



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite Plano de Ação Pós-Eliminação

2. Procedimentos do Programa

DGS – TERESA FERNANDES

**Norma nº 017/2014, de 27/11/2014
Divulgação às equipas regionais, 15/12/2014**

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Objectivos

- 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.



Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

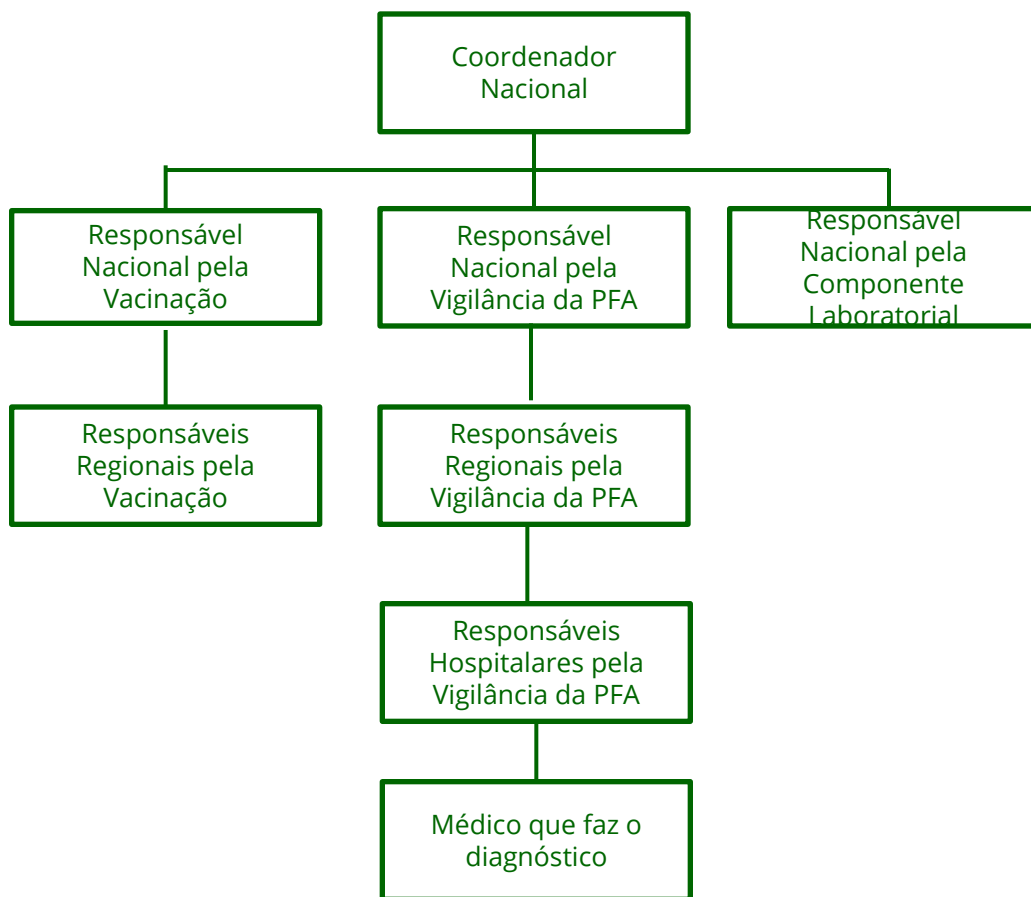
Objetivos e estratégias do Programa

Ações de Prevenção e Detecção precoce da poliomielite			Ações de Resposta à eventual importação do vírus da poliomielite
Vacinação	Contenção laboratorial	Vigilância	
<p>Utilização exclusiva da vacina inativada contra a poliomielite</p> <p>Vacinação de rotina no âmbito do PNV</p> <p>Vacinação em circunstâncias especiais:</p> <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 	<p>O INSA (Lisboa) é o único laboratório certificado para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa do vírus - Identificação e caracterização do vírus - Identificação dos laboratórios que manuseiam produtos biológicos potencialmente infecciosos 	<p>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</p> <p>Vigilância laboratorial de Enterovírus, coordenada pelo INSA, abrangendo:</p> <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 	<p>Coordenada e executada a nível nacional pela DGS e a nível regional pelas ARS e Serviços homólogos das RA dos Açores e da Madeira</p> <p>Reforço das medidas de vacinação, de vigilância e de contenção laboratorial de acordo com os níveis de alerta</p> <p>Atividades adicionais de vacinação no âmbito da resposta à importação do vírus</p>

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Estrutura do Programa a Nível Local, Regional e Nacional

Rede Operacional



Rede de Comando



Avaliação

Avaliação **anual**:

✓ **Interna**

- ✓ DGS e INSA

✓ **Externa**

- ✓ Comissão Nacional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite (CNCEP).
- ✓ *European Regional Certification Commission for Poliomyelitis Eradication (RCC).*

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Nova Comissão Nacional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite

Nomeados em 01 set 2014:

1. Laurinda Pereira de Queirós, Médica de Saúde Pública, Presidente
2. Célia Rosa de Morais Barbosa, neuropediatra
3. Fernanda Maria Pereira Rodrigues, pediatra
4. Maria Teresa Jino Moreno, neuropediatra
5. Perpétua da Conceição Rodrigues Gomes, farmacêutica e microbiologista

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Vacinação

Vacinação de rotina no âmbito do PNV

Vacinação em circunstâncias especiais:

- 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



Vacinação no âmbito do PNV

População-alvo/idade	Nº doses de VIP recomendadas e esquema
<18 anos (PNV 2012)	4 doses 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”

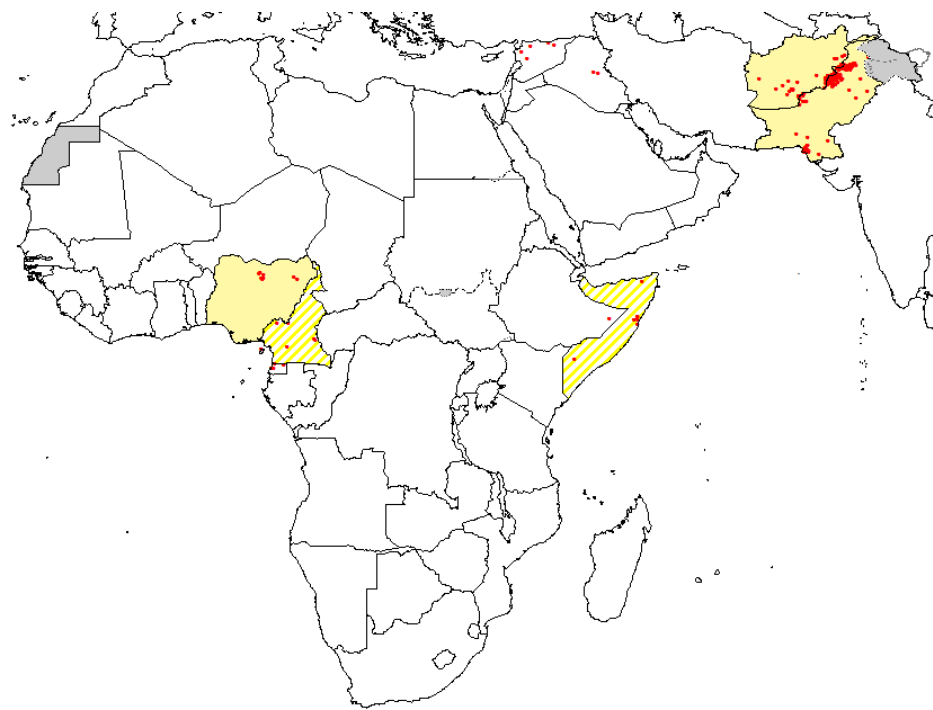
Objetivo: diminuir o número de indivíduos e de bolsas de população susceptíveis, de modo a impedir a circulação do vírus na eventualidade da sua introdução em Portugal.

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Vacinação de viajantes para países de risco

Fonte de informação	Link
Global Polio Eradication Initiative (GPEI)	http://www.polioeradication.org/
Polio this week (GPEI)	http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek.aspx
Países com casos por VPDV nos últimos 12 meses	ECDC http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek/Circulatingvaccinederivedpoliovirus.aspx
OMS (sistema informação CISID)	http://data.euro.who.int/cisid/

Casos por vírus selvagem (últimos 12 meses)



Informação disponível em :
<http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek/Poliocasesworldwide.aspx>

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Vacinação de profissionais de saúde e de outros profissionais em risco

- ✓ 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;
- ✓ Outros profissionais de risco, nomeadamente trabalhadores em contacto com águas residuais (esgotos).

(apenas 1% dos infetados pelo vírus da poliomielite são sintomáticos)

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Vacinação Viajantes e Profissionais de risco

Idade	Estado vacinal	N.º de doses de VIP recomendadas	Intervalo mínimo entre as doses
≥ 6 semanas e < 7 anos	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		Fazer ou completar o esquema de 3 doses ^(a,b)	
≥ 18 anos (independentemente 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)	≥ 10 anos depois da última dose

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Atividades adicionais de vacinação

Situação epidemiológica	Atividade	Recomendações de vacinação
Bolsas de população suscetível	Identificar agregados populacionais com coberturas vacinais que possam não garantir a imunidade do 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)	1) Vacinar de acordo com o estado vacinal e a idade (tabela VI e VIII) 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) 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	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	1) Além das recomendações 1) e 2), deve ser administrada, logo após a chegada a Portugal, uma dose suplementar de vacina VIP, aos que não possuem prova de vacinação com VAP ou VIP nos últimos 12 meses

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Vigilância

Vigilância da Paralisia Flácida Aguda (PFA), complementada pela vigilância de Enterovírus.

A **vigilância da PFA** é composta por três componentes:

✓ **Clínica:**

Identificar, comunicar e investigar casos possíveis e prováveis de poliomielite

✓ **Epidemiológica**, com investigação de:

- Factores de risco do “doente” para a poliomielite;
- Contactos do(s) doente(s) em período de contágio;
- Possível cadeia de transmissão;
- Possível fonte de infeção;

✓ **Laboratorial**

Infirmary/confirmar todos os casos



Vigilância

Vigilância clínica e epidemiológica da PFA :

- ✓ Atividades de rotina
 - ✓ Resumos mensais, regionais
 - ✓ Resumos semanais, nacionais
- ✓ Atividades de notificação e investigação de casos possíveis e prováveis
 - ✓ Ações de Resposta – nível 0
 - ✓ Ações de Resposta – nível 1



Vigilância clínica e epidemiológica da PFA

Responsáveis Hospitalares

Incentivar a deteção e notificação de casos	Comunicar com os Responsáveis Regionais	Proceder, na 1ª semana de cada mês, à revisão dos ficheiros do mês anterior de 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)	Remeter, na 1ª semana de cada mês, o formulário do anexo VII actualizado ao Responsável Regional da PFA, sempre que necessário;	Se for detectado um novo caso, deve ser preenchido o formulário de notificação de caso de Paralisia Flácida Aguda <i>online</i> no sistema SINAVE https://sinave.min-saude.pt/sivdot/login.aspx ;	Comunicar com o Coordenador Regional do Programa/Delegado de Saúde Regional ou o Responsável Regional pela Vigilância da PFA, sempre que necessário;
---	---	--	---	--	--

Vigilância clínica e epidemiológica da PFA

Coordenadores Locais/Delegados de Saúde

Promover a investigação epidemiológica dos casos possíveis e prováveis no seu ACES

Validar no sistema SINAVE a informação recebida dos Responsáveis Hospitalares pela Vigilância da PFA

Comunicar com o Coordenador Regional do Programa/Delegado de Saúde Regional ou o Responsável Regional pela Vigilância da PFA, sempre que necessário

Vigilância clínica e epidemiológica da PFA

Os Responsáveis Regionais pela Vigilância da PFA e o Coordenador Regional do Programa/Delegado de Saúde Regional

Promover a detecção, notificação e investigação clínica de casos nos hospitais da sua região;

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);

Enviar, até à 2ª semana de cada mês, ao Responsável Nacional pela Vigilância da PFA (pfa@dgs.pt), o modelo do anexo VII, atualizado

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Vigilância clínica e epidemiológica da PFA

O Responsável Nacional pela Vigilância da PFA

Coordenar o sistema de vigilância com o Coordenador Nacional, os Responsáveis Regionais, o INSA e a OMS;

Centralizar a informação, com criação/gestão da base de dados nacional, respeitando os critérios da OMS;

Comunicar à OMS, a informação nacional recebida na semana anterior

Enviar os dados da vigilância da PFA, mensalmente, ao Coordenador Nacional

Estimular proativamente o envio dos formulários atempadamente

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Avaliação das ações de prevenção e deteção precoce

Avaliação da estratégia de vacinação

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	

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Avaliação das ações de prevenção e deteção precoce

Avaliação 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 4 ^a feira)	≥ 80% do esperado ^(b)

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Definição de caso para fins de vigilância epidemiológica

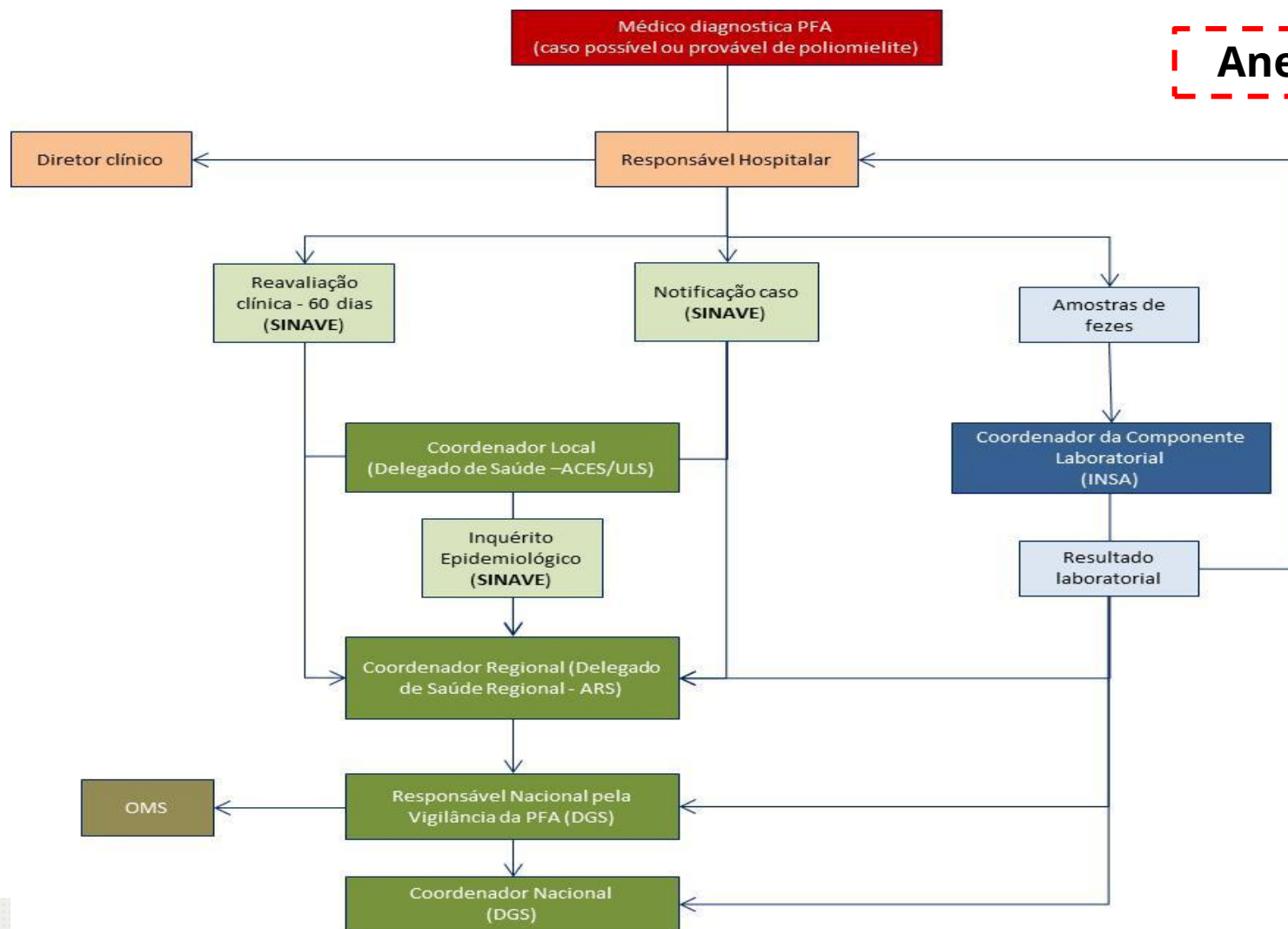
Critérios clínicos	Critérios laboratoriais	Critérios epidemiológicos
<p>Paralisia flácida de início agudo (PFA)^a com os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <15 anos de idade - Não causada por traumatismo - Sem outra identificação etiológica <p>OU</p> <p>Suspeita clínica de poliomielite, em qualquer idade</p>	<p>A. Isolamento do vírus ou deteção por técnica de biologia molecular</p> <p>OU</p> <p>A. Um dos seguintes critérios:</p> <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 	<p>Pelo menos um dos seguintes critérios, dentro do período de incubação:</p> <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}

Caso possível	Caso provável	Caso confirmado
Critérios clínicos	<p>Critérios clínicos</p> <p>E</p> <p>Critérios epidemiológicos</p>	Critérios laboratoriais A OU B

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Vigilância de casos de PFA- Fluxo de Informação

Anexo VI



Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

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

Baseados em:

- ✓ Deteção do vírus
- ✓ Diferenciação intratípica
- ✓ Origem da infeção

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Ações de resposta à eventual importação do vírus da Poliomielite

As ações de Resposta à importação do vírus da poliomielite têm por base as recomendações da OMS-Europa para países de baixo risco de transmissão do vírus da poliomielite após importação

("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)

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Ações de Resposta à eventual importação do vírus da Poliomielite

Ações de Resposta organizadas em 5 componentes:

1. Coordenação e comunicação
2. Gestão do doente e contactos
3. Vigilância clínica e epidemiológica
4. Vigilância e contenção laboratorial
5. Vacinação

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Ações de Resposta à eventual importação do vírus da Poliomielite

Ações	Nível de alerta 0 (caso possível)
Gestão do doente e contactos	<p>O Hospital implementa as medidas adequadas à situação clínica do doente e efetua colheita de fezes para envio ao INSA (vigilância clínica e epidemiológica).</p> <p>O Coordenador Local/Delegado de Saúde, solicita, se necessário, colheita de fezes a contactos próximos do doente (vigilância clínica e epidemiológica).</p>

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Nível de alerta 0

Vigilância clínica e epidemiológica (Vigilância PFA - 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:

- a. Comunicar de imediato o caso ao Diretor Clínico do Hospital;
- b. 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;
- c. 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;
- d. 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:

- a. 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**;
- b. 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 índex ou secundários (utilizar a tabela “**Identificação de contactos**”, anexa ao formulário do inquérito epidemiológico, no SINAVE);

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Nível de alerta 0

Vigilância clínica e epidemiológica (cont.)

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

- c. Investigar **fatores de risco do doente** (no período de incubação) e dos seus contactos próximos, nomeadamente:
 - i. Menos de 3 doses de vacina contra a poliomielite ou sem registo da vacina;
 - ii. Viagem recente a um país de risco para a poliomielite;
 - iii. Residência em comunidade originária de país de risco para a poliomielite;
 - iv. Contacto próximo (exposição a fezes ou secreções orais ou nasais) com doente com poliomielite/PFA;
 - v. Contacto próximo com uma pessoa vinda recentemente de um país de risco para a poliomielite^{4,5};
- d. 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 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);
- e. 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.

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

- 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.

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Ações de Resposta à eventual importação do vírus da Poliomielite

Ações	Nível de alerta 0 (caso possível)	Nível de alerta 1 (caso provável)
Gestão do doente e contactos	<p>O Hospital implementa as medidas adequadas à situação clínica do doente e efetua colheita de fezes para envio ao INSA (vigilância clínica e epidemiológica).</p> <p>O Coordenador Local/Delegado de Saúde, solicita, se necessário, colheita de fezes a contactos próximos do doente (vigilância clínica e epidemiológica).</p>	<p>Além das ações previstas no Nível de alerta 0 (tabela XIV):</p> <p>O Hospital implementa as medidas adequadas ao isolamento do doente (não existe tratamento específico);</p> <p>O Coordenador Local/Delegado de Saúde solicita, obrigatoriamente, colheita de fezes a contactos próximos do doente.</p>

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Ações de Resposta à eventual importação do vírus da Poliomielite

Ações	Nível de alerta 0 (caso possível)	Nível de alerta 1 (caso provável)
<p>Vigilância clínica e epidemiológica</p>	<p>O Coordenador Local deve: Se não houver amostras de fezes ou se estas forem _____ inadequadas, investigar laboratorialmente um máximo de 5 contactos próximos <5 anos de idade, até 35 dias após o último contacto com o doente, 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);</p>	<p>Além das ações previstas no Nível de alerta 0 (tabela XIV): O Coordenador Local 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).</p>
<p>Vacinação</p>	<p>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.</p>	<p>As ações previstas para o Nível de alerta 0</p>

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Ações de Resposta à eventual importação do vírus da Poliomielite

Ações	Nível de alerta 1 (caso provável)	Nível de alerta 2 - 5 (caso confirmado)
Gestão do doente e contactos	<p>Além das ações previstas no Nível de alerta 0 (tabela XIV):</p> <p>O Hospital implementa as medidas adequadas ao isolamento do doente (não existe tratamento específico);</p> <p>O Coordenador Local/Delegado de Saúde solicita, obrigatoriamente, colheita de fezes a contactos próximos do doente.</p>	<p>Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0 e 1:</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Ações de Resposta à eventual importação do vírus da Poliomielite

Ações	Nível de alerta 1 (caso provável)	Nível de alerta 2 - 5 (caso confirmado)
Vigilância clínica e epidemiológica	<p>Além das ações previstas no Nível de alerta 0:</p> <p>O Coordenador Local 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).</p>	<p>Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0 e 1:</p> <p>O Coordenador Local 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);</p>
Vacinação	<p>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.</p>	<p>Além das ações previstas nos Níveis de alerta 0 e 1:</p> <p>O Coordenador Local garante:</p> <ol style="list-style-type: none">A vacinação urgente dos casos assintomáticos e dos contactos próximos imunocomprometidos, independentemente do seu estado vacinal;A verificação do estado vacinal de todos os contactos próximos e a vacinação dos que não estiverem corretamente vacinados (ponto 1 do capítulo III).

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Mais ações de Resposta à eventual importação do vírus da Poliomielite:

[Norma nº 017/2014 DGS de 27/11/2014](#)

Ações de Resposta à eventual importação do vírus da Poliomielite

Relatório Final

Após 6 meses da identificação do último caso de doença, a Equipa de Resposta à Emergência (ERE) deve elaborar um relatório de avaliação das ações de resposta implementadas para enviar à CNEP



Avaliação da estratégia de resposta à eventual importação do vírus da poliomielite

- ✓ Avaliação anual das atividades de vigilância (Níveis de alerta 0 e 1);
- ✓ 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.

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação

Indicadores e metas nacionais anuais da vigilância de casos possíveis e prováveis

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

Médicos Privados

Médicos do SNS

Todos

Para

Médicos de Saúde Pública

Enfermeiros

erradicar a

Poliomielite!

Outros profissionais de saúde



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



www.dgs.pt