilância da PFA é complementada pela vigilância de meningites asséticas com suspeita de Enterovírus:

- a. Todos os hospitais que diagnostiquem casos de meningite assética em <15 anos de idade, com suspeita de infeção por Enterovírus devem enviar ao INSA uma amostra de fezes por cada

²² CISID – WHO Centralised Information System on Infectious Diseases (<http://data.euro.who.int/CISID/>)

caso (instruções no anexo VIII), para isolamento e identificação de Enterovírus (procedimentos gratuitos);

- b. Os hospitais devem contactar o INSA para operacionalizar a vigilância de Enterovírus.

Em situações de surto por Enterovírus, deve ser contactado o INSA que efetua gratuitamente a investigação laboratorial, de forma a descartar (ou não) a hipótese de poliomielite.

4. Avaliação das estratégias de prevenção e deteção precoce da poliomielite

4.1. Avaliação da estratégia de vacinação

Na tabela X apresentam-se indicadores e metas nacionais para avaliação anual da estratégia de vacinação contra a poliomielite.

Estas metas devem ser alcançadas a nível local, regional e nacional.

As atividades adicionais de vacinação serão descritas resumidamente por cada região de saúde, anualmente, através do modelo constante no anexo IX²³.

Tabela X – Indicadores e metas nacionais anuais da vacinação contra a poliomielite

Idade	Indicadores	Metas
<18 anos de idade (PNV)	Cobertura vacinal, de acordo com o esquema PNV recomendado e PNV cumprido, nas coortes com 1 e 7 anos de idade	≥95% (níveis local, regional e nacional)
	Cobertura vacinal, de acordo com o esquema PNV cumprido, na coorte com 14 anos de idade	

4.2. Avaliação da estratégia de contenção laboratorial

Anualmente, a RCC avalia as atividades de contenção laboratorial do Laboratório Nacional de Referência (INSA), através dos seguintes indicadores:

- a. Identificação dos laboratórios que possuem/manuseiam vírus selvagem;
- b. Identificação dos laboratórios que possuem produtos biológicos potencialmente infecciosos.

4.3. Avaliação da estratégia de vigilância

Na tabela XI apresentam-se indicadores e metas nacionais para avaliação anual da vigilância de rotina da PFA, baseados nos requisitos do Programa Europeu de Erradicação da Poliomielite (OMS).

²³ Semelhante ao aplicado no Programa Nacional de Eliminação do Sarampo (Norma nº 006/2013, de 02/04/2013) - dado que estas atividades devem ser comuns aos dois Programas, apenas deve ser enviado um modelo, com das duas vacinas.

Tabela XI – Indicadores e metas nacionais anuais da vigilância de rotina da PFA

Indicadores	Metas
Percentagem de resumos mensais regionais recebidos nas 2 primeiras semanas de cada mês	≥ 80% do esperado ^(a)
Percentagem de relatórios semanais enviados pela DGS à OMS	≥ 80% do esperado ^(b)
Percentagem de relatórios semanais enviados pela DGS à OMS atempadamente (até 4ª feira)	≥ 80% do esperado ^(b)

(a) São esperados um total de 84 resumos mensais (12 meses x 7 regiões).

(b) São esperados 52 relatórios semanais.

Estes indicadores são complementados com os que constam da tabela XX do capítulo IV, que se aplicam às atividades relativas à vigilância de casos possíveis e prováveis.

Do relatório anual solicitado pela *European Regional Certification Commission for Poliomyelitis Eradication* (RCC) constam os indicadores para avaliação das atividades da vigilância laboratorial do Laboratório Nacional de Referência (INSA), apresentados na tabela XII.

Tabela XII – Indicadores e metas nacionais anuais da vigilância laboratorial da PFA

Indicadores	Metas
Resultados adequados no mais recente teste de proficiência da OMS relativo ao isolamento e identificação do vírus da poliomielite	≥85%
Total de amostras testadas para Enterovírus	≥150 amostras
Número de amostras positivas para Enterovírus, não poliomielite, com identificação do vírus	_____
Número de amostras positivas para Enterovírus, não poliomielite, sem identificação do vírus	_____
Número de amostras positivas para o vírus da poliomielite	0

IV - Ações de Resposta à eventual importação do vírus da poliomielite

1. Objetivos

Evitar ou interromper, rapidamente, a transmissão do vírus da poliomielite selvagem ou derivado da vacina, perante a sua identificação em Portugal, assegurando respostas adequadas e a implementação de medidas de controlo eficazes.

2. Organização da Resposta

A resposta à importação do vírus da poliomielite está organizada em 5 níveis de alerta (tabela XIII), de acordo com a avaliação do risco, que tem em conta:

- Os resultados laboratoriais (deteção do vírus e diferenciação intratípica);
- A origem da infeção (importado, não importado ou de origem desconhecida);

Em qualquer dos níveis de alerta (0 a 5) são utilizados os circuitos de comunicação da Rede de Vigilância da PFA (ponto 3.2 do capítulo III), facilitando as trocas de informação entre os níveis local, regional e nacional (contactos no anexo X).

Apesar da vigilância se basear, fundamentalmente, na identificação de casos de PFA em pessoas com menos de 15 anos de idade ou com suspeita clínica de poliomielite em qualquer idade, a Resposta desencadeada após identificação de um caso possível, provável ou confirmado, incluindo portadores assintomáticos, pode ser ativada através de várias fontes:

- Rede de vigilância da PFA;
- Vigilância de Enterovírus;
- Alerta proveniente de outro serviço de saúde;
- Alerta proveniente de outras fontes de informação (linha Saúde 24 ou Unidade de Apoio à Autoridade de Saúde Nacional e à Gestão de Emergências em Saúde Pública – UESP, na DGS ou outros);
- Alerta proveniente da monitorização de águas residuais;
- Fontes não formais.

Os médicos hospitalares que detetem casos possíveis ou prováveis através da vigilância da PFA devem informar de imediato os Responsáveis Hospitalares pela Vigilância da PFA (ponto 3.1 – Nível de alerta 0). Nas outras situações mencionadas (por exemplo, alerta proveniente de outro serviço de saúde) o profissional/fonte que identifique o risco informará de imediato o Coordenador Regional do Programa/Delegado de Saúde Regional (contactos no anexo X).

Tabela XIII – Definição dos níveis de alerta para as ações de Resposta

Níveis de alerta ²⁴	Critérios
0	Caso possível – Paralisia flácida aguda (PFA) em pessoa <15 anos de idade OU suspeita clínica de poliomielite em qualquer idade
1	Caso provável - PFA em pessoa <15 anos idade com critérios epidemiológicos para a poliomielite OU suspeita clínica de poliomielite em qualquer idade com critérios epidemiológicos para a poliomielite
2	Um ou mais casos confirmados importados com elevada suspeição de ser vírus vacinal OU Um ou mais casos confirmados importados com identificação de vírus vacinal OU Uma amostra ambiental positiva, sem diferenciação intratípica OU Uma ou mais amostras ambientais positivas com identificação de vírus vacinal
3	Um ou mais casos confirmados importados, com suspeição de infeção por vírus selvagem ou derivado da vacina
4	Um ou mais casos confirmados importados, com identificação de vírus selvagem ou derivado da vacina OU Uma amostra ambiental positiva com identificação de vírus selvagem ou derivado da vacina
5	Suspeita ou confirmação de transmissão do vírus selvagem ou derivado da vacina no País. <u>Exemplos:</u> Dois ou mais casos prováveis relacionados, não importados ou de origem desconhecida OU Um ou mais casos confirmados não importados ou de origem desconhecida OU Duas ou mais amostras ambientais positivas, sem diferenciação intratípica OU Duas ou mais amostras ambientais positivas com identificação de vírus selvagem ou derivado da vacina

3. Operacionalização da Resposta

As ações de Resposta à importação do vírus da poliomielite têm por base as recomendações da OMS-Europa²⁵ para países de baixo risco de transmissão do vírus da poliomielite após importação. A classificação dos países de acordo com o risco de transmissão do vírus após importação é atualizada anualmente pela RCC⁹. Estas ações estão organizadas em cinco componentes principais:

- Coordenação e comunicação;

²⁴ A partir do Nível de alerta 2, os Níveis de alerta são determinados pela DGS.

²⁵ “Guidelines on responding to the detection of wild poliovirus in the WHO European Region”, OMS 2007, disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/86498/E91123.pdf

- Gestão do doente e contactos;
- Vigilância clínica e epidemiológica;
- Vigilância e contenção laboratorial;
- Vacinação;

As tabelas XIV, XV, XVI, XVII, XVIII e XIX descrevem as principais ações previstas para cada Nível de alerta, sendo que a tabela XIV (Nível de alerta 0) descreve em maior pormenor as ações a desenvolver perante a identificação de casos possíveis. As tabelas referentes aos restantes Níveis de alerta encontram-se mais resumidas uma vez que se baseiam nos procedimentos desenvolvidos no Nível de alerta 0, evitando redundâncias.

As ações previstas não são exaustivas, podendo a Coordenação Nacional do Programa dar outras indicações.

As ações dos Coordenadores Regionais e Locais do Programa podem ser asseguradas por mais do que um Delegados de Saúde, como por exemplo, o da área de residência do doente, o da área da instituição de saúde onde foi feito o diagnóstico, o do local de trabalho, ou outros de locais onde o doente tenha permanecido durante o período de incubação e de contágio. Em qualquer situação, o Delegado de Saúde da área de residência do caso deve centralizar a informação e informar os outros envolvidos.

3.1. Nível de alerta 0

Tabela XIV – Ações de Resposta no Nível de alerta 0

Coordenação e comunicação

O **Coordenador Nacional** é responsável por:

- Coordenação e comunicação com os parceiros externos relevantes para acompanhar o caso;
- Coordenação das medidas de gestão do risco, incluindo a comunicação, se a avaliação do risco o justificar;
- Reportar ao Diretor-Geral da Saúde e Subdiretor-Geral com competências delegadas, sempre que solicitado;
- Assegurar a comunicação da informação adequada e atempadamente à OMS.

Gestão do doente e contactos

O **Hospital** implementa as medidas adequadas à situação clínica do doente e efetua colheita de fezes para envio ao INSA (vigilância clínica e epidemiológica).

O **Coordenador Local/Delegado de Saúde**, solicita, se necessário, colheita de fezes a contactos próximos do doente (vigilância clínica e epidemiológica).

Vigilância clínica e epidemiológica (anexo VI)

O **médico que diagnostique** um caso possível deve de imediato alertar o Responsável Hospitalar da Vigilância da PFA.

O **Responsável Hospitalar pela Vigilância da PFA** deve:

- Comunicar de imediato o caso ao Diretor Clínico do Hospital;
- Notificar o caso, nas primeiras 24 horas, preenchendo o formulário de notificação de caso de Paralisia Flácida Aguda ou de Poliomielite Aguda *online* no sistema **SINAVE**, através do link <https://sinave.min-saude.pt/sivdot/login.aspx> ou pressionando o botão SINAVE das aplicações clínicas que já dispõem desta funcionalidade²¹;
- Solicitar ao INSA exames laboratoriais (gratuitos para o requerente) de amostras de fezes (instruções de colheita: anexo VIII), até 14 dias após o início da paralisia ou da suspeita clínica de poliomielite, juntando cópia da notificação de caso, que deve ser impressa após a sua submissão no SINAVE;
- Promover a reavaliação clínica do doente, nunca antes de 60 dias após o início da paralisia ou suspeita clínica de poliomielite, com o preenchimento e envio do formulário de notificação “Paralisia Flácida Aguda – Reavaliação 60 dias” no SINAVE ou através das aplicações clínicas que já dispõem desta funcionalidade²⁶, até 80 dias após o início da paralisia ou suspeita clínica de poliomielite, para permitir o posterior encerramento do caso.

O **Coordenador Local/Delegado de Saúde** deve:

- Promover, imediatamente após receção da notificação via SINAVE, a realização do Inquérito Epidemiológico, com o preenchimento *online* do respetivo formulário e o seu envio até 48 horas após a notificação;
- Identificar de imediato as pessoas que tiveram contacto próximo com o doente durante os períodos de incubação ou de contágio (ponto 2 do capítulo I), para detetar possíveis casos índice ou secundários (utilizar a tabela “Identificação de contactos”, anexa ao formulário do inquérito epidemiológico, no SINAVE);
- Investigar fatores de risco do doente (no período de incubação) e dos seus contactos próximos, nomeadamente:
 - Menos de 3 doses de vacina contra a poliomielite ou sem registo da vacina;
 - Viagem recente a um país de risco para a poliomielite^{4,5};
 - Residência em comunidade originária de país de risco para a poliomielite^{4,5};
 - Contacto próximo (exposição a fezes ou secreções orais ou nasais) com doente com poliomielite/PFA;
 - Contacto próximo com uma pessoa vinda recentemente de um país de risco para a poliomielite^{4,5};
- Se não houver amostras de fezes ou se estas forem inadequadas (ponto 2.4. do capítulo I), investigar laboratorialmente no INSA (instruções no anexo VIII) um máximo de 5 contactos próximos <5 anos de idade, até 35 dias após o último contacto com o doente, priorizando os que possuírem fatores de risco (preencher a tabela “Identificação de contactos”, anexa ao formulário do inquérito epidemiológico, no SINAVE, e enviar cópia com as amostras ao INSA);
- Validar e enviar a reavaliação clínica aos 60 dias no SINAVE, até 84 dias após o início da paralisia ou suspeita clínica de poliomielite, para permitir o posterior encerramento do caso.

(Cont.) Tabela XIV – Ações de Resposta no Nível de alerta 0

Vigilância clínica e epidemiológica (cont.)

O **Coordenador Regional** /Delegado de Saúde Regional da área de residência do doente deve assegurar as seguintes ações:

- a. Realização urgente do inquérito epidemiológico pelo Coordenador Local do Programa/Delegado de Saúde da área da residência do doente (e o da área do hospital onde o doente foi diagnosticado), através do preenchimento do formulário no SINAVE) e eventual implementação de medidas (contactos ou comunidade – ponto 1 do capítulo III);
- b. Validação e envio do Inquérito Epidemiológico no SINAVE, até 72 horas após a notificação;
- c. Validação e envio da reavaliação clínica aos 60 dias no SINAVE, até 85 dias após o início da paralisia ou suspeita clínica de poliomielite, para permitir o posterior encerramento do caso.

O **Responsável Nacional pela Vigilância da PFA** deve:

- a. Informar de imediato o Coordenador Nacional após a notificação de um caso possível ou atualizações;
- b. Validar/encerrar os casos no SINAVE com o Coordenador Nacional, no prazo de 90 dias após a sua identificação, conforme estabelecido pela OMS;
- c. Notificar a OMS através do relatório semanal do sistema CISID (ponto 3 do capítulo III).

Vigilância e contenção laboratorial (anexo VI)

O **Laboratório de Referência** para a poliomielite (INSA) deve:

- a. Executar os procedimentos para o isolamento do vírus e a sua diferenciação intratípica referentes ao caso e aos 5 contactos próximos, se aplicável;
- b. Comunicar imediatamente qualquer solicitação de exames laboratoriais para diagnóstico de poliomielite para:
 - i. Coordenador Regional do Programa/Delegado de Saúde Regional da(s) área(s) de residência do caso;
 - ii. Responsável Nacional pela Vigilância Epidemiológica da PFA (pfa@dgs.pt);
 - iii. Coordenador Nacional do Programa (pfa@dgs.pt).
- c. Comunicar os resultados laboratoriais, logo que estejam disponíveis, até 28 dias após a receção das amostras para:
 - i. Serviço de saúde que solicitou os exames laboratoriais;
 - ii. Coordenador Regional do Programa/Delegado de Saúde Regional da área de residência do caso²⁶;
 - iii. Responsável Nacional pela Vigilância Epidemiológica da PFA²⁶;
 - iv. Coordenador Nacional do Programa²⁶.

Vacinação

O **Coordenador Local**/Delegado de Saúde garante a verificação do estado vacinal de todos os contactos próximos e a vacinação dos que não estiverem corretamente vacinados, de acordo com a avaliação do risco (ponto 1 do capítulo III), mesmo que o caso tenha sido excluído entretanto.

²⁶ A informação deve ser anonimizada do seguinte modo: substituir o nome do doente pelas duas primeiras consoantes do primeiro nome e as três primeiras consoantes do último nome.

3.2. Nível de alerta 1

Tabela XV – Ações de Resposta no Nível de alerta 1

Coordenação e comunicação

Além das ações previstas no Nível de alerta 0 (tabela XIV):

- a. O **Coordenador Nacional** do Programa informa de imediato o Diretor-Geral da Saúde, após receber a notificação de um caso que cumpre os critérios de caso provável;
- b. O **Diretor-Geral da Saúde** ativa de imediato a equipa interna da DGS para acompanhar as investigações e fazer a avaliação do risco. Esta equipa é constituída por:
 - i. Subdiretor-Geral com competências delegadas;
 - ii. Coordenador Nacional do Programa;
 - iii. Diretor de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde;
 - iv. Responsável Nacional pela Vigilância Clínica e Epidemiológica da PFA;
 - v. Responsável Nacional pela Vacinação no âmbito do Programa;
 - vi. Um elemento da Unidade de Apoio à Autoridade de Saúde Nacional e à Gestão de Emergências em Saúde Pública (UESP);
 - vii. Outros.

Gestão do doente e contactos

Além das ações previstas no Nível de alerta 0 (tabela XIV):

- a. O **Hospital** implementa as medidas adequadas ao isolamento do doente (não existe tratamento específico);
- b. O **Coordenador Local** do Programa/Delegado de Saúde solicita, obrigatoriamente, colheita de fezes a contactos próximos do doente.

Vigilância clínica e epidemiológica

Além das ações previstas no Nível de alerta 0 (tabela XIV), o **Coordenador Local/Delegado de Saúde** deve solicitar colheita de amostras de fezes, para investigação laboratorial no INSA (anexo VIII), de um máximo de 5 contactos próximos <5 anos de idade, priorizando os que possuem fatores de risco (preencher a tabela "Identificação de contactos", anexa ao formulário do inquérito epidemiológico, no SINAVE, e enviar cópia com as amostras ao INSA).

Vigilância e contenção laboratorial

Além das ações previstas no Nível de alerta 0 (tabela XIV) o INSA faz a investigação laboratorial dos 5 contactos próximos <5 anos de idade, se aplicável.

Vacinação

As ações previstas para o Nível de alerta 0 (tabela XIV).

3.3. Nível de alerta 2

Tabela XVI – Ações de Resposta no Nível de alerta 2

Coordenação e comunicação

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0 e 1 (tabelas XIV e XV):

- a. O **Coordenador Nacional** do Programa informa de imediato o Diretor-Geral da Saúde, que informa o Gabinete do Ministro da Saúde;
- b. O **Diretor-Geral da Saúde** coordena o plano de comunicação.

Gestão do doente e contactos

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0 e 1 (tabelas XIV e XV):

Na **comunidade**, os eventuais casos assintomáticos ou sintomáticos sem critérios de internamento devem ficar afastados da frequência de estabelecimentos de educação e ensino e evitar contactos próximos (fezes e secreções orais e nasais) com outras pessoas, principalmente as que forem imunocomprometidas e as menores de 7 anos de idade (se tiverem o esquema vacinal incompleto) e reforçar as medidas de higiene, até que os resultados laboratoriais indiquem que já não há excreção do vírus (vigilância e contenção laboratorial).

Esta recomendação é especialmente importante se a pessoa infetada for imunocomprometida, uma vez que a excreção do vírus é potencialmente mais infecciosa e mais prolongada.

Os contactos próximos que possuam menos de três doses de VIP ou sem registo vacinal devem ficar afastados da frequência de estabelecimentos de educação e ensino até que os resultados laboratoriais indiquem que não há excreção do vírus.

Vigilância clínica e epidemiológica

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0 e 1 (tabelas XIV e XV):

- a. O **Coordenador Local**/Delegado de Saúde realiza uma investigação epidemiológica mais detalhada do caso, que inclui a identificação, caracterização e investigação laboratorial de todos os contactos próximos, com colheita de 1 amostra de fezes por pessoa (anexo VIII) e envio ao INSA (preencher a tabela “Identificação de contactos”, anexa ao formulário do inquérito epidemiológico, no SINAVE, e enviar cópia com as amostras ao INSA);
- b. O **Coordenador Regional** do Programa/Delegado de Saúde Regional envia o relatório das investigações ao Coordenador Nacional e ao Responsável Nacional pela Vigilância da PFA (pfa@dgs.pt), no prazo de 72 horas;
- c. O **Coordenador Nacional**, com a equipa interna da DGS, elabora o relatório final da ocorrência com a avaliação do risco e, em articulação com a UESP, notifica:
 - i. A OMS (sede e Europa), a Comissão Europeia (CE) e o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC), no prazo de 24 horas após a deteção do vírus da poliomielite;
 - ii. A OMS (sede e Europa), a CE e o ECDC, no prazo de 24 horas após o isolamento do vírus da poliomielite;
 - iii. A OMS (sede e Europa), a CE e o ECDC, no prazo de 24 horas após a diferenciação intratípica do vírus vacinal;
 - iv. O Sistema de Vigilância de Reações Adversas aos Medicamentos da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), se aplicável.

Vigilância e contenção laboratorial

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0 e 1 (tabelas XIV e XV), o **Laboratório de Referência para a poliomielite** (INSA):

- a. Comunica de imediato a deteção do vírus aos Coordenadores Nacional e Regional do Programa;
- b. Procede à diferenciação intratípica do vírus, enviando, em paralelo, a estirpe isolada para o Laboratório Regional de Referência da OMS – Instituto Robert Koch, em Berlim, para confirmação da diferenciação intratípica;
- c. Faz a investigação laboratorial das amostras de todos os contactos próximos;
- d. Faz o acompanhamento laboratorial mensal do doente ou portador até que os resultados sejam negativos. Se o doente ou portador for imunocomprometido, deve manter-se o controlo laboratorial até que os resultados sejam negativos três vezes seguidas.

Vacinação

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0 e 1 (tabelas XIV e XV), o **Coordenador Local** do Programa/Delegado de Saúde garante:

- a. A vacinação urgente dos casos assintomáticos e dos contactos próximos imunocomprometidos, independentemente do seu estado vacinal;
- b. A verificação do estado vacinal de todos os contactos próximos e a vacinação dos que não estiverem corretamente vacinados (ponto 1 do capítulo III).

3.4. Nível de alerta 3

Tabela XVII – Ações de Resposta no Nível de alerta 3

Coordenação e comunicação

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0, 1 e 2 (tabelas XIV, XV e XVI):

- a. O **Diretor-Geral da Saúde** nomeia de imediato uma **Equipa de Resposta à Emergência (ERE)**, que coordenará as ações relativas à reemergência do vírus da poliomielite em Portugal a nível regional e local, garantindo e acompanhando as principais medidas. A ERE é coordenada pelo Diretor-Geral da Saúde e é constituída por:
 - i. Subdiretor-Geral com competências delegadas na área;
 - ii. Coordenador Nacional do Programa;
 - iii. Diretor de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde;
 - iv. Responsável Nacional pela Vigilância da PFA;
 - v. Responsável Nacional pela Vacinação no âmbito do Programa;
 - vi. Responsável Nacional pela Componente Laboratorial do Programa;
 - vii. Um elemento da UESP;
 - viii. Peritos de áreas relacionadas com a avaliação, gestão e comunicação do risco referente à poliomielite, nomeadamente, epidemiologia, virologia, vacinação, farmácia, pediatria/infeciologia ou outros.
- b. O **Coordenador Nacional** orienta, a nível operacional, os trabalhos da ERE e reporta ao Subdiretor-Geral com competências delegadas;
- c. A **DGS** alerta:
 - i. Todos os presidentes das ARS e homólogos das RA que, em cascata, informam todos os serviços do SNS e privados;
 - ii. Todos os Coordenadores Regionais do Programa/DSR que, por sua vez, informam os seus Responsáveis Regionais pela Vigilância da PFA, os Responsáveis Regionais pela Vacinação e os Coordenadores Locais do Programa/Delegados de Saúde.

Gestão do doente e contactos

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0, 1 e 2 (tabelas XIV, XV e XVI), na comunidade, os eventuais casos assintomáticos devem ficar afastados da frequência de estabelecimentos de educação e ensino e de outras atividades coletivas até que os resultados laboratoriais indiquem que já não há excreção do vírus.

Vigilância clínica e epidemiológica

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0, 1 e 2 (tabelas XIV, XV e XVI):

- a. O **Coordenador Local** realiza a investigação epidemiológica com carácter de urgência, incluindo a identificação e caracterização de todos os contactos do caso (escola, local de trabalho, locais de convívio, entre outros), para pesquisa retrospectiva/prospectiva de casos relacionados;
- b. A **Equipa de Resposta à Emergência (ERE)** faz a avaliação do risco com base em resultados das investigações epidemiológicas e laboratoriais, de acordo com:
 - i. Origem geográfica do vírus;
 - ii. Possibilidades de transmissão do vírus no País;
 - iii. Qualidade da vigilância local/regional;
 - iv. Coberturas vacinais na localidade de residência do caso;
 - v. Possíveis implicações internacionais;
 - vi. Outras informações.

Vigilância e contenção laboratorial

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0, 1 e 2 (tabelas XIV, XV e XVI), o **Laboratório de Referência para a poliomielite (INSA)** prepara-se para um aumento expectável do número de amostras de fezes (ou outras) durante o tempo da vigilância reforçada (pelo menos 12 meses), se for identificado o vírus selvagem ou derivado da vacina (Nível de alerta 4).

(Cont.) Tabela XVII – Ações de Resposta no Nível de alerta 3

Vacinação

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0, 1 e 2 (tabelas XIV, XV e XVI):

- a. A **ERE**, baseada na avaliação do risco, com a colaboração da Comissão Técnica de Vacinação (CTV), prepara um Plano de Resposta à importação da Poliomielite que contemple, obrigatoriamente, o planeamento detalhado das campanhas de vacinação, nomeadamente:
 - i. Vacinação por repescagem/vacinação extraordinária;
 - ii. Número de intervenções/campanhas a realizar;
 - iii. Locais de vacinação (nos serviços ou na comunidade);
 - iv. Sistema de informação para o registo da vacinação em campanha;
 - v. Critérios individuais de vacinação;
 - vi. Forma de divulgação das campanhas, principalmente aos grupos-alvo;
 - vii. O tipo de vacina a utilizar (VIP; VAP monovalente; VAP bivalente; VAP trivalente, de acordo com a disponibilidade);
 - viii. As datas das campanhas de vacinação a realizar;
 - ix. A abrangência geográfica das campanhas de vacinação;
 - x. As classes etárias e/ou comunidades alvo das campanhas e sua quantificação.
- b. O **Coordenador Local** garante:
 - i. A vacinação de todos os contactos próximos do caso, independentemente do seu estado vacinal, com prioridade para os que sejam imunocomprometidos e os de idade <7 anos;
 - ii. A verificação do estado vacinal dos restantes contactos do caso e a vacinação dos que não estiverem corretamente vacinados (tabela VII do capítulo III);
 - iii. Avaliação das coberturas vacinais dos <18 anos de idade na localidade de residência do caso/amostra ambiental positiva;
 - iv. Planeia, de acordo com os resultados da avaliação de coberturas vacinais, em coordenação com a ERE, uma campanha de vacinação de repescagem (completar esquemas vacinais), a implementar se for identificado o vírus selvagem ou derivado da vacina (Nível de alerta 4).

3.5. Nível de alerta 4

Tabela XVIII – Ações de Resposta no Nível de alerta 4

Coordenação e comunicação

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0, 1, 2 e 3 (tabelas XIV, XV, XVI e XVII) a **DGS** informa:

- a. Todos os presidentes das ARS e homólogos das RA que, em cascata, informam todos os serviços do SNS e privados (cuidados de saúde hospitalares e primários e laboratórios);
- b. Todos os Coordenadores Regionais do Programa/DSR que, por sua vez, informam os seus Responsáveis Regionais pela Vigilância da PFA, os Responsáveis Regionais pela Vacinação e os Coordenadores Locais do Programa/Delegados de Saúde;
- c. Órgãos de comunicação social e público em geral.

Gestão do doente e contactos

As ações previstas nos Níveis de alerta 0, 1, 2 e 3 (tabelas XIV, XV, XVI e XVII).

Vigilância clínica e epidemiológica

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0, 1, 2 e 3 (tabelas XIV, XV, XVI e XVII):

- a. O **Coordenador Nacional**, em articulação com a UESP, notifica, imediatamente após a diferenciação intratípica do vírus selvagem ou derivado da vacina, a OMS (Regulamento Sanitário Internacional, sede e Europa), a CE e o ECDC;
- b. A **ERE** termina a avaliação do risco até 72 horas após comunicação pelo INSA dos resultados da identificação do vírus;
- c. O **Coordenador Regional** organiza o reforço da vigilância clínica e epidemiológica da poliomielite, na área de residência do caso, a realizar durante 6 a 12 meses após a sua deteção, seguindo as orientações da DGS:
 - i. Informação/formação aos profissionais de todos os hospitais e cuidados de saúde primários da área, nomeadamente sobre: o diagnóstico clínico de poliomielite, a investigação clínica e epidemiológica de situações suspeitas e os procedimentos de vigilância;
 - ii. Vigilância obrigatória de situações clínicas suspeitas em todas as idades (PFA ou outras compatíveis com poliomielite) em todos os hospitais e cuidados de saúde primários da área;
 - iii. Os Responsáveis Hospitalares pela Vigilância da PFA da área iniciam o envio mensal de relatórios (anexo VII) com o número e seguimento de ocorrências suspeitas de poliomielite ao Coordenador Regional e este ao Responsável Nacional pela Vigilância da PFA, com a mesma periodicidade.
- d. O **Coordenador Regional** deve ainda, se o alerta surgir através da identificação de uma amostra ambiental positiva, intensificar a vigilância ambiental para detetar eventual transmissão do vírus naquela área.

Vigilância e Contenção Laboratorial

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0, 1, 2 e 3 (tabelas XIV, XV, XVI e XVII):

- a. O **Laboratório Nacional de Referência** para a poliomielite (INSA):
 - i. Reforça a sua capacidade laboratorial;
 - ii. Intensifica a vigilância laboratorial de Enterovírus em fezes na área sob vigilância reforçada (ver alínea b);
 - iii. Informa a **ERE** se prever que sejam alcançados os limites da capacidade laboratorial instalada.
- b. A **Administração Regional de Saúde** (ARS) solicita a todos os laboratórios e serviços de saúde da área sob vigilância reforçada:
 - i. O envio obrigatório de amostras de fezes ao INSA referentes a suspeitas clínicas de poliomielite em todas as idades (PFA ou outras compatíveis com poliomielite) para investigação laboratorial de Enterovírus;
 - ii. O envio de amostras de fezes de todas as suspeitas de Enterovírus ao INSA.

(Cont.) Tabela XVIII – Ações de Resposta no Nível de alerta 4

Vacinação

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0, 1, 2 e 3 (tabelas XIV, XV, XVI e XVII):

- c. O **Coordenador Local**, considerando que não se verifica transmissão do vírus na comunidade ou que a mesma é muito limitada:
 - i. Planeia e realiza 1 ou 2 campanhas de vacinação de repescagem (completar esquemas vacinais) com a VIP, em coordenação com a **ERE/DGS** e a equipa regional, na população <18 anos de idade da área de residência do caso, de acordo com os resultados da avaliação de coberturas vacinais;
 - ii. Garante cobertura vacinal que confira imunidade de grupo nos grupos-alvo das campanhas.
- d. Os **Serviços Partilhados do Ministério da Saúde** (SPMS), com o apoio técnico do **INFARMED** e da **DGS**, desencadeiam o procedimento de reserva de vacina VAPm, VAPb ou VAPt, conforme a disponibilidade, para que a vacina venha a ser adquirida a curto prazo, se houver suspeição de circulação do vírus no País.

3.6. Nível de alerta 5

Tabela XIX – Ações de Resposta no Nível de alerta 5

Coordenação e comunicação

As ações previstas nos Níveis de alerta 0, 1, 2, 3 e 4 (tabelas XIV, XV, XVI, XVII e XVIII)

Gestão do doente e contactos

As ações previstas nos Níveis de alerta 0, 1, 2, 3 e 4 (tabelas XIV, XV, XVI, XVII e XVIII)

Vigilância clínica e epidemiológica

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0, 1, 2, 3 e 4 (tabelas XIV, XV, XVI, XVII e XVIII), é necessário reforçar ainda mais a vigilância clínica e epidemiológica ao nível regional. Para este efeito:

- a. A área geográfica sob vigilância reforçada é alargada de acordo com a avaliação do risco, podendo envolver mais do que uma região de saúde;
- b. O/s **Coordenador/es Regional/is** do Programa organiza/m o reforço da vigilância clínica e epidemiológica, na área geográfica determinada, a realizar pelo menos durante 12 meses após a deteção do primeiro caso, seguindo orientações da **DGS/ERE**, nomeadamente:
 - i. Revisão retrospectiva dos ficheiros/registos dos últimos 2 meses dos hospitais da área sob vigilância reforçada, procurando casos possíveis ou prováveis que não tenham sido identificados anteriormente. Eventuais casos assim identificados são investigados clínica, laboratorial e epidemiologicamente, no que for ainda possível e relevante;
 - ii. Vigilância prospetiva ativa, telefonando, com a regularidade necessária, para os hospitais da área sob vigilância reforçada, lembrando a necessidade de detetar qualquer suspeita clínica de poliomielite e solicitando o envio de relatórios mensais (incluindo zero casos) (anexo VII).

Vigilância e Contenção Laboratorial

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0, 1, 2, 3 e 4 (tabelas XIV, XV, XVI, XVII e XVIII), é necessário reforçar ainda mais a vigilância laboratorial na área sob vigilância clínica e epidemiológica reforçada. Para este efeito:

- a. O **Laboratório Nacional de Referência** para a poliomielite (INSA):
 - i. Adequa a sua capacidade laboratorial e recorre, se necessário, a outros laboratórios nacionais ou internacionais;
 - ii. Implementa a pesquisa sistemática de Enterovírus em fezes de crianças saudáveis da área sob vigilância clínica e epidemiológica reforçada;
 - iii. Equaciona a eventual implementação de monitorização das águas residuais na área sob vigilância reforçada.

Vacinação

Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0, 1, 2, 3 e 4 (tabelas XIV, XV, XVI, XVII e XVIII):

- a. Os **SPMS**, com o apoio técnico do **INFARMED** e da **DGS**, desenvolvem, eventualmente, o processo de aquisição internacional urgente e extraordinária de vacina VAPm, VAPb ou VAPt, para complementar a reserva já adquirida;
- b. A **DGS/ERE**, com a colaboração da CTV, coordena as atividades adicionais de vacinação, garantindo:
 - i. Um mínimo de 3 campanhas de vacinação extraordinária (vacinar todos, independentemente do estado vacinal). As campanhas iniciar-se-ão com caráter urgente, utilizando a vacina disponível à data de cada campanha (alínea a.), abrangendo a população <18 anos de idade, de uma área geográfica mais alargada, a definir conforme a avaliação do risco;
 - ii. Uma cobertura vacinal que confira imunidade de grupo nos grupos-alvo das campanhas.

3.7 Relatório final

Após 6 meses da identificação do último caso de doença ou infeção por vírus da poliomielite selvagem ou derivado da vacina, a ERE deve elaborar um relatório de avaliação das ações de resposta implementadas, detalhando todas as evidências laboratoriais e epidemiológicas que suportam a interrupção da circulação (transmissão) do vírus no País.

Este relatório será submetido à Comissão Nacional de Certificação da Erradicação da Poliomielite (CNCEP) para revisão e aprovação, sendo posteriormente submetido pela Autoridade de Saúde Nacional, juntamente com o parecer da CNCEP, à OMS-Europa que o envia à *European Regional Certification Commission for Poliomyelitis Eradication (RCC)*.

4. Avaliação da estratégia de Resposta à eventual importação do vírus da poliomielite

A avaliação da estratégia de resposta à eventual importação do vírus da poliomielite baseia-se em quatro componentes:

- Avaliação anual das atividades de vigilância relativas a casos possíveis e prováveis (Níveis de alerta 0 e 1), baseada nos requisitos do Programa Europeu de Erradicação da Poliomielite (tabela XX);
- As recomendações anuais da RCC e atualizações das orientações da OMS-Europa e da *Global Poliomyelitis Eradication Initiative (GPEI)*;
- Resultados de eventuais exercícios de simulação;
- Relatório final das ações de resposta implementadas na sequência de uma importação (ponto 3.7).

Esta estratégia deve, assim, ser atualizada anualmente, se pertinente, e enviada cópia à OMS-Europa.

Tabela XX – Indicadores e metas nacionais anuais da vigilância de casos possíveis e prováveis de poliomielite

	Indicadores	Metas
Vigilância clínica e epidemiológica	Taxa de incidência de PFA, não poliomielite, em crianças com <15 anos de idade	≥1/100.000 casos
	Percentagem de notificações enviadas pelo SINAVE nas 24h após diagnóstico	≥ 80% casos
	Percentagem de inquéritos epidemiológicos validados e enviados à DGS até 72h após receção da notificação	≥ 80% casos
	Percentagem de reavaliações clínicas validadas e enviadas pelos Responsáveis hospitalares no SINAVE, aos 60-80 dias após o início da paralisia (ou da suspeita clínica de poliomielite)	≥ 80% casos
	Percentagem de casos validados pela DGS no SINAVE até 90 dias após início da paralisia (ou da suspeita clínica de poliomielite)	≥ 80% casos
Vigilância laboratorial	Percentagem de colheitas da 1ª amostra de fezes efetuada em 48h após o diagnóstico	≥ 50% casos
	Percentagem de colheitas de 1 amostra de fezes, até 14 dias após início da paralisia (ou da suspeita clínica de poliomielite)	≥ 80% casos
	Percentagem de amostras de fezes cuja demora entre o envio e a receção no INSA foi ≤72h	≥ 80% amostras
	Percentagem de amostras recebidas no INSA em bom estado	≥ 80% amostras
	Percentagem de resultados laboratoriais dos casos enviados ao requisitante ≤28 dias após receção das amostras	≥ 80% casos
	Percentagem de resultados da caracterização do vírus da poliomielite ≤60 dias após o início da paralisia (ou da suspeita clínica de poliomielite)	≥ 80% casos

ANEXOS

ANEXO I – Situação epidemiológica da poliomielite

1. Situação epidemiológica no mundo

Apesar das grandes melhorias verificadas desde a implementação do Programa Mundial de Erradicação da Poliomielite, a situação epidemiológica da doença começou a agravar-se em 2006. Em resposta a este agravamento, a Assembleia Mundial de Saúde aprovou, no mesmo ano, uma resolução (WHA 59.1)²⁷ que declara que a importação do vírus da poliomielite para uma área livre da poliomielite representa uma ameaça potencial para a saúde internacional, sendo enquadrada no Regulamento Sanitário Internacional²⁸, constituindo, por isso, um alerta de saúde pública que requer resposta imediata.

Na resolução da WHA 59.1 foram acordadas as principais ações e indicadores a ter em conta na resposta a importações do vírus da poliomielite.

Em abril de 2010, a doença reemergiu na Europa, pela primeira vez após a certificação, com um surto de poliomielite no Tajiquistão (originado por um caso importado da Índia) que registou 457 casos, o último em julho de 2010, incluindo 26 óbitos. Este surto gerou posteriormente pelo menos 18 casos em vários países vizinhos (Rússia, Turquemenistão, Cazaquistão).

Em agosto de 2011, após uma grande campanha de vacinação rapidamente implementada, o surto foi considerado terminado (12 meses sem casos registados), pelo que se manteve o estatuto de Certificação da Eliminação da Poliomielite da Região Europeia. Este acontecimento demonstrou que se mantém o risco de importação e de ocorrência de surtos nos países europeus que eliminaram a doença, sendo, por isso, determinante e prioritário o reforço das medidas de prevenção (principalmente a vacinação), da vigilância e da contenção laboratorial.

Após um mínimo histórico mundial de 223 casos registados em 2012, em apenas cinco países, o número de casos da doença voltou a aumentar, sendo importante a transmissão entre países. Em 2014, ano em que estava planeada a interrupção da transmissão do vírus selvagem, já haviam sido notificados, até 29 de abril, 68 casos em oito países e identificado o vírus no ambiente em dois, razão pela qual a OMS declarou, em 5 de maio de 2014, tratar-se de uma Emergência de Saúde Pública de âmbito Internacional, recomendando o reforço das medidas de vacinação de viajantes à saída dos países de risco. Em 2014, até 11 de novembro, foram notificados à OMS 279 casos em nove países e identificado o vírus no ambiente em dois.

2. Eliminação da poliomielite em Portugal

Portugal aderiu à iniciativa de Erradicação da Poliomielite em 1988, sendo um dos estados financiadores da iniciativa, comprometendo-se a eliminar a doença e a circulação do vírus no País.

O último caso de poliomielite com paralisia por vírus selvagem registado em Portugal verificou-se em dezembro de 1986, notificado em 1987. A eliminação da poliomielite em Portugal foi conseguida através de uma campanha de vacinação em 1965/1966 e pela aplicação do Programa Nacional de Vacinação (PNV) desde 1965 até hoje.

Para obter a certificação do estatuto de eliminação, Portugal iniciou em 1995, de acordo com as regras instituídas pela OMS, o Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite que, além da manutenção de elevadas taxas de vacinação, exige a implementação de um sistema de vigilância que permita a deteção atempada de casos. Em Portugal, optou-se por um sistema de vigilância clínica, laboratorial e epidemiológica da PFA em <15 anos de idade²⁹. Apesar desta denominação, a vigilância inclui também os casos de suspeita clínica de poliomielite sem PFA em qualquer idade.

O Programa foi atualizado em 1999³⁰ e em 2003³¹, procedendo-se neste documento à sua terceira atualização.

²⁷ Disponível em: http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/WHA59_1_Eradication_poliomyelitis.pdf

²⁸ Disponível em: <http://www.who.int/ihr/9789241596664/en/>

²⁹ Circular Normativa n° 5/DSSP de 03/10/1995, revogada.

³⁰ Circular Normativa n° 7/DSPS de 08/06/1999, revogada.

Para eliminar a circulação do vírus vacinal da poliomielite no País, substituiu-se, em janeiro de 2006, no PNV, a vacina oral de vírus ativo atenuado contra a poliomielite (VAP) por uma vacina injetável inativada (VIP), em combinação ou isolada.

Em 2014, a *European Regional Certification Commission for Poliomyelitis Eradication* (RCC) classificou Portugal como país de baixo risco de transmissão do vírus após importação. No entanto, de acordo com os critérios da RCC e da OMS o País necessita de melhorar a qualidade da vigilância epidemiológica⁹.

O risco de importação de vírus é real e a sua circulação pode não ser detetada, uma vez que mais de 90% dos casos são assintomáticos ou têm sintomatologia ligeira. Estima-se que menos de 1% dos casos apresenta paralisia.

A vacinação é a melhor medida preventiva para reduzir o risco de circulação do vírus.

O cumprimento das boas práticas laboratoriais em geral e do nível de segurança biológica adequado (ponto 2 do capítulo III), numa fase em que a poliomielite se encontra eliminada do País, tornam o risco de transmissão acidental do vírus da poliomielite do laboratório para a comunidade muito reduzido. É crucial manter uma adequada contenção laboratorial que assegure não só o manuseamento seguro do vírus da poliomielite selvagem ou do derivado da vacina mas também de todos os produtos potencialmente infecciosos para este vírus.

Em Portugal o único laboratório que está autorizado a armazenar o vírus da poliomielite é o Laboratório Nacional de Referência para a Poliomielite, situado no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), em Lisboa.

3. Situação epidemiológica em Portugal

Em Portugal não se verificam casos de poliomielite aguda por vírus selvagem desde 1987, estando a doença oficialmente eliminada desde 2002 (certificação europeia). Os resultados do [2º Inquérito Serológico Nacional de 2001-2002](#)³² revelaram valores de imunidade de 88-93% para o vírus da poliomielite tipo 1, de 84-98% para o tipo 2 e de 74-80% para o tipo 3. A seroproteção para os vírus tipo 1 e tipo 2 apresentou valores mais elevados nas coortes nascidas depois de 1964 (abrangidas pelo PNV). Para o vírus do tipo 3 a seroproteção apresentou valores mais elevados nas coortes imunizadas naturalmente (nascidas antes de 1956).

A nível nacional, entre 1999 e 2013, as coberturas para a 3ª dose da vacina variaram entre 93% e 98% e, desde 2007, as coberturas para a 4ª dose variaram entre 94% e 96%, o que minimiza a probabilidade de circulação do vírus em Portugal, mesmo na eventualidade da sua importação.

Em 2013, a cobertura vacinal foi de 98% para a 3ª dose e de 96% para a 4ª dose de VIP. No entanto, a desagregação dos dados a nível regional e local revela a existência de assimetrias, o que indicia a possibilidade de existência de bolsas de população suscetível, mesmo em regiões com cobertura vacinal elevada.

De acordo com estimativas da OMS, o número mínimo anual de casos esperados de PFA é de 1/100 000 em <15 anos de idade, o que corresponderá a um mínimo de 15 casos para Portugal. No entanto, pelo menos nos últimos 7 anos, o número de casos de PFA em <15 anos de idade notificados anualmente foi entre 5 e 9 casos, muito aquém do esperado.

³¹ Despacho nº1191/2004, DR nº 16 – Série II, operacionalizado pela Circular Normativa nº08/DSPS de 04/05/2004.

³² Direção-Geral da Saúde. Avaliação do Programa Nacional de Vacinação – 2º Inquérito Serológico Nacional – Portugal Continental 2001-2002. Lisboa: DGS; 2004.

Anexo II - Poliomielite: conceitos clínicos e epidemiológicos

A incidência de poliomielite baixou drasticamente em Portugal em 1965/1966 na sequência da campanha de vacinação contra a poliomielite com que se deu início ao PNV em 1965.

O facto do último caso de doença provocado por vírus selvagem no País já ter ocorrido em dezembro de 1986, leva a que o diagnóstico diferencial não esteja sempre presente, e que a investigação epidemiológica da poliomielite não faça parte da prática habitual dos profissionais de saúde.

Assim, é importante que os profissionais envolvidos na vigilância da Paralisia Flácida Aguda (PFA) estejam familiarizados com as características clínicas e epidemiológicas da poliomielite e que tenham um papel de formadores no seu local de trabalho.

1. Epidemiologia

O vírus da poliomielite é muito contagioso, atingindo, na ausência de vacinação, praticamente todas as pessoas de uma população.

Em regiões de clima temperado, a transmissão do vírus é, normalmente, mais intensa entre crianças em idade escolar, nos meses de verão e outono. Em regiões de clima tropical a transmissão ocorre principalmente entre os lactentes e crianças pequenas e não existem variações sazonais. Surto em comunidades mais isoladas podem dar origem a casos de paralisia em indivíduos mais velhos.

Apenas são esperados casos por vírus tipo 1, uma vez que o vírus tipo 2 está erradicado (sem casos por vírus selvagem desde 1999) e que não se registam casos por vírus selvagem da poliomielite tipo 3 desde 2012.

2. Período de incubação

O período de incubação das formas de apresentação não paralíticas é de 3 a 6 dias. O início da paralisia ocorre geralmente 7 a 21 dias após o contágio, variando entre 3 e 35 dias.

3. Transmissão

A poliomielite é transmitida pessoa a pessoa, principalmente através da via fecal-oral, o que explica a maior prevalência em áreas onde as condições sanitárias e de higiene são deficientes. A transmissão é favorecida pela capacidade do vírus se manter infeccioso na água e em efluentes durante várias semanas. Nas regiões mais desenvolvidas a transmissão através das secreções faríngeas (por gotículas ou contacto direto) constitui uma via alternativa de propagação da infeção. Mais raramente, a doença pode transmitir-se através de alimentos ou mesmo por contacto com superfícies contaminadas. As taxas de infeção secundária entre os coabitantes suscetíveis ou contactos institucionais, provavelmente mediadas pela transmissão fecal-oral, são superiores a 90%.

4. Período de transmissão/contágio

O período de excreção do vírus pode variar entre 4 a 8 semanas, sendo mais prolongado nos doentes imunodeprimidos (até 5-7 anos).

Sabe-se que a transmissão da infeção é mais provável desde imediatamente antes do início dos sintomas até 1-2 semanas depois do início da paralisia, no entanto, pode acontecer durante todo o período de excreção do vírus: nas secreções faríngeas durante cerca de 2 semanas e nas fezes durante cerca de 3 a 6 semanas.

No caso do vírus vacinal, a excreção dá-se principalmente durante a primeira até à terceira semanas após vacinação, através das secreções faríngeas e das fezes.

5. Sintomas

Menos de 1% dos indivíduos infetados pelo vírus da poliomielite desenvolve PFA; entre 1% e 4% desenvolve meningite asséptica, mas a maioria dos infetados (> 90%) não tem sintomas ou tem sintomas muito ligeiros. Sintomatologia ligeira a moderada ocorre em cerca de 24% dos infetados, variando o quadro clínico entre infeção do aparelho respiratório superior (odinofagia e febre), sintomas gastrointestinais (náuseas/vómitos, dor abdominal, obstipação ou diarreia) e síndrome gripal.

6. Bibliografia

Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Atkinson W, Wolfe S, Hamborsky J, eds. 12th ed., second printing. Washington DC: Public Health Foundation, 2012

Committee on Infectious Diseases of the American Academy of Pediatrics. Red Book, 29th Ed, American Academy of Pediatrics 2012.

Heyman DL. Control of communicable diseases manual. 19th ed. Washington: American Public Health Association; 2008.

Organização Mundial da Saúde. Polio vaccines and polio immunization in the pre-eradication era: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, 2010; 85(23): 213-228.

Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA. Vaccines, 6th Ed; Elsevier 2013.

ANEXO III - Paralisia flácida aguda: diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial da paralisia flácida aguda (PFA) (definição no ponto 2.4. do capítulo I) inclui uma extensa lista de causas possíveis: infeções virais, bacterianas e parasitárias, metabólicas, farmacológicas, toxinas orgânicas, organo-fosforados, doenças hereditárias ou adquiridas, entre outras.

Nos países industrializados como o Reino Unido e a Austrália, bem como nos países em desenvolvimento da América Latina e na ausência de poliomielite pelo vírus selvagem, a síndrome de Guillain Barré (SGB) é responsável por pelo menos 50% dos casos de PFA.

As características das quatro causas mais comuns de PFA, a poliomielite, a SGB, a mielite transversa e a neurite traumática, são apresentadas no Quadro I.

As características clínicas mais relevantes que permitem distinguir a poliomielite de outras causas de PFA, são: 1) a presença de febre no início da paralisia; 2) a rápida progressão da paralisia até ao seu máximo; 3) geralmente, uma paralisia assimétrica; 4) paralisia proximal mais marcada que a distal (isto é, descendente).

A definição de poliomielite paralítica requer um défice neurológico residual aos 60 dias após o início da paralisia. Este défice pode manifestar-se como uma paralisia flácida em uma ou mais extremidades, como uma paralisia parcial ou como uma fraqueza de músculos ou grupos musculares. Nestes últimos casos (quadros clínicos menos comuns, que surgem em crianças parcialmente vacinadas), pode ser mais difícil estabelecer o diagnóstico do défice neurológico.

Quadro I - Características das quatro causas mais frequentes de PFA

Característica	Poliomielite	Síndrome de Guillain-Barré	Neurite traumática (após injeção i.m.)	Mielite transversa
Evolução da paralisia	24-48h desde o início até ao máximo da paralisia	De horas a 10 dias	De horas a 4 dias	De horas a 4 dias
Febre no início	Alta, sempre presente no início da paralisia flácida; desaparece quando pára a progressão da paralisia	Nem sempre	Comum antes, durante e após a paralisia flácida	Rara
Paralisia flácida	Descendente	Ascendente		
Tónus muscular	Reduzido ou ausente nos membros afetados	Hipotonia global	Reduzido ou ausente nos membros afetados	Hipotonia nos membros afetados
Reflexos tendinosos profundos	Reduzidos ou ausentes	Ausência global	Reduzidos ou ausentes	Ausentes nos membros inferiores precocemente; hiperreflexia tardia
Sensibilidade	Mialgia grave, dorsalgia, sem alterações sensoriais	Cãibras, formigueiro, hipoestesia de palmas das mãos e plantas dos pés	Dor no glúteo, hipotermia	Anestesia dos membros inferiores com nível sensitivo
Envolvimento dos pares cranianos	Apenas quando há envolvimento bulbar	Frequente, afetando os pares cranianos VII, IX, X, XI, XII	Ausente	Ausente
Sintomas e sinais autonómicos	Raro	Alterações frequentes da tensão arterial, sudorese, rubor, flutuações da temperatura corporal	Hipotermia nos membros afetados	Presente
Alterações do líquido cefalorraquidiano	Inflamatórias	Dissociação albumino-citológica	Normal	Normal ou ligeira elevação celular
Disfunção vesical	Rara	Transitória	Nunca	Presente

(Cont.) Anexo III, Quadro I, - Características das quatro causas mais comuns de PFA

Característica	Poliomielite	Síndrome de Guillain-Barré	Neurite traumática (após injeção i.m.)	Mielite transversa
Velocidade de condução nervosa às 3 semanas	Anormal: doença das células do corno anterior (normal nas 2 semanas iniciais)	Anormal (condução reduzida, menores amplitudes motoras)	Anormal (dano axonal)	Normal ou anormal, sem valor diagnóstico
Eletromiograma às 3 semanas	Anormal	Normal	Normal	Normal
Sequelas aos 3-12 meses	Graves, atrofia assimétrica, deformações ósseas desenvolvem-se mais tarde	Atrofia simétrica de músculos distais	Atrofia moderada, apenas nos membros afetados	Atrofia paraplégica flácida após anos

(Fonte: Plotkin et al, 2013; adaptado de *Field Guide for Supplementary Activities Aimed at Achieving Polio Eradication*. Geneva: WHO; 1996)

Bibliografia

Marx, A; Glass, J; Sutter, RW. Differential diagnoses of acute flaccid paralysis and its role in poliomyelitis surveillance. *Epidemiol Rev.* 2000;22:298-316.

Olive, JM; Castillo, C; Castro, RG; Quadros, CA. Epidemiologic study of Guillain-Barré syndrome in children <15 years of age in Latin America. *J Infect Dis.* 1997;175:S160-S164.

Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA. *Vaccines*, 6th Ed; Elsevier 2013.

Salisbury, DM; Ramsay, ME; White, JM; Brown, D. Polio eradication: surveillance implications for the United Kingdom. *J Infect Dis.* 1997;175:S156-S159.

Wyatt, HV. Poliomyelitis and infantile paralysis: changes in host and virus. *Hist Phil Life Sci.* 1993;15:357-396

ANEXO IV - Vacina inativada contra a poliomielite (VIP)^(a)

Tipo de vacina	Vacina de vírus da poliomielite inteiros e inativados (tipos 1, 2 e 3)
Indicações terapêuticas	Prevenção da poliomielite causada por vírus dos tipos 1, 2 e 3
Contraindicações	Reação anafilática a: <ul style="list-style-type: none">- uma dose anterior de VIP, monovalente ou combinada- algum dos constituintes da vacina
Precauções	<ul style="list-style-type: none">- Hipersensibilidade grave à neomicina, estreptomicina ou polimixina B (situações em que é indicada a vacinação em meio hospitalar)- Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais” em PNV 2012)- Doença aguda grave, com ou sem febre
Conservação	Conservar entre 2°C e 8°C. Não congelar.
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none">- 0,5 mL- Intramuscular (ou subcutânea); não deve ser administrada por via intravascular em circunstância alguma
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none">- < 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa direita- ≥ 12 meses de idade: músculo deltoide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço direito
Compatibilidade	Pode ser administrada simultaneamente com outras vacinas em locais anatómicos diferentes ou no mesmo membro (exceto com a BCG), desde que as injeções sejam distanciadas entre 2,5 a 5 cm
Vacinas combinadas	No PNV a VIP existe combinada com a vacina DTPa (tetraivalente DTPaVIP) e com as vacinas DTPa e Hib (pentavalente DTPaHibVIP)

(a) Segundo os Resumos das Características do Medicamento (RCM); atualização da Norma nº 40/2011, de 26/01/2012 - [PNV 2012](#).

ANEXO V - Formulário para importação de produtos potencialmente infecciosos para o vírus da poliomielite

POR FAVOR PREENCHA ESTE FORMULÁRIO E ENVIE PARA:

Direção-Geral da Saúde
Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049 – 005 Lisboa - Portugal
Tel. 21 843 0565/702; Fax: 21 843 0711; *E-mail*: polio@dgs.pt

Identificação da instituição

Nome instituição _____
Serviço _____
Morada _____
Localidade _____ Código Postal _____
Telefone _____ Fax _____

Identificação do responsável pela importação (requisitante)

Nome _____ Função _____
Telefone _____ Fax _____ Email: _____

Justificação/objetivo do estudo

População em estudo

Idade _____ País: _____ Região: _____

Data da importação:/...../.....

Caracterização dos produtos biológicos:

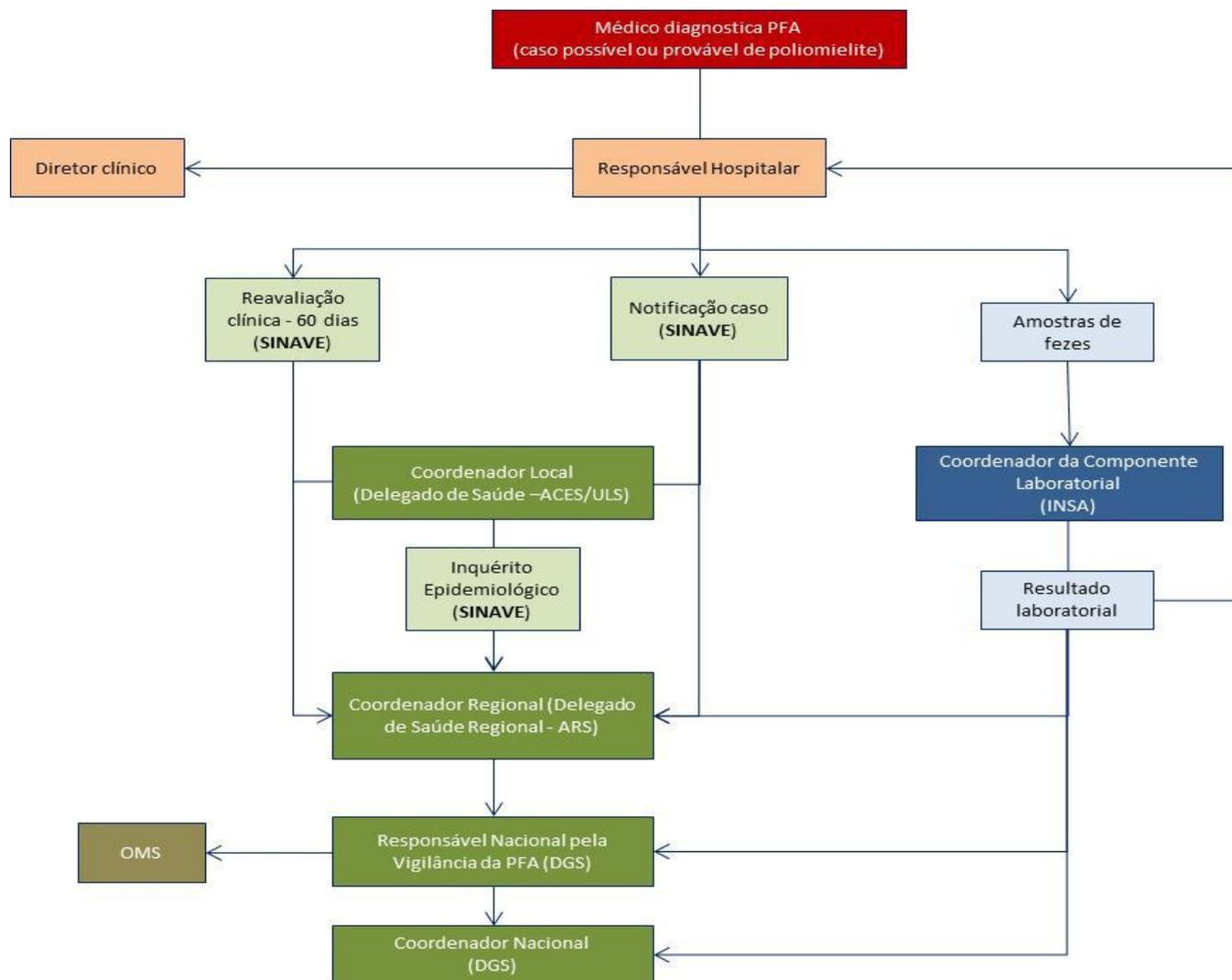
Natureza	Quantidade	Colheita		Metodologias laboratoriais	Armazenamento		Eliminação	
		Data	Local		Local	Condições	Procedimento	Data Prevista

Declaro que tenho conhecimento da Norma nº 017/2014 de 27/11/2014 e que os produtos biológicos acima referidos serão manipulados, armazenados e eliminados de acordo com a mesma.

Data:/...../..... Assinatura do requisitante: _____

Assinatura do responsável máximo pela instituição requisitante e carimbo da instituição:

ANEXO VI - Vigilância de casos de paralisia flácida aguda (PFA) - fluxo da informação



ANEXO VII - Resumo mensal de todos os casos de paralisia flácida aguda (PFA) ou suspeita de poliomielite por hospital*

Preencher e enviar ao Coordenador Regional, na 1ª semana de cada mês, com o número de casos em cada hospital com internamento de <15 anos de idade relativos ao mês anterior, incluindo zero casos, após revisão mensal dos registos/processos clínicos do hospital. Deve ser enviado sempre o mesmo quadro, acrescentando os dados do respetivo mês.

Unidades Hospitalares da Região: _____	MÊS											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D

* Cada novo caso identificado deve ser notificado, iniciando-se imediatamente o processo de investigação clínica, laboratorial e epidemiológica, no que ainda for possível e relevante.

Observações: _____

Data:/...../..... Responsável pelo preenchimento: _____ E-mail: _____

Enviar para: Responsável Nacional pela Vigilância da PFA (anexo X); e-mail: pfa@dgs.pt; telefone: 21 843 0625; fax: 21 843 0687

ANEXO VIII - Procedimentos de colheita e envio de amostras de fezes ao INSA

CASOS DE PFA (ou suspeitas clínicas de poliomielite)	Colher 2 amostras com intervalo de 24 – 48 horas (Hospital) <u>1ª amostra dentro de 48h</u> após o diagnóstico; Colher as duas amostras até ao máximo de 14 dias após início da paralisia (ou da suspeita clínica de poliomielite)
CONTACTOS DE UM CASO^(a) (quando aplicável)	Colher 1 amostra por pessoa (Unidade de Saúde Pública do ACES/ULS) <u>O mais cedo possível</u> (até ao máximo de 35 dias após o último contacto com o caso em fase de contágio)
CASOS DE MENINGITE ASSÉTICA	Colher 1 amostra (Hospital) Colheita até ao máximo de 14 dias após o início da meningite.
TÉCNICA DE COLHEITA	Colher +/- 10g de fezes (equivalente a 1 colher de sopa) para recipiente esterilizado, de preferência descartável, devidamente rotulado (aplicar enema, se necessário)
IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS	Rotular as amostras com o nome do utente, o número do processo clínico e o nome do hospital e juntar cópia da notificação de caso, devidamente preenchida
EMBALAGEM DAS AMOSTRAS	Após as colheitas, as embalagens devem ser bem vedadas, as rolhas envolvidas em <i>parafilm</i> e seguidamente desinfetadas exteriormente com solução de hipoclorito de sódio a 0,5% Os produtos biológicos, devidamente identificados, devem ser acondicionados seguindo as normas de biossegurança para embalagem e transporte de substâncias infecciosas ³³ Colocar cada recipiente com amostras em saco plástico bem fechado
CONSERVAÇÃO	Manter as amostras no frigorífico até envio para o laboratório (INSA)
ENVIO DAS AMOSTRAS AO INSA	Providenciar embalagem apropriada ao transporte (<i>correio, avião ou mão própria</i>), com refrigeração ³³ , por exemplo, com gelo seco Juntar cópia da notificação de caso (SINAVE) às amostras de casos de PFA ou juntar cópia da tabela para identificação de contactos anexa ao formulário do Inquérito Epidemiológico, no SINAVE, às amostras dos contactos Na embalagem exterior deve ser assinalado, de forma bem visível, o endereço do Laboratório Nacional de Referência para a Poliomielite, no INSA Assegurar entrega ao INSA no prazo máximo de 72 horas após o envio

(a) A colheita de amostras de contactos próximos aplica-se a: casos possíveis com amostras inadequadas, a casos prováveis e a casos confirmados por vírus vacinal; a colheita de amostras de todos os contactos aplica-se a casos confirmados com suspeição ou identificação de infeção por vírus selvagem ou derivado da vacina.

Para apoio na colheita e envio dos produtos, utilizar os contactos do INSA de Lisboa:

Laboratório Nacional de Referência de Doenças Evitáveis pela Vacinação	Tel. 217 508 173
Departamento de Doenças Infecciosas	Fax. 217 526 400
Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge	Email: paula.palminha@insa.min-saude.pt
Av. Padre Cruz, CP 1649-016 Lisboa	elsa.vinagre@insa.min-saude.pt
	carlos.ribeiro@insa.min-saude.pt

Os produtos podem também ser enviados ao INSA do Porto (que os envia para o INSA de Lisboa):

Central de Análises	
Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge	Tel: 223 401 108
Rua Alexandre Herculano, 321; CP 4000-055 Porto	

³³ Guidance on regulations for the transport of infectious substances 2013 – 2014. (WHO/HSE/GCR/2012.12), disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78075/1/WHO_HSE_GCR_2012.12_eng.pdf.

ANEXO IX – Avaliação anual das atividades adicionais de vacinação

Identificar agregados populacionais com coberturas vacinais que possam não garantir a imunidade de grupo, originários e/ou com relações estreitas com países de risco para a poliomielite e grupos de minorias religiosas, filosóficas, étnicas ou outros (famílias, comunidades, bairros de imigrantes, instituições de refugiados ou outros)

Dados referentes a ARS/RA: _____, ano _____

Listagem das atividades adicionais de vacinação:

Data ou Período da atividade	Grupo intervencionado (país de origem; tipo de minoria)	Localização (concelho e freguesia)	Unidade de Saúde (ULS/ACES/USF)	Justificação da intervenção	Nº total de pessoas no grupo (N)* e cobertura vacinal para a VIP** no final da atividade (%), por classe etária										Total de vacinados nesta atividade
					<2 anos		2-4 anos		5-17 anos		≥ 18 anos		Total		
					N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	

* Pode ser nº aproximado

** Segundo critérios a definir localmente: de acordo com o contexto social e epidemiológico pode ser decidido adiantar esquemas de vacinação ou utilizar as recomendações de vacinação dos viajantes. Neste modelo deve ser inserida a cobertura vacinal para a VIP e a VASPR, uma vez que é comum ao Programa Nacional de Eliminação do Sarampo.

Observações: _____

Data de envio:...../...../..... Nome do responsável pelo preenchimento: _____

Enviar para: Responsável Nacional pela Vacinação (anexo X); e-mail: polio@dgs.pt; telefone: 21 843 0565/702; fax: 21 843 0711

ANEXO X - Contactos dos Coordenadores e Responsáveis do Programa nas ARS, Regiões Autónomas (R.A.), DGS e INSA

Instituição	Nome e função	Detalhes para contacto
ARS NORTE (Departamento de Saúde Pública)	Delegado de Saúde Regional (Coordenador Regional do Programa)	Rua Anselmo Braamcamp, 144 4000-078 PORTO Telefone: 220 411 701; Fax: 220 411 702 / 220 411 738
	Isabel Andrade (Responsável Regional pela Vigilância da PFA)	Telemóvel-emergências: 964 965 042 Coordenador: directora.dsp@arsnorte.min-saude.pt Responsável: iandrade@arsnorte.min-saude.pt
ARS CENTRO (Departamento de Saúde Pública)	Delegado de Saúde Regional (Coordenador Regional do Programa)	Av. D. Afonso Henriques, 141 – 5º 3000-011 COIMBRA Telefone: 239 488 280/81; Fax: 239 488 289
	Eugénio Cordeiro (Responsável Regional pela Vigilância da PFA)	Telemóvel-emergências: 918 852 113 Coordenador: joao.pimentel@arscentro.min-saude.pt Responsável: eugeniocordeiro@arscentro.min-saude.pt
ARS LISBOA E VALE DO TEJO (Departamento de Saúde Pública)	Delegado de Saúde Regional (Coordenador Regional do Programa)	Av. Estados Unidos da América, 75 1749-096 LISBOA Telefone: 218 425 134/35; Fax: 218 463 725
	Maria Adelaide Coelho (Responsável Regional pela Vigilância da PFA)	Telemóvel-emergências: 964 440 362 Coordenador: antonio.tavares@arslvt.min-saude.pt Responsável: arslvt-dsp@arslvt.min-saude.pt
ARS ALENTEJO (Departamento de Saúde Pública e Planeamento)	Delegado de Saúde Regional (Coordenador Regional do Programa)	Praça Joaquim António de Aguiar, 5 7000-510 ÉVORA Telefone: 266 737 500; Fax: 266 703 507
	Paula Valente (Responsável Regional pela Vigilância da PFA)	Telemóvel-emergências: 969 350 334 Coordenador: filomena.araujo@arsalentejo.min-saude.pt Responsável: paula.valente@arsalentejo.min-saude.pt
ARS ALGARVE (Departamento de Saúde Pública e Planeamento)	Delegado de Saúde Regional (Coordenador Regional do Programa)	Rua Brites de Almeida, 6 – 3º 8000-234 FARO Telefone: 289 889 900; Fax: 289 829 849
	Helena Massena Ferreira (Responsável Regional pela Vigilância da PFA)	Telemóvel-emergências: 966 969 543 Coordenador: aguerreiro@arsalgarve.min-saude.pt Responsável: svrcra@arsalgarve.min-saude.pt
R. A. AÇORES (Secretaria Regional da Saúde)	Secretário Regional da Saúde (Coordenador Regional do Programa)	Solar dos Remédios 9701-855 ANGRA DO HEROISMO Telefone: 295 204 232; Fax: 295 204 250
	Luisa Silveira (Responsável Regional pela Vigilância da PFA)	Telemóvel-emergências: 926 814 099 Coordenador: armando.l.almeida@azores.gov.pt Responsável: luisasilveira1@hotmail.com
R. A. MADEIRA (Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP)	Ana Nunes (Coordenador Regional do Programa e Responsável Regional pela Vigilância da PFA)	Rua das Pretas, nº 1 9004-515 FUNCHAL Telefone: 291 212 313; Fax: 291 281 421 Telemóvel-emergências: 967 800 877 Coordenador: ana.nunes@iasaude.sras.gov-madeira.pt Responsável: o mesmo

(Cont.) ANEXO X - Contactos dos Coordenadores e Responsáveis do Programa nas ARS, Regiões Autónomas (R.A.), DGS e INSA

Instituição	Nome e função	Detalhes para contacto
Direção-Geral da Saúde (DGS)	Teresa Fernandes (Coordenador Nacional do Programa)	Alameda D. Afonso Henriques, 45, 4º piso 1049-005 Lisboa
(Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde)	Etelvina Calé (Responsável Nacional pela Vacinação no âmbito do Programa)	Telefone 21 843 0565/702; Fax 21 843 0711 Coordenador: polio@dgs.pt Vacinação: polio@dgs.pt
DGS: Divisão de Epidemiologia e Vigilância	Cátia Sousa Pinto (Responsável Nacional pela Vigilância da PFA)	7º piso Telefone 21 843 0625; Fax 21 843 0687 pfa@dgs.pt
DGS: Unidade de Apoio à Autoridade de Saúde Nacional e à Gestão de Emergências em Saúde Pública	Cristina Santos (Responsável pela receção e envio de alertas)	8º piso Telefone 21 843 0649; Fax 21 843 0655 pfa@dgs.pt
Instituto Nacional de Saúde (Laboratório de Referência para as Doenças Evitáveis pela Vacinação – Laboratório de Referência para a Poliomielite)	Paula Palminha (Responsável pela Componente Laboratorial do Programa)	Av. Padre Cruz, CP 1649-016 Lisboa Tel. 217 508 173 Fax. 217 526 400 paula.palminha@insa.min-saude.pt



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel: +351 21 843 05 00
Fax: +351 21 843 05 30
E-mail: geral@dgs.pt