

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

**Novembro 2013**

**Grupo responsável pela elaboração desta Norma**

**Coordenação e elaboração:**

Teresa Fernandes  
Maria Etelvina Calé  
Ana Leça  
Maria da Graça Freitas

**Apoio técnico e científico:**

Carlos Orta Gomes  
Maria Isabel Castelão  
Patrícia Santos  
Paula Maria Valente  
Paula Palminha  
Paula Vasconcelos

**Agradecimentos:**

**Ficam sem efeito os conteúdos de circulares, 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

## ÍNDICE

### Siglas e Acrónimos

#### I. Introdução

1. A erradicação da poliomielite no mundo
2. A eliminação da poliomielite em Portugal
3. Fundamentos da contenção laboratorial

#### II. Poliomielite: conceitos e definições

1. Conceitos clínicos e epidemiológicos
2. Definições de caso para fins de vigilância epidemiológica
3. Definições e níveis de alerta para fins de controlo
4. Outras definições

#### III. Objetivos e estratégias do Programa

1. Objetivos
2. Estratégias
3. Operacionalização

#### IV. Vacinação

1. Vacinação de rotina
2. Vacinação em circunstâncias especiais
  - 4.1. Vacinação de viajantes
  - 4.2. Vacinação dos profissionais de saúde
3. Atividades adicionais de vacinação

#### V. Vigilância da paralisia flácida aguda (PFA)

1. Objetivos
2. Procedimentos perante casos
  - 2.1. Papel do médico que diagnostique um caso
  - 2.2. Papel do Coordenador Hospitalar ou Diretor Clínico que tome conhecimento de um caso
  - 2.3. Papel do Coordenador Regional que receba a notificação de um caso
  - 2.4. Papel do Delegado de Saúde que receba a notificação de um caso
  - 2.5. Papel do Laboratório de Referência (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - INSA)
3. Sistema de informação
  - 3.1. Rede de responsáveis pela vigilância da PFA
  - 3.2. Procedimentos
  - 3.3. Resumos semanais
  - 3.4. Resumos mensais

#### VI. Plano de resposta à importação do vírus da poliomielite

1. Objetivos

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

2. Linhas gerais de atuação
3. Operacionalização da resposta
  - 3.1. Nível de alerta 1
  - 3.2. Nível de alerta 2
  - 3.3. Nível de alerta 3
  - 3.4. Nível de alerta 4
  - 3.5. Nível de alerta 5
  - 3.6. Relatório final

### VII. Contenção e vigilância laboratorial

1. Plano de contenção laboratorial do vírus da poliomielite
    - 1.1. Destinatários do Plano de Contenção
    - 1.2. Plano de Contenção
  2. Estratégia da vigilância laboratorial
1. Avaliação do Programa
    - 5.
    - 6.
    - 7.
    - 8.
    - 9.

### Índice de Figuras

Figura 1

Figura 2

### Índice de Tabelas

Tabela I

Tabela II

Tabela III

Tabela IV

Tabela V

Tabela VI

Tabela VII

Tabela VIII

Tabela IX

Tabela X

Tabela XI

Tabela XII

### **Índice de Anexos**

ANEXO I

ANEXO II

ANEXO III

ANEXO IV

ANEXO V

ANEXO VI

ANEXO VII

ANEXO VIII

ANEXO IX

### SIGLAS ACRÓNIMOS

|       |  |
|-------|--|
| ACES  | Agrupamento de Centros de Saúde                                  |
| APAVT | Associação Portuguesa de Agências de Viagens e Turismo           |
| ARS   | Administração Regional de Saúde                                  |
| CNCEP | Comissão Nacional de Certificação da Erradicação da Poliomielite |
| CRCEP | Comissão Regional de Certificação da Erradicação da Poliomielite |
| DDO   | Doenças de Declaração Obrigatória                                |
| DGS   | Direcção-Geral da Saúde  |
| DSR   | Delegado de Saúde Regional                                       |
| ECDC  | Centro Europeu para a Prevenção e Controlo das Doenças           |
| INCM  | Imprensa Nacional Casa da Moeda                                  |
| INSA  | Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge                    |
| IPSS  | Instituição Particular de Solidariedade Social                   |
| OMS   | Organização Mundial de Saúde                                     |
| PCR   | <i>Polymerase Chain Reaction</i>                                 |
| PNV   | Programa Nacional de Vacinação                                   |
| RA    | Regiões Autónomas  |
| TESSy | Sistema Europeu de Vigilância do ECDC                            |
| ULS   | Unidade Local de Saúde   |
| VAP   | Vacina atenuada contra a poliomielite, oral                      |
| VIP   | Vacina inativada contra a poliomielite, injetável                |

## I. Introdução

### 1. A erradicação da poliomielite no mundo

A poliomielite, à semelhança do que ocorreu com a varíola em 1980, é uma doença passível de erradicação e tem vindo a ser progressivamente eliminada em vastas regiões do mundo.

Em 1988, a 41ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a resolução de erradicar a poliomielite do mundo. Com esta finalidade, foi então lançada a Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI), com objetivos, estratégias, ações e estrutura organizacional bem definidas<sup>1</sup>.

O último Plano Estratégico da Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite 2013-2018 foi publicado em 2013 e tem como objetivos:

- Detetar e interromper a transmissão de todos os vírus até 2015<sup>2</sup>
- Reforçar os programas de vacinação e cessar a vacinação com a vacina oral
- Conter o vírus e certificar a interrupção da transmissão
- Manter o legado da erradicação da poliomielite

A nível mundial, o número global de casos desceu mais de 99%: de 350 000 em 1988 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 endémicos<sup>3</sup> (Afeganistão, Nigéria, Paquistão), países considerados de transmissão restabelecida<sup>3</sup>, países com surtos ativos após importação de casos<sup>3,4</sup> bem como países com casos por vírus derivado da vacina circulante (cVDPV)<sup>3,5</sup>.

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, nomeadamente 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 OMS foi a terceira a obter a Certificação da Eliminação da Poliomielite, em 2002.

Nesse ano, foi lançado um Plano de Ação Pós-Eliminação que é seguido pelos 53 países da OMS-Europa, incluindo Portugal, que se baseia em quatro linhas de ação fundamentais:

- Vacinação
- Vigilância
- Contenção laboratorial

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

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

<sup>3</sup> Ver definições no Capítulo II.

<sup>4</sup> 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>.

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

### - Planeamento da resposta a importações do vírus

Em 2006, em resposta ao agravamento da situação epidemiológica da poliomielite no mundo, a Assembleia Mundial de Saúde aprovou uma resolução (WHA 59.1) que declara que a importação do vírus polio para uma área livre da poliomielite representa uma ameaça potencial para a saúde internacional, sendo enquadrada no regulamento sanitário internacional<sup>6</sup>, constituindo por isso um alerta de saúde pública que requer resposta imediata.

Ainda na resolução da WHA 59.1 foram acordadas as principais acções de resposta e indicadores a ter em conta na resposta a importações do vírus polio.

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. Este surto gerou, posteriormente, 18 casos notificados em vários países vizinhos (Rússia, Turquemenistão, Cazaquistão, e possivelmente, Uzbequistão).

Em Agosto de 2011 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, mas 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.

## 2. A eliminação da poliomielite em Portugal

Portugal aderiu à iniciativa de Erradicação da Poliomielite em 1988, sendo um dos estados financiadores da iniciativa, e 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, essencialmente, através de uma campanha de vacinação em 1965-66 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, exigia a implementação da vigilância clínica, laboratorial e epidemiológica da Paralisia Flácida Aguda (PFA)<sup>7</sup>.

O Programa foi atualizado em 1999<sup>8</sup> em 2003<sup>9</sup> e à data.

O Inventário Nacional de Laboratórios realizado a 31 de Dezembro de 2002 pelo INSA/DGS revelou que somente duas Instituições detinham estirpes de vírus da poliomielite selvagem designadamente, o Laboratório de Virologia do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, em Lisboa e o Laboratório de Referência da Poliomielite no INSA, em Lisboa.

Uma vez que apenas o laboratório de referência para a poliomielite está autorizado a armazenar o vírus da poliomielite, em Março de 2005 as estirpes existentes no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, em Lisboa, foram destruídas, sendo, à data, o INSA o único detentor, conhecido, de estirpes de vírus da poliomielite selvagem.

<sup>6</sup> Disponível em: <http://www.who.int/ihr/9789241596664/en/>

<sup>7</sup> Circular Normativa nº 5/DSSP de 03/10/1995, revogada

<sup>8</sup> Circular Normativa nº 7/DSPS de 08/06/1999, revogada

<sup>9</sup> Despacho nº1191/2004, DR nº 16 – Série II, operacionalizado pela Circular Normativa nº08/DSPS de 04/05/2004



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

Para eliminar a possibilidade de circulação também do vírus vacinal da poliomielite no país, em Janeiro de 2006 procedeu-se à substituição, no PNV, da vacina oral de vírus ativo atenuado contra a poliomielite (VAP) por uma vacina injetável inactivada (VIP), em combinação ou isolada.

A Comissão Regional de Certificação da Erradicação da Poliomielite (Região Europeia) classificou Portugal, em 2013, como país de baixo risco<sup>10</sup> de transmissão do vírus após importação. No entanto, existem evidentes insuficiências na vigilância da PFA que implicam uma desadequada capacidade de deteção de eventuais casos de paralisia por poliomielite aguda.

O risco de importação de vírus é real e a sua circulação pode não ser detectada 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 e, até certo ponto, também de importação do vírus.

A atual revisão tem como propósito adaptar o Programa às mudanças na organização dos serviços de saúde em Portugal, a atualizações do Programa efetuadas pela OMS e também responder ao risco real de importação a que toda a Europa está sujeita.

### Situação epidemiológica em Portugal

Em Portugal, não se verificam casos de poliomielite aguda por vírus selvagem desde 1986, estando a doença oficialmente eliminada desde 2002 (certificação Europeia). Os resultados do Inquérito Serológico Nacional de 2001-2002<sup>11</sup> revelaram valores de imunidade de 88-93% para o vírus da poliomielite tipo 1, 84-98% para o tipo 2 e 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 eliminação da poliomielite deve-se à efetividade do Programa Nacional de Vacinação que, desde 1965, tem garantido, de forma sustentada, elevadas coberturas vacinais contra a poliomielite. A nível nacional, nas últimas duas décadas, as coberturas para a 3ª e a 4ª doses da vacina têm sido da ordem dos 95%, o que minimiza a probabilidade de circulação do vírus da poliomielite em Portugal, mesmo na eventualidade da sua importação.

Em 2012, a cobertura vacinal foi de 98% para a 3ª dose e 96% para a 4ª dose de VIP. No entanto, a desagregação dos dados a nível regional e local revela algumas assimetrias que indiciam a existência de bolsas de suscetíveis, mesmo em regiões com cobertura vacinal elevada.

De acordo com estimativas da OMS, o número anual de casos esperados de paralisia flácida aguda (PFA) em menores de 15 anos de idade, em Portugal é no mínimo, de 16 casos (1 caso por 100 000 crianças <15 anos). No entanto, pelo menos nos últimos 7 anos, o número de casos de PFA em <15 anos notificados anualmente ficou muito aquém do esperado (entre 5 e 9 casos).

---

<sup>10</sup> Relatório anual da Comissão Regional de Certificação da Erradicação da Poliomielite, 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>.

<sup>11</sup> Direcção-Geral da Saúde. Avaliação do Programa Nacional de Vacinação – 2º Inquérito Serológico Nacional – Portugal Continental 2001-2002. Lisboa: DGS; 2004.

### **3. Fundamentos da contenção laboratorial**

Num país certificado como livre de poliomielite (em fase de pós-eliminação), os laboratórios que armazenam ou manuseiam vírus da poliomielite ou produtos potencialmente infecciosos para o vírus da poliomielite constituem uma possível fonte de disseminação do vírus para a comunidade, através da eventual infecção do seu pessoal ou da eventual contaminação ambiental (por eliminação de resíduos sólidos ou líquidos).

O cumprimento das boas práticas laboratoriais em geral e do nível de segurança biológica adequado, 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 mas as suas potenciais consequências tornam-se mais graves à medida que aumenta o número de países que eliminaram a poliomielite. Por conseguinte, é crucial existir uma adequada contenção laboratorial que proporcione não só o manuseamento seguro do vírus da poliomielite selvagem ou derivado da vacina como de todos os produtos potencialmente infecciosos para este vírus.

## II. Poliomielite: conceitos e definições

### 1. Conceitos clínicos e epidemiológicos

No anexo I apresenta-se uma descrição dos principais conceitos clínicos e epidemiológicos da poliomielite.

| Transmissão  | Período de incubação  | Período de contágio   |
|--|---|---|
| Pessoa-a-pessoa (fecal-oral)   | 3 a 6 dias até aos primeiros sintomas   | 1 a 2 semanas antes e após o início da paralisia                              |
| Via aérea (gotículas)  | A doença inicia-se, normalmente, com febre (sinal prodromico)                                 | Período de excreção do vírus: 2 semanas na saliva; 3 a 6 semanas nas fezes    |
| Contacto direto com secreções nasais, faríngeas ou saliva / de pessoas infetadas | A paralisia surge, geralmente, 7 a 21 dias após a infeção (variação máxima entre 3 e 35 dias) | O período de contágio pode ser mais prolongado nos doentes imunocomprometidos |

### 2. Definições de caso<sup>12</sup> para fins de vigilância epidemiológica

**Tabela I** – Critérios da definição de caso de poliomielite para fins de vigilância epidemiológica

| Critérios  |   |  |
|--|---|--|
| Clínicos   | Laboratoriais   | Epidemiológicos  |
| <b>A.</b> Paralisia flácida de início agudo (PFA) ou óbito por PFA em <15 anos de idade<br><br><b>B.</b> Suspeita clínica de poliomielite, em qualquer idade | <b>A.</b> Isolamento do vírus ou deteção por técnica de biologia molecular<br><br><b>B.</b> Um dos seguintes critérios: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Isolamento e identificação, por diferenciação intratípica, de vírus polio selvagem*</li> <li>2) Isolamento e identificação, por diferenciação intratípica, de vírus polio derivado da vacina (VDVP)*;</li> <li>3) Isolamento e identificação, por diferenciação intratípica, de vírus polio vacinal*</li> </ol> | Pelo menos um dos critérios epidemiológicos seguintes, dentro do período de incubação (3-35 dias antes do início da doença): <ul style="list-style-type: none"> <li>- pessoa com &lt; 3 doses de vacina contra a poliomielite ou sem registo vacinal</li> <li>- história de viagem a um país de risco para a poliomielite</li> <li>- ligação epidemiológica (contacto próximo) a um caso confirmado</li> <li>- pessoa inserida numa comunidade originária de um país de risco<sup>4,5</sup></li> </ul> |

\* Diferenças na sequência nucleótida que codifica a proteína VP1 relativamente ao vírus vacinal: se >15%, considerado vírus selvagem; entre 1 e 15%, considerado VDVP; se <1%, considerado vírus vacinal.

<sup>12</sup> Adaptado da Decisão da Comissão Europeia nº 2012/506/UE de 08/08/2012 (Jornal Oficial da União Europeia, série L, nº 262/1 de 27/09/2012)

**Tabela II** – Classificação de caso de poliomielite para fins de vigilância epidemiológica

| Classificação de caso       |  |  |
|-----------------------------|--|--|
| Caso possível               | Caso provável/<br>prioritário/hot case   | Caso confirmado  |
| Critérios clínicos <b>A</b> | Preenche os seguintes critérios:<br>- critérios clínicos <b>A</b><br>E<br>- critérios epidemiológicos<br>OU<br>- critérios clínicos <b>B</b> | Preenche os critérios laboratoriais <b>A</b><br>OU<br>Preenche os critérios laboratoriais <b>B</b> |

### 3. Definições de níveis de alerta para fins de controle

**Tabela III** – Critérios de definição dos níveis de alerta para fins de controle

| Níveis de alerta |   |
|------------------|---|
| Níveis de alerta | Critérios   |
| <b>0</b>         | Caso possível - PFA em menor de 15 anos de idade  |
| <b>1</b>         | Caso provável, de PFA em <15 anos idade com critérios epidemiológicos para a poliomielite (Tabela II)<br>OU<br>Caso provável, de suspeita clínica de poliomielite em qualquer idade         |
| <b>2</b>         | Caso confirmado importado, com elevada suspeição de ser vírus vacinal<br>OU<br>Caso confirmado importado com identificação do vírus vacinal   |
| <b>3</b>         | Caso confirmado importado, com baixa suspeição de ser vírus vacinal   |
| <b>4</b>         | Caso confirmado importado, com identificação do vírus selvagem ou derivado da vacina  |
| <b>5</b>         | Dois ou mais casos prováveis relacionados, com baixa suspeição de infecção por vírus vacinal<br>OU<br>Caso confirmado de origem desconhecida com baixa suspeição de ser vírus vacinal<br>OU |

|  |   |
|--|---|
|  | Dois ou mais casos confirmados com baixa suspeição de ser vírus vacinal<br>OU<br>Dois ou mais casos confirmados com identificação do vírus selvagem ou derivado da vacina |
|--|---|

#### 4. Outras definições

**Paralisia flácida aguda (PFA):** Síndrome caracterizada por início súbito de fraqueza muscular de um ou mais membros e/ou dos músculos da respiração e da deglutição, que evolui para a gravidade máxima em dias ou semanas. A PFA é uma síndrome com um largo espectro de potenciais etiologias. Os diagnósticos que mais frequentemente cursam com paralisia flácida aguda são a poliomielite, a síndrome de Guillian-Barré, a neurite traumática e a mielite transversa. O seu diagnóstico diferencial consta do anexo II.

**Vírus derivado da vacina da poliomielite (VDVP):** Vírus da poliomielite que resultou 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 vírus readquiriram características do vírus selvagem. Considera-se vírus selvagem se a diferença genómica em relação ao vírus vacinal for >15%.

**Contatos próximos:** Pessoas que possam ter sido expostas a fezes ou secreções orais ou nasais do doente (coabitantes, amigos íntimos, colegas e educadores em creches e infantários, profissionais de saúde, colegas de internamento hospitalar ou outros).

**Amostras de fezes inadequadas:** Amostras não realizadas; 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.

**Diferenciação intratípica:** Método laboratorial, disponível no INSA, através do qual os vírus da poliomielite isolados são diferenciados em: vírus tipo Sabin (vacinal) ou vírus selvagem (não vacinal). Apenas realizado em laboratórios acreditados pela OMS.

**Contenção laboratorial (ou confinamento):** São os diferentes métodos e meios de segurança biológica que são usados na manipulação e manutenção de microrganismos potencialmente infecciosos que protegem os trabalhadores, instalações de laboratório, ambiente e comunidade da exposição a microrganismos infecciosos. De acordo com a classificação actual do vírus da poliomielite, as práticas laboratoriais devem obedecer estritamente às normas de segurança biológica para os agentes do Grupo 2 e 3.

**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 (VDPV)] 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<sup>4,5</sup>). Estão também incluídos os produtos laboratoriais destas amostras, tais como:

- Produtos ou materiais de células ou de animais susceptíveis à replicação dos vírus da poliomielite;
- Vírus semelhantes a Enterovirus (Enterovirus-like) isolados em linhas celulares mas não identificados;

- Reservas de vírus respiratórios ou entéricos manipulados em condições onde é possível a replicação do vírus da poliomielite.

**Países endêmicos:** Países em que a circulação do vírus nunca foi interrompida.

**Países com surtos activos:** Países com transmissão activa nos últimos 12 meses.

**Países com transmissão reestabelecida:** Em que existe transmissão activa e persistente há mais de 12 meses.

**Zonas ou países de risco para a poliomielite:** Países com casos/circulação de vírus selvagem ou vírus derivado da vacina (cVDVP), registados nos últimos 12 meses<sup>4,5</sup>.

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

**Eliminação:** Ausência de casos endêmicos num determinado país/área geográfica por um período mínimo de 12 meses, na presença de um bom sistema de vigilância epidemiológica. A eliminação só pode ser declarada pela OMS após a ausência, por um período de, pelo menos, 36 meses, de casos endêmicos no país ou nessa área geográfica.

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

**Bolsas de população suscetível:** Agregados populacionais com uma proporção de pessoas corretamente vacinadas para a idade inferior a 95%, representando por isso um risco de disseminação após importação do vírus.

### III. Objetivos e estratégias do Programa

#### 1. Objetivos

Os objetivos gerais do Plano de acção pós-eliminação da poliomielite (Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite) são:

- Manter a ausência de circulação do vírus da poliomielite em Portugal;
- Manter o estatuto nacional de eliminação da poliomielite, segundo os critérios internacionais.

#### 2. Estratégias

As estratégias principais para manter a eliminação da poliomielite em Portugal são:

| Vacinação  | Vigilância da paralisia flácida aguda (PFA)   | Plano de resposta à importação do vírus da poliomielite  | Contenção laboratorial   |
|--|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>Utilização exclusiva da vacina inativada contra a poliomielite</li> <li>Vacinação de rotina no âmbito do PNV</li> <li>Vacinação em circunstâncias especiais (profissionais de saúde, viajantes)</li> <li>Atividades adicionais de vacinação para diminuição de bolsas de suscetíveis</li> </ol> | <p>Vigilância da paralisia flácida aguda PFA em &lt;15 anos de idade, baseada numa rede de coordenadores regionais e hospitalares</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Coordenado e executado a nível nacional pela DGS e a nível regional pelas ARS e DRS dos Açores e da Madeira</li> <li>Reforço das medidas de vacinação, de vigilância e de contenção laboratorial de acordo com os níveis de alerta</li> <li>Atividades adicionais de vacinação no âmbito de resposta à importação do vírus</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – INSA Lisboa é o único laboratório certificado para: <ul style="list-style-type: none"> <li>- pesquisa do vírus</li> <li>- identificação do vírus</li> <li>- levantamento regular de todos os laboratórios que manuseiem material potencialmente infeccioso</li> </ul> </li> <li>Vigilância laboratorial oportunista de enterovírus, complementar à vigilância da PFA</li> </ol> |

A avaliação interna e externa (capítulo VIII, [pg. 41](#)) vai permitir aferir o sucesso decorrente da implementação destas estratégias e a sua sustentabilidade ao longo dos anos, de acordo com as metas europeias.

### 3. Operacionalização

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

O Programa é coordenado, a nível nacional, pela DGS; a nível regional, pelos Departamentos de Saúde Pública das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e pelos seus homólogos nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira; e a nível local pelas Unidades de Saúde Pública dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) / Unidades Locais de Saúde (ULS).

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) é o laboratório nacional de referência para a poliomielite, responsável pela vigilância e contenção laboratorial e parceiro da DGS na monitorização e avaliação do Programa.

**Tabela IV** – Responsáveis pelo Programa a nível nacional

| Função  | Unidade Responsável  | Responsáveis propostos |
|---|--|------------------------|
| Coordenador do Programa   | Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, DGS          | Teresa Fernandes       |
| Responsável pela Vacinação  | Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, DGS          | Paula Valente          |
| Responsável pela Vigilância clínica e epidemiológica da PFA       | Direção de Serviços de Informação e Análise, DGS                             | Cátia Sousa Pinto      |
| Responsável pela componente laboratorial (vigilância e contenção) | Laboratório Nacional de Referência de Doenças Evitáveis pela Vacinação, INSA | Paula Palminha         |

Devido às suas especificidades, a vigilância da PFA é assegurada em todo o país através de uma estrutura que funciona em rede, composta pelos seguintes membros:

- Coordenadores Hospitalares da vigilância da PFA, nos hospitais com capacidade de internamento de casos de PFA em menores de 15 anos de idade;
- Coordenadores Regionais da vigilância da PFA;
- Delegados de Saúde Locais (Agrupamentos de Centros de Saúde – ACES ou Unidades de Saúde Locais (ULS);
- Responsável nacional pela vigilância laboratorial da PFA, (INSA, Lisboa);
- Responsável nacional pela vigilância clínica e epidemiológica da PFA, (DGS)



## IV. Vacinação

No âmbito do Plano de acção 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.

A vacinação no âmbito deste Programa está abrangida pelos mesmos critérios do Programa Nacional de Vacinação (PNV): é universal, gratuita, acessível a todas as pessoas presentes em Portugal e não necessita de prescrição médica.

No âmbito deste programa, desde o ano de 2006 que é utilizada exclusivamente a vacina inativada contra a poliomielite injetável (VIP) em Portugal (anexo III). As orientações técnicas para a vacinação com a VIP estão disponíveis no PNV 2012.

### 1. Vacinação de rotina

Cumprindo o disposto no PNV 2012, é necessário reforçar a vacinação das crianças e adolescentes. As vacinas devem ser administradas na idade recomendada (tabela V) havendo, no entanto, esquemas cronológicos de recurso para as situações de atraso vacinal.

**Tabela V** - 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<br>(PNV 2012) | 4 doses*<br>Aos 2, 4, 6 meses e 5-6 anos de idade<br>Convocar ativamente as crianças e jovens com o esquema em atraso –<br>“esquemas de recurso”** |

\* Vacina VIP combinada com outras vacinas do PNV

\*\* Para os esquemas de recurso, consultar a Norma PNV 2012

### 2. Vacinação em circunstâncias especiais

#### 1.1. Vacinação de viajantes

Pretende-se garantir a proteção dos viajantes para países/regiões onde ocorrem surtos, epidemias ou endemias de poliomielite<sup>4,5</sup>, reduzindo a possibilidade de ocorrência de casos importados.

O número mínimo de doses recomendado é de 3, mas se a 3ª dose for administrada antes dos 4 anos de idade, é necessária uma 4ª dose após os 4 anos de idade, conforme o esquema recomendado no PNV, ou seja, a última dose da vacina contra a poliomielite (3ª ou 4ª dose)

deve ser administrada a partir dos 4 anos de idade, pelo menos 6 meses depois da dose anterior.

Deve ser verificado/atualizado o esquema vacinal de acordo com a tabela VI, preferencialmente 4 ou mais semanas antes da viagem.

**Tabela VI** – Número de doses recomendadas de vacina contra a poliomielite aos viajantes sem história da doença, de acordo com a idade

| Idade  | Nº doses de VIP recomendadas e esquema                                |   |
|--|---|---|
| ≥6 semanas e <18 anos (PNV)                              | Se a 3ª dose for administrada antes dos 4 anos de idade               | 4 doses<br>Intervalo mínimo entre as doses: 4 semanas   |
|  | Se a 3ª dose for administrada aos 4 ou mais anos de idade             | 3 doses <sup>(a)</sup><br>Intervalo mínimo entre as doses: 4 semanas                                |
| ≥18 anos<br><br>(independentemente do ano de nascimento) | Se não vacinado ou incompletamente vacinado                           | 3 doses<br>Esquema recomendado: 0, 1, 6-12 meses<br>Esquema acelerado: 0, 1, 2 meses <sup>(b)</sup> |
|  | Se o esquema vacinal completo tiver sido terminado há 10 ou mais anos | 1 dose<br>(reforço único, válido para toda a vida)  |

(a) Exceto se tiver um esquema misto VAP e VIP: neste caso é necessário um esquema de 4 doses.

(b) Recomenda-se, nestes casos, um reforço, pelo menos, 6 a 12 meses depois da 3ª dose, logo que haja oportunidade.

Nos adultos, se for necessária protecção urgente, pode ser aplicado o esquema 0, 1 e 2 meses, de acordo com o tempo disponível antes da possível exposição, recomendando-se, nestes casos, um reforço, pelo menos, 6 a 12 meses depois da 3ª dose, logo que haja oportunidade.

## 1.2. Vacinação dos profissionais de saúde

Pretende-se garantir a protecção adequada dos profissionais de saúde que têm contacto próximo com doentes, atendendo ao risco acrescido de contacto com casos importados.

Recomenda-se a vacinação de:

- Trabalhadores de laboratório que manuseiem produtos biológicos potencialmente contaminados com o vírus da poliomielite;
- Profissionais que cuidem de pessoas potencialmente excretoras do vírus pelas fezes, nomeadamente as provenientes de países de risco<sup>4,5</sup>.

Assim, todos os profissionais de saúde devem estar vacinados com pelo menos 3 doses de VAP/VIP e um reforço único se completaram o esquema vacinal há pelo menos 10 anos (tabela VII).

**Tabela VII** – Número de doses recomendadas de vacina contra a poliomielite em profissionais de saúde sem história da doença

| População-alvo   | Nº doses de VIP recomendadas  |  |
|--|---|--|
| Profissionais de saúde<br><br>(independentemente do ano de nascimento) | Se não vacinado ou incompletamente vacinado                           | <b>3 doses</b><br>Esquema recomendado: 0, 1, 6-12 meses<br>Esquema acelerado: 0, 1, 2 meses <sup>(a)</sup> |
|  | Se o esquema vacinal completo tiver sido terminado há 10 ou mais anos | <b>1 dose</b><br>(reforço único, válido para toda a vida)  |

(a) Recomenda-se, nestes casos, um reforço, pelo menos, 6 a 12 meses depois da 3ª dose, logo que haja oportunidade.

### 3. Atividades adicionais de vacinação

As atividades adicionais de vacinação destinam-se a agregados populacionais específicos com o objetivo de evitar ou reduzir bolsas de população suscetível ou no âmbito da resposta a casos importados (capítulo VI, [pg. 26](#)) (tabela VIII).

Estas atividades são realizadas a nível local, em articulação com o nível regional e/ou nacional.

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

|                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <b>Bolsas de população suscetível</b> | Identificar agregados populacionais originários e/ou com relações estreitas com países de risco para a poliomielite <sup>4,5</sup> (famílias, comunidades, bairros de imigrantes, instituições de refugiados) e grupos de minorias religiosas, filosóficas, étnicas ou outros, com coberturas vacinais <95%. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacinar de acordo com o estado vacinal e a idade (tabela III)</li> <li>- Pode ser decidido, por razões sociais e/ou epidemiológicas, adiantar esquemas vacinais (antecipar a 1ª dose e/ou utilizar os intervalos mínimos para a VIP) e/ou aplicar as recomendações de vacinação de viajantes (tabela IV)</li> </ul> |
| <b>Instituições coletivas</b>         | Identificar pessoas residentes em instituições coletivas, não vacinadas ou incorretamente vacinadas (ex: IPSS, quartéis de forças militares e militarizadas, prisões) e respetivos profissionais   |  |
| <b>Resposta a casos importados</b>    | Em situações de resposta a casos importados (capítulo VI) pode justificar-se, de acordo com a avaliação do risco, a vacinação de comunidades, instituições coletivas, ou outros  |  |

## V. Vigilância da paralisia flácida aguda (PFA)

### 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, é fundamental melhorar a deteção, notificação e investigação de casos de paralisia flácida aguda (PFA) e de casos com suspeita clínica de poliomielite em qualquer idade, tornando as atividades de vigilância mais precoces, rápidas e efetivas, nomeadamente:

- A identificação e comunicação de casos;
- A investigação epidemiológica: identificação de fatores de risco para a poliomielite; identificação dos contactos do(s) caso(s) em período de contágio; identificação de possível cadeia de transmissão; identificação de uma possível fonte de infeção;
- A infirmação/confirmação laboratorial.

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

### 2. Procedimentos perante casos

Os procedimentos decorrentes do diagnóstico de um caso possível ou provável de poliomielite (ver definição de caso no capítulo II) implicam uma colaboração estreita entre os vários parceiros envolvidos, para o desenvolvimento de uma ação em cadeia, esquematizada no anexo IV.

#### 2.1. Papel do médico que diagnostique um caso

- a) O médico que diagnostique um caso de PFA em <15 anos de idade ou uma suspeita clínica de poliomielite em qualquer idade deve, de imediato:

Alertar o respetivo Coordenador Hospitalar do Programa ou, na sua ausência, o Diretor Clínico do serviço

#### 2.2. Papel do Coordenador Hospitalar ou Diretor Clínico que tome conhecimento de um caso

- a) O Coordenador Hospitalar (ou Diretor Clínico) deve, de imediato:

1. Notificar o caso ao Coordenador Regional do Programa (Departamento de Saúde Pública da ARS respetiva ou serviços homólogos das Regiões Autónomas - contactos no anexo V), através do envio, nas primeiras 24 horas, da notificação de caso (anexo VI)
2. Solicitar exames laboratoriais (gratuitos para a entidade requerente) ao INSA, através do envio de cópia da notificação de caso (anexo VI), juntamente com as amostras de fezes (instruções de colheita no anexo VII)

Exames laboratoriais a realizar no INSA:

- a. Isolamento viral de enterovírus
- b. Identificação do enterovírus isolado
- c. Diferenciação intratípica do vírus da poliomielite

b) O Coordenador Hospitalar (ou Diretor Clínico) deve ainda:

1. Promover a reavaliação clínica do doente, nunca antes dos 60 dias após o início da paralisia (ou da suspeita clínica de poliomielite) (anexo VIII)
2. Enviar de seguida (até aos 80 dias após o início da paralisia, ou da suspeita clínica de poliomielite) o formulário (anexo VIII) ao Coordenador Regional, para permitir o encerramento do caso

## 2.3. Papel do Coordenador Regional que receba a notificação de um caso

a) O Coordenador Regional deve, de imediato:

1. Informar o(s) Delegado(s) de Saúde da área da residência do doente e o da área da unidade de saúde onde foi diagnosticado, através do envio de cópia da notificação de caso (anexo VI), para realização urgente da investigação epidemiológica<sup>13</sup> (anexo IX) e eventuais medidas relativas aos contactos ou na comunidade (capítulo VI)
2. Informar a DGS através do envio de cópia da notificação de caso (anexo VI) (Divisão de Epidemiologia e Estatística; e-mail: ddo@dgs.pt; tel. 21 843 0625/72; fax: 21 843 0687)

b) O Coordenador Regional deve ainda:

Enviar à DGS (Divisão de Epidemiologia e Estatística; e-mail: ddo@dgs.pt; tel. 21 843 0625/72; fax: 21 843 0687):

1. Até às 72 horas após a notificação de caso, o inquérito epidemiológico (anexo IX)
2. Até aos 85 dias após o início da paralisia (ou da suspeita clínica de poliomielite), a reavaliação clínica dos 60 dias, para permitir o encerramento dos casos até aos 90 dias pós-paralisia (ou suspeita clínica de poliomielite) (anexo VIII)

(A DGS analisará a informação recebida e encerrará o caso até aos 90 dias)

## 2.4. Papel do Delegado de Saúde que receba a notificação de um caso

O Delegado de Saúde deve, de imediato:

1. Promover a realização do inquérito epidemiológico (anexo IX) com prioridade para a

<sup>13</sup> A identificação de contactos de outra área de residência implica a comunicação e colaboração entre os respetivos delegados de saúde, com o conhecimento dos respetivos coordenadores regionais. Se a área de residência for no estrangeiro o Coordenador Regional deve articular-se com a DGS.

identificação de fatores de risco do caso e dos seus contactos mais próximos

2. Enviar ao Coordenador Regional (até às 48 horas seguintes) o formulário do inquérito epidemiológico (anexo IX), onde devem constar as medidas executadas e planeadas, e ainda informação adicional relevante para a investigação epidemiológica
3. Identificar os contactos próximos do doente, no período compreendido entre a semana anterior e as 2 semanas após o início da paralisia (ou da suspeita clínica de poliomielite)
4. Aplicar eventuais medidas de controlo aos contactos identificados na comunidade (capítulo VI)
5. Se o caso for considerado provável ou se as amostras de fezes do doente forem inadequadas (ver definições no capítulo II), devem ser investigados, laboratorialmente (anexo VII), até 35 dias após o internamento do doente<sup>14</sup>, um máximo de 5 contactos com <5 anos de idade (são prioritários os que possuem fatores de risco para a poliomielite)

Os formulários dos anexos VI, VIII, IX estão disponíveis no *website* da DGS (tema “DDO”)

Após receber a notificação de caso o Delegado de Saúde deve iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, com o objectivo de identificar a existência de eventuais casos que possam estar na origem ou que possam ser secundários a este caso.

Assim, devem ser investigados em maior detalhe, os seguintes fatores de risco do doente, referentes ao período de 3 a 35 dias anteriores ao início da paralisia ou da suspeita clínica de poliomielite.

- Menos de 3 doses de vacina contra a poliomielite ou sem registo da vacina;
- Viagem recente a um país de risco para a poliomielite<sup>4,5</sup>;
- Residência em comunidade originária de país de risco para a poliomielite<sup>4,5</sup>;
- Contacto próximo (exposição a fezes ou secreções orais ou nasais) com doente com poliomielite em período de contágio.

Os mesmos fatores de risco devem ser investigados nas pessoas consideradas contactos próximos deste doente nos 3 a 35 dias anteriores ou nas duas semanas posteriores ao início da paralisia ou da suspeita clínica de poliomielite.

## 2.5. Papel do Laboratório de Referência (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – INSA)

No âmbito deste Programa, é essencial a 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.

Por ser uma doença alvo de um programa de erradicação, a infirmação laboratorial dos casos de PFA (ou eventual confirmação) é obrigatória. 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).

O Laboratório de referência deve:

---

<sup>14</sup> Período de incubação máximo.

1. Executar o isolamento do vírus e a diferenciação intratípica
2. Comunicar imediatamente qualquer solicitação de exames laboratoriais para poliomielite para:
  - a) O Coordenador Regional da área onde o caso foi diagnosticado
  - b) A DGS
3. Comunicar os resultados laboratoriais, logo que estejam disponíveis, até 28 dias após receção das amostras:
  - a) Ao serviço de saúde que solicitou os exames laboratoriais
  - b) Com conhecimento ao Coordenador Regional
  - c) Com conhecimento à DGS/ Divisão de Epidemiologia e Estatística (e-mail: ddo@dgs.pt; tel. 21 843 0625/72; fax: 21 843 0687)

### 3. Sistema de informação

#### 3.1. Rede de responsáveis pela vigilância da PFA

A vigilância da PFA é assegurada em todo o país por uma estrutura que funciona em rede, composta pelos seguintes membros:

- Coordenadores Hospitalares da vigilância da PFA, nomeados pelos Presidentes das ARS/DRS respetivas, nos hospitais com capacidade de internamento de casos de PFA em menores de 15 anos de idade.
- Coordenadores Regionais da vigilância da PFA, nomeados pelos Presidentes das ARS/DRS respetivas (anexo V);
- Delegados de Saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES);
- Responsável pelo Laboratório Nacional de Referência para a Poliomielite, no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA, Lisboa);
- Responsável pela vigilância clínica e epidemiológica da PFA, Direção-Geral da Saúde (DGS).

#### 3.2. Procedimentos

No período desde a notificação até ao encerramento do caso, e de acordo com o descrito no ponto 2, é obrigatório o preenchimento de diversos documentos que visam a partilha de informação a nível nacional e internacional, de modo a facilitar a adequada gestão do risco, evitando a ocorrência de cadeias de transmissão e permitindo a avaliação externa (nacional e internacional).

Os procedimentos da vigilância da PFA e respetivos formulários encontram-se resumidos nas tabelas IX e X e esquematizados no fluxograma do anexo IV.

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

**Tabela IX** – Resumo dos procedimentos relativos a casos detetados, respectivos formulários, prazos e responsáveis envolvidos

| Resumo dos procedimentos   | Responsável  | Prazo máximo  | Envio para:                                    | Formulário                                   |
|--|--|---|--|--|
| 1- Detecção e notificação de casos possíveis ou prováveis  | <b>HOSPITAL</b><br>Responsável pelo diagnóstico/Coordenador Hospitalar/Diretor Clínico | Notificação até 24h após diagnóstico clínico                          | Coordenador Regional                           | Notificação de caso (anexo VI)               |
|  | <b>ARS/RA</b><br>Coordenador Regional  | Imediatamente   | -Delegado de Saúde do ACES<br>-DGS             |  |
| 2- Investigação clínica e laboratorial dos casos (2 amostras de fezes, separadas de 24h-48h)   | <b>HOSPITAL</b><br>Responsável pelo diagnóstico/Coordenador Hospitalar/Diretor Clínico | Até 14 dias após início da paralisia/suspeita clínica de poliomielite | INSA   |  |
| 3- Investigação epidemiológica   | <b>ACES</b><br><br>Delegado de Saúde   | Até 48h após receber a notificação                                    | Coordenador Regional                           | Inquérito epidemiológico (anexo IX)          |
| 4- Identificação e caracterização dos contactos próximos   |  |   |  |  |
| 5- Investigação laboratorial dos contactos dos seguintes casos:<br>- prováveis<br>- com amostras inadequadas (1 amostra de fezes de cada contacto) | <b>ACES</b><br><br>Delegado de Saúde   | Até 35 dias após internamento do caso                                 | INSA   |  |
|  | <b>ARS/RA</b><br>Coordenador Regional  | Até 72h após receber a notificação                                    | DGS  |  |
| 6- Resultados laboratoriais das amostras dos casos e dos contactos   | <b>INSA</b>  | Até 28 dias após recepção das amostras de fezes                       | -Requisitante<br>-Coordenador Regional<br>-DGS | Reavaliação clínica dos 60 dias (anexo VIII) |
| 7- Reavaliação clínica dos 60 dias após paralisia ou suspeita clínica de poliomielite  | <b>HOSPITAL</b><br>Responsável pelo diagnóstico/Coordenador Hospitalar/Diretor Clínico | Entre 60 e 80 dias após paralisia/suspeita clínica de poliomielite    | Coordenador Regional, que envia à DGS          |  |
|  | <b>ARS/RA</b><br>Coordenador Regional  | Até 85 dias após paralisia/suspeita clínica de poliomielite           | DGS  |  |
| 8- Encerramento do caso  | <b>DGS</b>   | Até 90 dias após paralisia/suspeita clínica de poliomielite           | OMS  | -----  |



### 3.3. Resumos semanais

Os Coordenadores Regionais devem comunicar semanalmente, por e-mail ou fax, à DGS, até 5ª feira, a informação sobre os casos notificados nos 5 dias úteis anteriores (5ª a 4ª feira), na sua região, incluindo “zero casos” (anexos X).

### 3.4. Resumos mensais

Os Coordenadores Hospitalares devem proceder, na 1ª semana de cada mês, à revisão dos ficheiros do mês anterior, procurando casos de PFA ou suspeita clínica de poliomielite ainda não notificados (mesmo que já falecidos). O número de casos diagnosticados no mês anterior no seu hospital, incluindo “zero casos”, constará do formulário próprio (anexo XI - Resumo mensal de casos de PFA ou suspeita clínica de poliomielite), que deve ser atualizado todos os meses e remetido na 1ª semana de cada mês ao Coordenador Regional, por e-mail ou fax (o anexo XI vigora durante um ano civil).

Se, na revisão dos ficheiros, for detetado um novo caso, deve ser iniciado o processo referido em 2. (Procedimentos perante um caso), no que ainda for possível e relevante.

Até à 2ª semana de cada mês, o Coordenador Regional envia à DGS o formulário do anexo XI atualizado com o nº de casos diagnosticados no mês anterior, nos hospitais da sua região.

**Tabela X** – Resumo dos procedimentos de rotina, respetivos formulários, prazos e responsáveis envolvidos

| Resumo dos procedimento | Responsável                               | Prazo máximo          | Envio para           | Formulário   |
|-------------------------|---|-----------------------|----------------------|--|
| Resumo semanal          | <b>ARS/RA</b><br>Coordenador Regional     | 5ª feira              | DGS                  | Resumo semanal de casos de PFA ou suspeitas clínicas de poliomielite (anexo X) |
|                         | <b>DGS</b>                                | 6ª feira              | OMS                  |  |
| Resumo mensal           | <b>HOSPITAL</b><br>Coordenador Hospitalar | 1ª semana de cada mês | Coordenador Regional | Resumo mensal de casos de PFA ou suspeita clínica de poliomielite (anexo XI)   |
|                         | <b>ARS/RA</b><br>Coordenador Regional     | 2ª semana de cada mês | DGS                  |  |

## VI. Plano de resposta à importação do vírus da poliomielite

### 1. Objetivos

Perante a identificação de um ou mais casos prováveis ou confirmados de poliomielite em Portugal, pretende-se assegurar respostas atempadas e a implementação de medidas de controlo eficazes a fim de evitar ou interromper, rapidamente, a transmissão do vírus da poliomielite.

### 2. Linhas gerais de actuação

A resposta à importação do vírus da poliomielite é organizada em 5 níveis de alerta, definidos de acordo com a avaliação do risco que tem em linha de conta os seguintes fatores:

- Resultados laboratoriais (deteção do vírus e diferenciação intratípica)
- Origem da infeção (importado ou de origem desconhecida)
- Número de casos

Em qualquer dos níveis de alerta (1 a 5) são utilizados os circuitos de comunicação da Rede de Vigilância da PFA (capítulo V), já existentes, facilitando as trocas de informação entre os níveis local, regional e nacional, conforme explicitado no fluxograma do anexo IV.

O Plano de Resposta pode ser ativado após identificação de um caso provável (nível de alerta 1) ou de um caso confirmado (nível de alerta 2 ou 3). A identificação de um caso provável ou confirmado pode ser proveniente de várias fontes:

- Rede de vigilância da PFA
- Vigilância de Enterovírus
- Alerta proveniente de qualquer serviço de saúde
- Monitorização de águas residuais
- Alerta proveniente de outras fontes de informação (pela linha Saúde 24 ou pela Unidade de apoio às Emergências de Saúde Pública – UESP, na DGS)
- Fontes não formais

As medidas de resposta à importação do vírus para Portugal preconizadas neste Plano têm por base as recomendações da OMS-Europa<sup>15</sup> 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 Comissão Regional de Certificação da Erradicação da Poliomielite na Europa (RCV)<sup>10</sup>.

---

<sup>15</sup> “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](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/86498/E91123.pdf)

A resposta à importação do vírus está organizada por níveis de alerta, de acordo com o definido no capítulo II:

| Níveis de alerta | Critérios  |
|------------------|--|
| <b>0</b>         | Caso possível - PFA em menor de 15 anos de idade   |
| <b>1</b>         | Caso provável, de PFA em <15 anos idade com critérios epidemiológicos para a poliomielite (Tabela II)<br>OU<br>Caso provável, de suspeita clínica de poliomielite em qualquer idade  |
| <b>2</b>         | Caso confirmado importado, com elevada suspeição de ser vírus vacinal<br>OU<br>Caso confirmado importado com identificação do vírus vacinal  |
| <b>3</b>         | Caso confirmado importado, com baixa suspeição de ser vírus vacinal  |
| <b>4</b>         | Caso confirmado importado, com identificação do vírus selvagem ou derivado da vacina   |
| <b>5</b>         | Dois ou mais casos prováveis relacionados, com baixa suspeição de infecção por vírus vacinal<br>OU<br>Caso confirmado de origem desconhecida com baixa suspeição de ser vírus vacinal<br>OU<br>Dois ou mais casos confirmados com baixa suspeição de ser vírus vacinal<br>OU<br>Dois ou mais casos confirmados com identificação do vírus selvagem ou derivado da vacina |

### 3. Operacionalização da resposta

As ações de resposta à importação do vírus da poliomielite são organizadas em cinco categorias principais:

- Coordenação e comunicação
- Vigilância epidemiológica
- Vigilância e contenção laboratorial
- Vacinação
- Gestão do doente/pessoa assintomática

### 3.1. Nível de alerta 1 – caso provável / prioritário / “hot case”

Os casos prováveis (capítulo II), que activam o Nível de alerta 1, são, geralmente, detectados no âmbito da vigilância da PFA (capítulo V). Devem ser desencadeadas as seguintes ações:

- a) Coordenação e comunicação
  - i) É, de imediato, informado o Diretor-Geral da Saúde
  - ii) O Diretor-Geral da Saúde ativa, de imediato, a equipa interna da DGS para acompanhar as investigações. Esta equipa é constituída por:
    - Coordenador do Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite
    - Responsável pela vigilância clínica e epidemiológica da PFA
    - 1 técnico da UESP
    - 1 técnico da área das Doenças Transmissíveis
  - iii) A DGS notifica a OMS através do relatório semanal do sistema CISID (*Centralised Information System for Infectious Diseases*)
- b) Vigilância epidemiológica
  - i) O Delegado de Saúde realiza a investigação epidemiológica do caso, que inclui a colheita e envio para o INSA de uma amostra de fezes de cada um de cinco contactos próximos com menos de cinco anos de idade
  - ii) Mantêm-se as atividades de notificação periódica da Vigilância da PFA pelos responsáveis pela gestão do sistema em cada nível (local, regional e nacional)
- c) Vigilância e contenção laboratorial (INSA)
  - i) O INSA faz a investigação laboratorial do caso e dos cinco contactos próximos
  - ii) Mantem-se a vigilância laboratorial oportunista de enterovírus, principalmente dos casos de meningites assépticas com suspeita de enterovírus, cujas amostras de fezes são enviadas ao INSA para cultura e identificação etiológica
  - iii) Mantem-se o cumprimento das Normas de biossegurança do nível 2 (BSL 2) no INSA e noutros laboratórios que armazenem/manuseiem produtos potencialmente infecciosos para o vírus da poliomielite (capítulo VII)
- d) Vacinação

O Delegado de Saúde garante a verificação do estado vacinal de todos os contactos próximos e determina a vacinação dos que não estiverem correctamente vacinados, de acordo com a idade ou as recomendações para viajantes (capítulo IV, tabela VII)
- e) Gestão do doente
  - i) O hospital implementa as medidas adequadas de isolamento do doente
  - ii) Não existe tratamento específico.

### 3.2. Nível de alerta 2- Caso confirmado, importado, com elevada suspeição de ser vírus vacinal ou com identificação do vírus vacinal

O nível de alerta 2 é ativado perante a deteção ou o isolamento do vírus, com elevada suspeição de ser vírus vacinal ou após a sua identificação, numa amostra clínica de um indivíduo com ou sem sintomas de poliomielite:

- a) Coordenação e comunicação
  - i) O INSA comunica de imediato à DGS o resultado positivo do PCR, o do isolamento do vírus e posteriormente o resultado da diferenciação intratípica

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

- ii) A DGS notifica, no prazo de 24 horas após a deteção do vírus da poliomielite, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC) e a Comissão Europeia (CE).
  - iii) Após o isolamento do vírus a DGS notifica, no prazo de 24 horas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) - Gabinete Regional para a Europa
  - iv) Após a identificação do vírus vacinal, por diferenciação intratípica, a DGS:
    - Informa o ECDC e a OMS
    - Notifica o Sistema de Vigilância de Reações Adversas aos Medicamentos, no INFARMED (Autoridade para os Medicamentos e Produtos de Saúde)
  - v) A DGS comunica ao Delegado de Saúde Regional da área do caso e ao respetivo Coordenador Regional do Programa os resultados laboratoriais
  - vi) O Coordenador Regional do Programa comunica ao Coordenador Hospitalar do Programa e ao Delegado de Saúde respetivos (rede de vigilância da PFA)
- b) Vigilância epidemiológica
- i) O Delegado de Saúde realiza a investigação epidemiológica detalhada do caso, que inclui a identificação, caracterização e investigação de todos os contactos próximos (anexo XII), com colheita de amostras de fezes (uma por pessoa) (anexo VII) e envio ao INSA, com cópia do anexo XII
  - ii) O Delegado de Saúde Regional envia o relatório das investigações à DGS
  - iii) A DGS elabora o relatório final da ocorrência com a avaliação do risco
  - iv) Mantêm-se as atividades de notificação periódica da Vigilância da PFA pelos responsáveis pela gestão do sistema em cada nível (local, regional e nacional) (capítulo V)
- c) Vigilância e contenção laboratorial
- i) Após isolamento do vírus, o INSA prossegue com a diferenciação intratípica, enviando, em paralelo, a estirpe isolada para o Laboratório Regional de Referência da OMS – Instituto Robert Koch, em Berlim, Alemanha para confirmação da diferenciação intratípica
  - ii) O INSA faz o acompanhamento laboratorial mensal do doente ou portador, até que os resultados sejam negativos para poliomielite. Se o doente ou portador for imunocomprometido, deve ser feito um plano de acompanhamento laboratorial mensal até que os resultados sejam negativos três vezes seguidas
  - iii) Mantem-se o cumprimento das Normas de biossegurança do nível 2 (BSL 2) no INSA e noutros laboratórios que armazenem/manuseiem produtos potencialmente infecciosos para o vírus da poliomielite (capítulo VII)
- d) Vacinação
- i) São terminadas ou iniciadas as atividades preconizadas para o nível de alerta 1
  - ii) Vacinar urgentemente os contactos próximos que sejam imunocomprometidos, independentemente do seu estado vacinal
- e) Gestão do doente/pessoa assintomática
- i) O hospital implementa as medidas adequadas de isolamento do doente
  - ii) Na comunidade, a pessoa infectada deve evitar contactos próximos com outras pessoas (fezes e saliva), principalmente com imunocomprometidos, nomeadamente através do reforço das medidas de higiene, até que os resultados

laboratoriais indiquem que já não há excreção do vírus. 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

iii) Não existe tratamento específico

### 3.3. Nível de alerta 3 - Caso confirmado, importado, com baixa suspeição de ser vírus vacinal

#### a) Coordenação e comunicação

- i) O INSA comunica de imediato à DGS o resultado positivo do PCR e do isolamento do vírus
- ii) O Diretor-Geral da Saúde nomeia de imediato uma equipa de resposta à emergência (ERE) que coordenará as ações de resposta à reemergência do vírus da poliomielite em Portugal, garantindo e acompanhando as principais medidas de resposta a nível regional e local:
  - Reforço da vigilância
  - Reforço da vacinação
  - Reforço das medidas de contenção laboratorial
- iii) A equipa de resposta à emergência (ERE) é coordenada pelo Diretor-Geral da Saúde e é constituída pelos responsáveis pelo Programa (tabela III, pg. 16) e técnicos de áreas relacionadas com a avaliação, gestão e comunicação do risco referente à poliomielite, nomeadamente, epidemiologia, virologia, vacinação, farmácia, pediatria/infecciologia, para assessorar a resposta a nível nacional, coordenando as actividades de execução regional e local, da responsabilidade das ARS e Regiões Autónomas (RA). Tem como funções
- iv) A DGS notifica, no prazo de 24 horas, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC) e a Comissão Europeia (CE)
- v) Após o isolamento do vírus a DGS notifica, no prazo de 24 horas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) - Gabinete Regional para a Europa
- vi) A DGS comunica ao Delegado de Saúde Regional da área do caso e ao respetivo Coordenador Regional do Programa os resultados laboratoriais do INSA
- vii) O Coordenador Regional do Programa comunica ao Coordenador Hospitalar do Programa e ao Delegado de Saúde respetivos (rede de vigilância da PFA)
- viii) O Coordenador Regional do Programa alerta os hospitais e os serviços de cuidados de saúde primários da localidade de residência do caso
- ix) A DGS alerta:
  - Todos os Delegados de Saúde Regionais que por sua vez informam os seus Delegados de Saúde
  - Todos os Coordenadores Regionais da rede de vigilância da PFA

#### b) Vigilância epidemiológica:

- i) O Delegado de Saúde realiza a investigação epidemiológica detalhada do caso, com carácter de urgência, que inclui:
  - Atividades preconizadas no nível de alerta 2;

- Identificação e caracterização dos outros contactos do caso (escola, local de trabalho, locais de convívio, entre outros) (anexo XII), para pesquisa retrospectiva/prospectiva de casos relacionados.
  - Envio do relatório das investigações à DGS
  - ii) A ERE faz a avaliação do risco com base nos resultados das investigações epidemiológicas e laboratoriais disponíveis:
    - Possível origem geográfica da infeção
    - Possibilidades de transmissão do vírus no país
    - Qualidade da vigilância local/regional
    - Coberturas vacinais na localidade de residência do caso
    - Possíveis implicações internacionais
  - iii) A ERE prepara uma base de dados para registar todos os casos de poliomielite e de portadores assintomáticos detetados
  - iv) Mantêm-se as atividades de notificação periódica da Vigilância da PFA pelos responsáveis pela gestão do sistema em cada nível (local, regional e nacional) (capítulo V)
- c) Vigilância e contenção laboratorial
- i) O INSA comunica de imediato à DGS o resultado positivo do PCR e posteriormente o do isolamento do vírus, e prossegue com a diferenciação intratípica, enviando, em paralelo, a estirpe isolada para o Laboratório Regional de Referência da OMS – Instituto Robert Koch, em Berlim, Alemanha para confirmação da diferenciação intratípica
  - ii) O INSA faz o acompanhamento laboratorial mensal do doente ou portador, até que os resultados sejam negativos para poliomielite. Se o doente ou portador for imunocomprometido, deve ser feito um plano de acompanhamento laboratorial mensal até que os resultados sejam negativos três vezes seguidas
  - iii) Preparação, pelo INSA, para um aumento, expectável, do número de amostras de fezes (ou outras) durante o tempo da vigilância reforçada (pelo menos 12 meses), a implementar se for identificado o vírus selvagem ou derivado da vacina (nível de alerta 4)
  - iv) Mantem-se o cumprimento das Normas de biossegurança do nível 2 (BSL 2) no INSA e noutros laboratórios que armazenem/manuseiem produtos potencialmente infecciosos para o vírus da poliomielite (capítulo VII)
- d) Vacinação
- i) Atividades preconizadas para o nível de alerta 2
  - ii) O Delegado de Saúde garante a verificação do estado vacinal de todos os outros contactos e determina a vacinação dos que não estiverem correctamente vacinados, de acordo com a idade ou as recomendações para viajantes (capítulo IV, tabela VII)
  - iii) Avaliação das coberturas vacinais dos <18 anos de idade na localidade de residência do caso e planeamento de uma campanha de vacinação de repescagem, de acordo com os resultados obtidos, a implementar se for identificado o vírus selvagem ou derivado da vacina (nível de alerta 4)
- e) Gestão do doente/pessoa assintomática
- i) O hospital implementa as medidas adequadas de isolamento do doente

- ii) Na comunidade, a pessoa infectada deve evitar contactos próximos com outras pessoas (fezes e saliva), principalmente com crianças de idade <5 anos e imunocomprometidos, nomeadamente através do reforço das medidas de higiene, até que os resultados laboratoriais indiquem que já não há excreção do vírus. 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
- iv) Não existe tratamento específico

### 3.4. Nível de alerta 4 - Caso confirmado, importado, por vírus selvagem ou derivado da vacina

#### a) Coordenação e comunicação

- i) O INSA comunica de imediato à DGS o resultado da diferenciação intratípica
- ii) A DGS informa imediatamente o ECDC, a CE e os serviços do Regulamento Sanitário Internacional da OMS
- iii) A DGS comunica ao Delegado de Saúde Regional da área do caso e ao respetivo Coordenador Regional do Programa os resultados laboratoriais do INSA
- iv) O Coordenador Regional do Programa comunica ao Coordenador Hospitalar do Programa e ao Delegado de Saúde respetivos (rede de vigilância da PFA)
- v) O Coordenador Regional do Programa alerta os hospitais e os serviços de cuidados de saúde primários da localidade de residência do caso
- vi) A DGS alerta:
  - Todos os Delegados de Saúde Regionais que por sua vez informam os seus Delegados de Saúde
  - Todos os Coordenadores Regionais da rede de vigilância da PFA
  - Órgãos de comunicação social e público em geral, através do *website* da DGS
- vii) O INSA/ARS alerta os laboratórios hospitalares e outros laboratórios da área de residência do caso

#### b) Vigilância epidemiológica

- i) São terminadas as atividades preconizadas para o nível de alerta 3
- ii) Até 72 horas após comunicação pelo INSA dos resultados da diferenciação intratípica, a ERE termina a avaliação do risco iniciada no nível 3
- iii) O Coordenador Regional do Programa organiza o reforço da vigilância epidemiológica da poliomielite, na área de residência do caso, pelo menos durante os 12 meses após a deteção deste caso, seguindo orientações da DGS:
  - A equipa do Coordenador Regional dá formação aos profissionais todos os hospitais e serviços de saúde primários da área, nomeadamente sobre: o diagnóstico clínico de poliomielite e a investigação clínica e epidemiológica de situações suspeitas e os procedimentos de vigilância;
  - Implementação da vigilância obrigatória de situações clínicas suspeitas em todas as idades (PFA ou outras compatíveis com poliomielite) em todos os hospitais e serviços de saúde primários da área
  - Os Coordenadores Hospitalares da rede de vigilância da PFA da área iniciam o envio diário e mensal de relatórios (anexos X e XI) com o número e seguimento de ocorrências suspeitas de poliomielite ao Coordenador Regional e este ao



Coordenador Nacional da vigilância clínica e epidemiológica da PFA (DGS)  
semanal e mensalmente

- iv) Mantêm-se as atividades de notificação periódica da Vigilância da PFA pelos responsáveis pela gestão do sistema em cada nível (local, regional e nacional) (capítulo V)
- c) Vigilância e contenção laboratorial (INSA)
  - i) DGS/ARS solicita aos laboratórios da área do caso:
    - O envio de amostras recentes de quaisquer suspeitas de enterovírus
    - O envio obrigatório das amostras relativas a situações clínicas suspeitas em todas as idades (PFA ou outras compatíveis com poliomielite) ao INSA para investigação laboratorial
    - Participação na pesquisa prospetiva de enterovírus em fezes de <15 anos de idade com meningite asséptica, nos hospitais da rede de vigilância da PFA
  - ii) O INSA deve informar a ERE se previr que sejam alcançados os limites da capacidade laboratorial instalada
  - iii) Mantem-se o cumprimento das Normas de biossegurança do nível 2 (BSL 2) no INSA e noutros laboratórios que armazenem/manuseiem produtos potencialmente infecciosos para o vírus da poliomielite (capítulo VII)
- d) Vacinação
  - i) Terminar as atividades preconizadas para o nível de alerta 3
  - ii) Baseada na avaliação do risco, a ERE prepara um Plano de Resposta à Reemergência da Poliomielite que contemple, obrigatoriamente, o planeamento detalhado das campanhas de vacinação, nomeadamente:
    - Vacinação por repescagem/vacinação extraordinária;
    - Nº de intervenções/campanhas a realizar;
    - Locais de vacinação (nos serviços ou na comunidade);
    - Método de registo da vacinação em campanha;
    - Critérios individuais de vacinação;
    - Forma de divulgação das campanhas, principalmente aos grupos-alvo;
    - O tipo de vacina a utilizar (VIP; VAPm; VAP bivalente; VAP trivalente);
    - As datas das campanhas de vacinação a realizar;
    - A abrangência geográfica das campanhas de vacinação;
    - As classes etárias e/ou comunidades alvo das campanhas e sua quantificação;
  - iii) Considerando que não houve transmissão do vírus para a comunidade ou a mesma terá sido muito limitada, são realizadas uma ou duas campanhas de vacinação de repescagem com a VIP, na população <18 anos de idade da área de residência do caso. Estas actividades serão orientadas pela DGS
  - iv) As campanhas de vacinação realizadas têm como objectivo uma cobertura vacinal ≥95% nos grupos-alvo definidos.
  - v) A DGS desencadeia ainda o procedimento de reserva de vacina oral monovalente (VAPm), para que a vacina venha a ser disponibilizada a curto prazo, se houver suspeição de circulação do vírus no país.
- e) Gestão do doente/pessoa assintomática

As mesmas atividades preconizadas para o nível de alerta 3.

### 3.5. Nível de alerta 5 – Transmissão, confirmada, do vírus da poliomielite no país

Se houver dois ou mais casos prováveis ou confirmados, relacionados ou um único caso confirmado de origem desconhecida no país, está confirmada a transmissão do vírus em Portugal, pelo que as medidas a tomar terão de ser mais rápidas e extensas geograficamente:

- a) Cadeia de comando e controlo/circuitos de comunicação
  - i) Se ainda não houver deteção laboratorial do vírus, deve ser informado o Diretor-Geral que criará de seguida a ERE (como no nível de alerta 3)
  - ii) Se já houver confirmação laboratorial a atuação será semelhante à preconizada para o nível de alerta 4
- b) Vigilância epidemiológica
  - i) Terminar ou iniciar as atividades preconizadas para o nível de alerta 4.
  - ii) É alargada a vigilância epidemiológica reforçada implementada no Nível 4, até que a transmissão do vírus seja considerada interrompida:  $\geq 12$  meses após o último caso identificado:
    - Revisão dos ficheiros/registos dos últimos 2 meses do hospital da rede de vigilância da PFA, de referência para a área de residência do caso, procurando casos possíveis ou prováveis, que não tenham sido identificados anteriormente. Eventuais casos assim identificados são investigados clínica, laboratorial e epidemiologicamente, no que ainda for possível e relevante
    - A vigilância da PFA na área de residência do caso deverá detetar, pelo menos, 2 casos de PFA por 100.000 habitantes <15 anos de idade, por ano
  - iii) A equipa do Coordenador Regional inicia a vigilância ativa, telefonando, com a regularidade necessária, para todos os hospitais da rede de vigilância da PFA da área de residência do caso, solicitando o envio dos relatórios diários e mensais e relembrando a necessidade de detetar qualquer suspeita clínica de poliomielite.
  - iv) Registar todos os casos de poliomielite e de portadores assintomáticos detetados, em base de dados nacional
  - v) Mantêm-se as atividades de notificação periódica da Vigilância da PFA pelos responsáveis pela gestão do sistema em cada nível (local, regional e nacional) (capítulo V)
- c) Vigilância/contenção laboratorial
  - i) Alargamento da vigilância laboratorial reforçada de enterovírus ao nível nacional
  - ii) É considerada e preparada a pesquisa sistemática de enterovirus em fezes de crianças saudáveis da área afetada;
  - iii) É preparado o aumento da capacidade laboratorial do INSA e recurso eventual a outros laboratórios nacionais ou internacionais.
  - iv) Eventual implementação de monitorização dos esgotos das áreas afetadas
- d) Vacinação
  - i) A DGS desencadeia o procedimento de aquisição e importação urgente de vacina oral monovalente (VAPm)

- ii) A DGS prepara e coordena um mínimo de três campanhas de vacinação extraordinária (vacinar todos, independentemente do estado vacinal) a iniciar com carácter urgente, utilizando a vacina disponível à data de cada campanha (VIP, VAP monovalente ou VAP trivalente), na população <18 anos de idade, de uma área geográfica mais alargada, a definir conforme a avaliação do risco
  - e) Gestão do doente/pessoa assintomática
- As mesmas atividades preconizadas para o nível de alerta 3.

#### **4. Relatório final**

Após 6 meses da identificação do último caso de doença ou infecção por vírus da poliomielite, deve ser elaborado um relatório (conforme planeado no Plano de Resposta à Reemergência da Poliomielite) de avaliação das medidas de resposta à importação do vírus para Portugal, 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 (CNC), sendo posteriormente submetido, juntamente com a avaliação da CNC, à OMS e à Comissão Regional Europeia de Certificação da Erradicação da Poliomielite (RCC).

## VII. Contenção e vigilância laboratorial

### 1. Plano de contenção laboratorial do vírus da poliomielite

Em Portugal, o único laboratório que está autorizado a armazenar o vírus da poliomielite, bem como a fazer pesquisa, identificação e caracterização do vírus da poliomielite é o que está certificado pela OMS como Laboratório Nacional de Referência para a Poliomielite, do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA, Lisboa).

Como laboratório de referência para a poliomielite, o INSA coordena o Plano nacional de contenção laboratorial do vírus da poliomielite, assegurando a elaboração, difusão e utilização das normas sobre os procedimentos mínimos necessários para a contenção laboratorial.

A atualização regular do levantamento de todos os laboratórios nacionais que manuseiem material potencialmente contaminado, é coordenada pelo INSA.

#### 1.1. Destinatários do Plano de Contenção

- Laboratórios que armazenam o vírus selvagem da poliomielite (apenas o Laboratório Nacional de Referência para a poliomielite, no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, em Lisboa);
- Laboratórios que armazenam/manuseiam produtos potencialmente infecciosos (que possam conter partículas infecciosas do vírus da poliomielite) (ver definições no capítulo II) (tabela XI):

**Tabela XI** – Tipos de instituições e respectivos laboratórios com o potencial de armazenamento/manuseamento de produtos biológicos infecciosos para o vírus da poliomielite

| Instituições                       | Laboratórios       |
|------------------------------------|--------------------|
| Hospitais                          | Virologia          |
| Clínicas médicas/análises clínicas | Bacteriologia      |
| Universidades                      | Gastreenterologia  |
| Investigação biomédica             | Parasitologia      |
| Ambientais (águas e esgotos)       | Patologia clínica  |
| Militares (saúde/investigação)     | Médico             |
| Saúde pública                      | Ambiental          |
|                                    | Biologia molecular |
|                                    | Genética           |

#### 1.2. Plano de Contenção

1. O armazenamento de vírus da poliomielite ou de produtos potencialmente infecciosos para a poliomielite requer uma justificação clínica ou científica, devidamente autorizada pela Autoridade de Saúde Nacional [Diretor-Geral da Saúde (DGS)].
2. Todos os laboratórios que armazenam vírus da poliomielite (apenas o INSA) ou produtos potencialmente infecciosos para o vírus da poliomielite, autorizados pela DGS, encontram-

se identificados e registados numa base de dados gerida pelo INSA. O INSA actualiza regularmente essa base de dados através de um inquérito aos laboratórios.

3. Os laboratórios destinatários desta Norma, informam o INSA, através de resposta ao inquérito a realizar regularmente pelo INSA/DGS, sobre o possível armazenamento/manuseamento de vírus da poliomielite ou produtos potencialmente infecciosos para a poliomielite, para actualizar a base de dados.
4. Qualquer laboratório que pretenda importar, por qualquer razão, amostras potencialmente infecciosas para a poliomielite deve requerer a autorização prévia da Autoridade de Saúde Nacional (DGS), através do formulário do anexo XIII.
5. As eventuais situações de importação inadvertida (confirmada ou suspeita) de vírus da poliomielite devem ser comunicadas imediatamente à DGS e ao INSA.
6. Todos os produtos biológicos provenientes de casos possíveis ou prováveis de infecção pelo vírus da poliomielite e seus contactos, no âmbito das actividades de vigilância da paralisia flácida aguda (PFA) (capítulo V)), são enviados (segundo as regras de segurança para envio de produtos de elevado risco biológico<sup>16</sup>), exclusivamente, para o INSA, para estudo virológico.
7. Os laboratórios que armazenam ou manuseiam vírus da poliomielite (apenas o INSA) ou produtos potencialmente infecciosos para o vírus da poliomielite devem cumprir as regras de boas práticas laboratoriais<sup>17</sup> e de segurança biológica de nível 2 reforçada (BSL-2/polio)<sup>18</sup>. Os procedimentos BSL-2 estão amplamente descritos nos manuais de segurança biológica internacionais<sup>19</sup>, nomeadamente no da Organização Mundial de Saúde<sup>20</sup> e nos manuais nacionais<sup>21</sup>. Além destas, outras normas de biossegurança devem ser cumpridas, conforme descrito<sup>22,23,24,25</sup>, salientando-se os seguintes requisitos do nível de segurança BSL-2/polio:

### 7.1. Específicos para o vírus da poliomielite:

- a) Todo o pessoal que trabalha ou entra no laboratório deve estar vacinado contra a poliomielite (capítulo IV);
- b) A utilização de vírus selvagem da poliomielite é substituída pela utilização de vírus vacinais atenuados, antígenos inactivados ou enterovírus não-polio

<sup>16</sup> Guidance on Regulation for Transport of Infectious Substances. (WHO/HSE/EPR/2008.10), disponível em: [http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO\\_CDS\\_EPR\\_2007\\_2cc.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO_CDS_EPR_2007_2cc.pdf)

<sup>17</sup> Despacho nº 8835/2001, (2ª série) de 28 de Fevereiro Publicado no DR nº 98 de 27 de Abril Aprova o Manual de Boas Práticas Laboratoriais.

<sup>18</sup> WHO global action plan for laboratory containment of wild polioviruses, 2nd edition. 2004. Geneva p 1-37.

<sup>19</sup> Manuais de Segurança Biológica Internacionais (<http://www.cdc.gov/od/ohs/biosfty/bmbl4/bmbl4toc.htm>).

<sup>20</sup> Laboratory Biosafety Manual. Third edition. World Health Organization. Geneva 2004 (WHO/CDS/CSR/LYO/2004.11).

<sup>21</sup> 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.

<sup>22</sup> Decreto-Lei nº 84/97, de 16 de Abril (DR-I série A nº 89). Estabelece prescrições mínimas de protecção da segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos da exposição a agentes biológicos durante o trabalho.

<sup>23</sup> Portaria nº 405/98, de 11 de Julho (DR-I série B nº 158). Aprova a classificação dos agentes biológicos.

<sup>24</sup> Portaria nº 1036/98, de 15 de Dezembro (DR-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.

<sup>25</sup> Decreto-Lei nº 290/2001, de 16 de Novembro (DR-I série A nº 266). Transpõe para o ordenamento jurídico interno a Directiva nº 98/24/CE, do Conselho, de 7 de Abril, relativa à protecção da segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos ligados à exposição a agentes químicos no local de trabalho, e as Directivas nº 91/322/CEE, da Comissão, de 29 de Maio e 2000/39/CE, da Comissão, de 8 de Junho, sobre os valores limite de exposição profissional a algumas substâncias químicas.

sempre que o seu uso possa corresponder aos requisitos das metodologias laboratoriais;

- c) As eventuais reservas de vírus da poliomielite selvagem e de produtos biológicos potencialmente infecciosos para a poliomielite são mantidas em zonas laboratoriais separadas e de acesso condicionado e limitado;
- d) São utilizadas (no INSA) apenas estirpes de referência do vírus da poliomielite, identificáveis por métodos de biologia molecular;
- e) O INSA deve preparar os procedimentos de segurança biológica (BSL-3/polio) para a fase seguinte do Programa Global de Erradicação da Poliomielite (fase de certificação da ausência de poliomielite endêmica no mundo).

7.2. Boas práticas laboratoriais em geral:

- a) Utilização de boas práticas laboratoriais na manipulação de produtos biológicos;
- b) Utilização de protecção individual sempre que se executem procedimentos laboratoriais;
- c) Acesso condicionado e restrito de pessoas às instalações laboratoriais;
- d) Separação de soros e preparação de outros produtos biológicos de acordo com todas as normas de segurança (em câmaras de segurança biológica de classe II);
- e) Abertura de ampolas, contendo materiais infecciosos, com as precauções necessárias (câmaras de segurança biológica de classe II);
- f) Utilização de tubos e recipientes com tampa de rosca para a manipulação de produtos biológicos infecciosos e culturas;
- g) Procedimentos de desinfeção e esterilização adequados à natureza dos produtos e agentes infecciosos manipulados no laboratório;
- h) Eliminação de vírus da poliomielite selvagem ou de produtos potencialmente infecciosos para a poliomielite utilizando procedimentos de esterilização e/ou incineração de acordo com as Normas de eliminação de produtos infecciosos.
- i) Lavagem das mãos entre cada procedimento e antes de sair das instalações laboratoriais;
- j) Batas, luvas e outro equipamento de protecção individual usados unicamente no laboratório e nunca fora do mesmo;
- k) Proibição de ingestão de alimentos no laboratório;

7.3. Instalações com as características:

- a) Tecto, paredes e chão, constituídos por materiais aprovados para utilização em laboratório;
- b) Frigoríficos e congeladores apropriados ao armazenamento de produtos biológicos e estirpes virais, discriminando o seu conteúdo e apresentando os símbolos internacionais de perigo biológico;
- c) Produtos biológicos e estirpes virais inventariados e devidamente documentados;

- d) Sistema de energia elétrica acionado automaticamente em caso de falha do sistema geral;
- e) Autoclaves em perfeitas condições de funcionamento, localizados no mesmo edifício e que permitam a adequada esterilização dos produtos infecciosos ou potencialmente infecciosos;
- f) Câmaras de segurança biológica de classe II em número suficiente para permitir separação de atividades laboratoriais;
- g) Centrífugas e rotores com tampas e fechos de segurança
- h) Existência, no laboratório, de lavatórios e secadores para mãos;
- i) Sistemas de controlo interno/externo para verificar periodicamente os procedimentos e mecanismos de segurança biológica, de forma a garantir a segurança dos trabalhadores, dos equipamentos e das instalações;

## **2. Estratégia da vigilância laboratorial**

A vigilância da PFA é complementada pela vigilância laboratorial oportunista de enterovírus, coordenada pelo INSA (Hospital de D. Estefânia).

A vigilância da PFA é também complementada pela vigilância laboratorial oportunista de meningites assépticas com suspeita de enterovírus.

## VIII. Avaliação do Programa

O Programa será avaliado, anualmente, pela Comissão Nacional de Certificação da Erradicação da Poliomielite (CNC) que responde perante a Comissão de Certificação da Erradicação da Poliomielite da Região Europeia (CCR), para obtenção do estatuto nacional de erradicação da poliomielite segundo os requisitos do programa europeu.

O Programa nacional é acompanhado pela Comissão Nacional de Certificação da Erradicação da Poliomielite (CNC), constituída por peritos independentes. Esta comissão monitoriza e verifica o desempenho do Programa, certificando, anualmente, perante a Comissão Regional Europeia de Certificação (RCC), a situação de Portugal relativamente à eliminação da poliomielite.

A avaliação interna do Programa é da responsabilidade da DGS e do INSA, sendo realizada de acordo com os requisitos dos avaliadores externos, que são a Comissão Nacional de Certificação da Erradicação da Poliomielite (NCC) e a Comissão Europeia de Certificação da Erradicação da Poliomielite (RCC).

O relatório anual do Programa é baseado no *Annual polio report for the European Regional Certification Commission*, que é enviado anualmente pela OMS. Este relatório contém dados relativos às principais componentes do Programa:

- Vacinação
- Vigilância da paralisia flácida aguda (PFA)
- Contenção e vigilância laboratorial
- Plano de resposta à importação do vírus da poliomielite

O Relatório anual é submetido à Comissão Europeia de Certificação (RCC) após revisão, validação e aprovação da Comissão Nacional de Certificação (CNC) que avalia a manutenção do estatuto de eliminação da poliomielite no país.

Após apreciação deste relatório, a Comissão Europeia de Certificação (RCC) aprecia finalmente os argumentos da CNC e emite uma avaliação do estatuto de eliminação e do risco nacional de transmissão do vírus da poliomielite após importação.



## **Poliomielite: principais aspetos clínicos e epidemiológicos**

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

O último caso de doença provocado por vírus selvagem no país ocorreu em Dezembro de 1986, pelo que a suspeita diagnóstica não está sempre presente e a investigação epidemiológica da poliomielite não faz parte da prática habitual dos profissionais de saúde.

Assim, é importante que os profissionais envolvidos na vigilância da PFA estejam familiarizados com os aspectos mencionados de seguida, referentes às suas características clínicas e epidemiológicas e que tenham um papel de formadores no seu local de trabalho.

### **1. Epidemiologia**

A poliomielite é uma doença viral muito contagiosa que, na ausência de vacinação, atinge praticamente todas as pessoas de uma população.

A maioria dos casos de poliomielite é causada pelo vírus tipo 1, seguido pelo tipo 3. O vírus do tipo 2 está erradicado. Nas regiões tropicais, o pico de transmissão ocorre entre os lactentes e crianças pequenas, sendo mais frequente na época das chuvas. Nas regiões temperadas, o pico de transmissão ocorre entre crianças em idade escolar, com maior incidência nos meses de Verão e Outono<sup>1</sup>. No entanto, surtos em comunidades mais isoladas podem dar origem a casos de paralisia em indivíduos mais velhos.

### **2. 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 inofensivo na água e efluentes, durante várias semanas. Nas regiões mais desenvolvidas a transmissão através das secreções faríngeas constitui uma via alternativa de propagação da infeção<sup>2</sup>. As taxas de infeção secundária entre os coabitantes susceptíveis ou contactos institucionais, provavelmente mediada pela transmissão fecal-oral, são superiores a 90%<sup>1</sup>.

### **3. Período de incubação**

O período de incubação entre a infeção e os primeiros sintomas (pródromos) é de 3 a 6 dias e entre a infeção e a doença paralítica é, geralmente, de 7 a 21 dias, variando entre 3 e 35 dias<sup>1,3</sup>.

### **4. Risco de contágio**

O risco de contágio é mais elevado nas 1 a 2 semanas imediatamente antes e após o início da doença paralítica, embora o vírus replique por períodos mais longos, sendo excretado durante cerca de 2 semanas na saliva e 3 a 6 semanas nas fezes. Assim, o período de excreção do vírus pode variar entre 4 a 8 semanas<sup>1</sup>. A excreção do vírus é mais prolongada nos doentes imunodeprimidos (até 5-7 anos)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Plotkin, S; Orenstein, W; Offit, P. Vaccines. 5th ed. Philadelphia: Saunders; 2008

<sup>2</sup> Heyman DL. Control of communicable diseases manual. 19th ed. Washington: American Public Health Association; 2008

<sup>3</sup> Horstmann, DM; Paul, JR. The incubation period in human poliomyelitis and its implications. J Am Med Assoc. 1947;135:11-14.

No caso do vírus vacinal, a excreção dá-se principalmente durante as primeiras 1 a 3 semanas após vacinação, através das secreções faríngeas e das fezes<sup>4</sup>.

## 5. Sintomas

Actualmente, em países com programas de vacinação bem estabelecidos, menos de 1% dos indivíduos infetados desenvolve paralisia flácida; entre 1% e 4% desenvolve meningite asséptica<sup>3</sup>; a maioria dos infetados (> 90%) não tem sintomas ou tem sintomas muito ligeiros<sup>5</sup>; nestes, o quadro clínico varia entre infecção do aparelho respiratório superior (odinofagia e febre), sintomas gastrointestinais (náuseas/vómitos, dor abdominal, obstipação ou diarreia) e síndrome gripal<sup>1,5</sup>.

---

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Gelfand, HM; LeBlanc, DR; Fox, JP; Conwell, DP. Studies on the development of natural immunity to poliomyelitis in Louisiana. II. Description and analysis of episodes of infection observed in study households. Am J Hyg. 1957;65:367-385.

## Paralisia flácida aguda: diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial da PFA tem sido revisto e a lista de causas possíveis é extensa<sup>1</sup>: infecções virais e bacterianas, metabólicas, farmacológicas, tóxicas ou orgânicas. As características das quatro causas mais comuns de PFA, a poliomielite, a Síndrome de Guillain Barré (SGB), a mielite transversa e a neurite traumática, são apresentadas no Quadro I.

Nos países industrializados como o Reino Unido e a Austrália, bem como nos países em desenvolvimento da América Latina<sup>2,3</sup> e na ausência de poliomielite induzida pelo vírus selvagem, a SGB é responsável por pelo menos 50% dos casos de PFA.

Outras doenças e vírus têm sido associados a casos de doença paralítica tipo poliomielite, mas tais ocorrências são em pequeno número<sup>1</sup>.

As características clínicas mais relevantes, que permitem distinguir a poliomielite de outras causas de PFA, são a presença de febre no início da doença, a rápida progressão da paralisia até ao seu máximo, em 2-3 dias, a frequente assimetria e a evidência de paralisia proximal e descendente. No entanto, devido às elevadas taxas de vacinação, especialmente em crianças parcialmente imunes, podem ser observados quadros clínicos menos comuns, tais como paralisia simétrica dos membros inferiores ou paralisia ligeira ou fraqueza muscular<sup>4</sup>. Segundo os dados mais recentes a paralisia residual aos 60 dias após o início da paralisia é o sinal mais preditivo para a poliomielite<sup>1</sup>. Esta paralisia residual pode apresentar-se como paralisia flácida completa de um ou mais membros ou como paralisia parcial ou fraqueza de músculos ou grupos musculares. Neste último caso, pela possível recuperação funcional, pode ser mais difícil estabelecer um défice neurológico<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Marx, A; Glass, J; Sutter, RW. Differential diagnoses of acute flaccid paralysis and its role in poliomyelitis surveillance. *Epidemiol Rev.* 2000;22:298-316.

<sup>2</sup> Salisbury, DM; Ramsay, ME; White, JM; Brown, D. Polio eradication: surveillance implications for the United Kingdom. *J Infect Dis.* 1997;175:S156-S159.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Wyatt, HV. Poliomyelitis and infantile paralysis: changes in host and virus. *Hist Phil Life Sci.* 1993;15:357-396

**Tabela I** - Características das quatro causas mais comuns de PFA

( Fonte: Plotkin *et al*, 2008; adaptado de *Field Guide for Supplementary Activities Aimed at Achieving Polio Eradication*. Geneva: WHO; 1996)

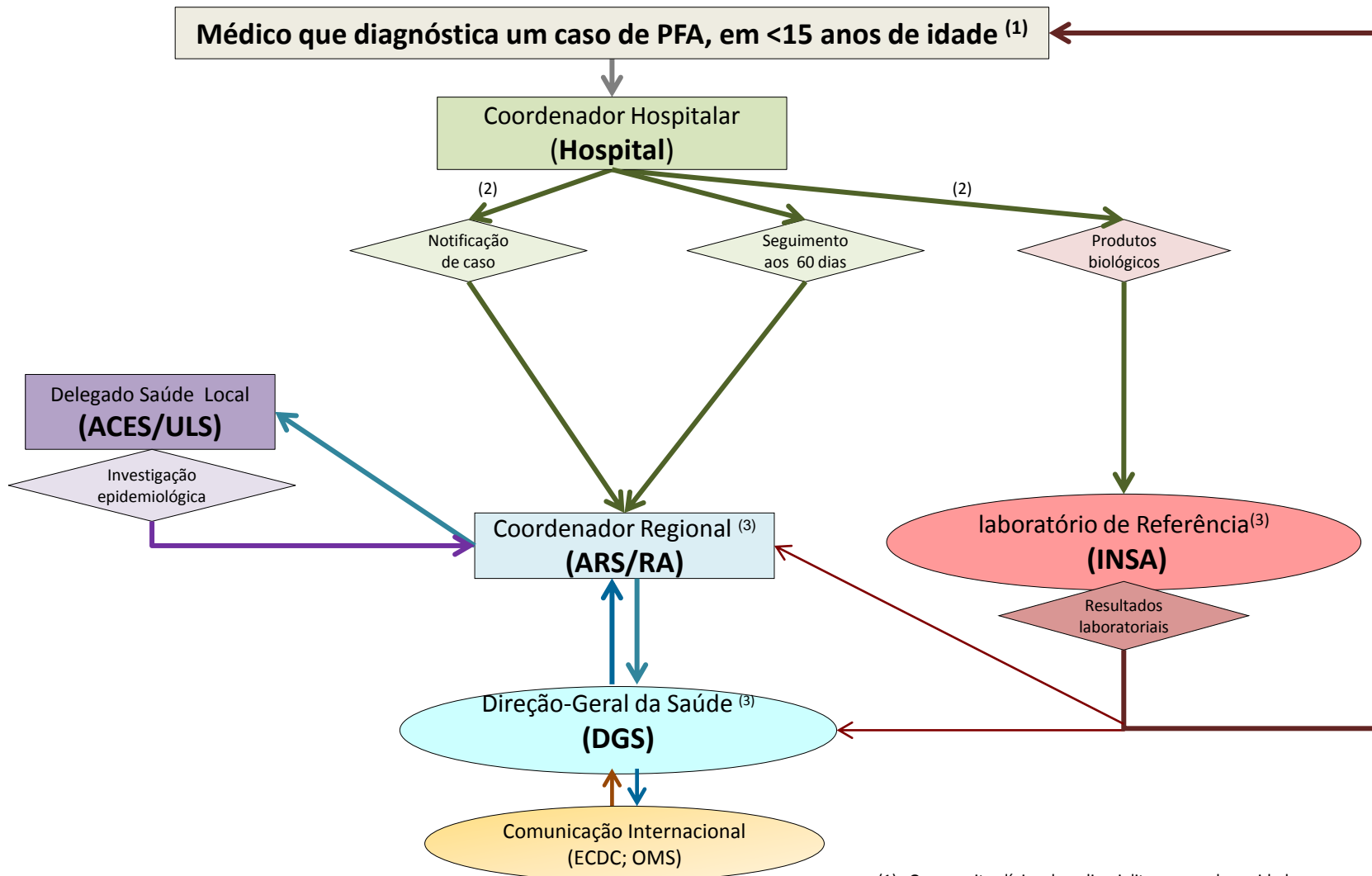
| Característica                             | Poliomielite   | Síndrome de Guillian-Barré  | Neurite traumática (após injeção)             | Mielite transversa   |
|--|--|---|---|--|
| Evolução da paralisia                      | 24-48h desde o início a até ao máximo  | De horas a 10 dias  | De horas a 4 dias                             | De horas a 4 dias  |
| Febre no início                            | Alta, sempre presente no início da paralisia flácida; desaparece aquando da paralisia máxima | Incomum   | Comum antes, durante e após paralisia         | 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, hipoanestesia de palmas e plantas           | Dor no gluteo, hipotermia                     | Anestesia dos membros inferiores com nível sensitivo               |
| Nervos cranianos                           | Apenas se paralisia bulbar presente  | Frequente, afetando os nervos VII, IX, X, XI, XII                 | Ausente                                       | Ausente  |
| Insuficiência respiratória                 | Apenas se paralisia bulbar presente  | Em casos graves, aumentada por pneumonia bacteriana               | Ausente                                       | Por vezes  |
| Quadro autonómico                          | Raro   | Alterações da TA, suor, rubor, flutuações da temperatura corporal | Hipotermia nos membros afetados               | Presente   |
| Afetação do líquido cefaloraquidiano       | Sinais inflamatórios   | Dissociação albumino-citológica                                   | Normal  | Normal ou ligeira elevação celular                                 |
| Disfunção vesical                          | Rara   | Transitória   | Nunca   | Presente   |
| Velocidade de condução nervosa (3ª semana) | Anormal: doença das células do corno anterior (normal nas 2 semanas iniciais)                | Anormal (condução reduzida, menor amplitude motora)               | Anormal (dano axonal)                         | Normal ou anormal, sem valor diagnóstico                           |
| Electro-Miografia às 3 semanas             | Anormal  | Normal  | Normal  | Normal   |
| Sequelas aos 3-12 meses                    | Graves, atrofia assimétrica, danos ósseos desenvolvem-se mais tarde                          | Atrofia simétrica de músculos distais                             | Atrofia moderada, apenas nos membros afetados | Atrofia paraplégica flácida após anos                              |

**Vacina inativada contra a poliomielite (VIP)<sup>(a)</sup>**

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Tipo de vacina</b>              | Vacina de vírus da poliomielite inteiros e inativados (tipos 1, 2 e 3)  |
| <b>Indicações terapêuticas</b>     | Prevenção da poliomielite causada por vírus dos tipos 1, 2 e 3  |
| <b>Contraindicações</b>            | Reação anafiláctica a:<br>- uma dose anterior de VIP, monovalente ou combinada<br>- algum dos constituintes da vacina   |
| <b>Precauções</b>                  | Hipersensibilidade grave à neomicina, estreptomicina ou polimixina B (situações em que é indicada a vacinação em meio hospitalar)<br><br>Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)<br><br>Doença aguda grave, com ou sem febre |
| <b>Conservação</b>                 | Conservar entre 2°C e 8°C. Não congelar.  |
| <b>Dose e via de administração</b> | 0,5 mL<br><br>Intramuscular (ou subcutânea); não deve ser administrada por via intravascular em circunstância alguma  |
| <b>Local da injeção</b>            | < 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa direita<br><br>≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço direito  |
| <b>Compatibilidade</b>             | Pode ser administrada simultaneamente com outras vacinas em locais anatómicos diferentes ou no mesmo membro (excepto com a BCG), desde que as injeções sejam distanciadas entre 2,5 a 5 cm  |
| <b>Vacinas combinadas</b>          | No PNV a VIP existe combinada com a DTPa (tetraivalente DTPaVIP) e com a DTPa e a Hib (pentavalente DTPaHibVIP)   |

(a) Segundo os Resumos das Características do Medicamento (RCM); atualização da Norma nº 40/2011 (atualização de 26/01/2012) – Programa Nacional de Vacinação 2012, disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

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



(1) Ou suspeita clínica de poliomielite, em qualquer idade

(2) A efetuar simultaneamente

(3) Para agilizar a ação em saúde pública, a DGS, o INSA e o DSR comunicam imediatamente entre si quando tiverem conhecimento de um caso de PFA

## Vigilância da paralisia flácida aguda (PFA)

A preencher pelas respectivas entidades:

| LABORATÓRIO (INSA)    | COORDENADOR REGIONAL | DELEGADO DE SAÚDE – ACES | DGS                 |
|-----------------------|----------------------|--------------------------|---------------------|
| Data de receção / /   | Data de receção / /  | Data de receção / /      | Data de receção / / |
| NA 1 _____ NA 2 _____ |                      |                          | Nº de caso _____    |

Por favor, envie cópias para o Coordenador Regional do Programa até 24h após o diagnóstico e para o INSA com as respetivas amostras.  
Lembre-se que a Reavaliação Clínica (Modelo 3) é efectuada ≥ 60 dias após o início da paralisia (a enviar ao Coordenador Regional ≤ 80 dias).

### NOTIFICAÇÃO DE CASO

Aplicável a: casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA) em <15 anos, sem causa traumática ou outra identificação etiológica, ou casos com suspeita clínica de poliomielite em qualquer idade

HOSPITAL \_\_\_\_\_ Serviço \_\_\_\_\_  
Nome do médico \_\_\_\_\_ Cédula profissional \_\_\_\_\_  
Telemóvel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### DOENTE

Nome \_\_\_\_\_  
Data do internamento / / Nº processo clínico \_\_\_\_\_ Sala \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_  
Sexo ☐ F ☐ M Idade \_\_\_\_\_ Data de Nascimento / /  
Morada \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Distrito \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_ Freguesia \_\_\_\_\_  
Nacionalidade \_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_  
Data do início da paralisia / /  
Doenças subjacentes \_\_\_\_\_  
Imunodeficiência congénita ou adquirida / Tratamento imunossupressor ☐ S ☐ N ☐ NS  
Vacina atenuada contra a poliomielite (VAP) ☐ S ☐ N ☐ NS Nº doses \_\_\_\_\_ Data da última dose / /  
Vacina inativada contra a poliomielite (VIP) ☐ S ☐ N ☐ NS Nº doses \_\_\_\_\_ Data da última dose / /  
Outros casos na família, colegas ou vizinhança? ☐ S ☐ N ☐ NS Especificar \_\_\_\_\_  
Viagem? ☐ S ☐ N ☐ NS Onde? \_\_\_\_\_ Data do início / / Data do fim / /  
Contato próximo com pessoas que viajaram recentemente? ☐ S ☐ N ☐ NS País \_\_\_\_\_ Data? / /  
Pertence a minoria religiosa/étnica? ☐ S ☐ N ☐ NS Especificar \_\_\_\_\_

### PRODUTOS BIOLÓGICOS

Fezes (1ª amostra): ☐ Hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_ Data / /  
Fezes (2ª amostra): ☐ Hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_ Data / /  
LCR: Células \_\_\_\_\_ Proteínas \_\_\_\_\_ Glicose \_\_\_\_\_ Microbiologia \_\_\_\_\_ Data / /  
Outro: \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_ Data / /

Nome do doente \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS** (referentes à doença actual)

| Pródromos:                      | S | N | NS |  | Outros:         | S | N | NS |
|---------------------------------|---|---|----|--|-----------------|---|---|----|
| Febre                           |   |   |    |  | Rigidez da nuca |   |   |    |
| Se sim, no início da paralisia? |   |   |    |  | Meningite       |   |   |    |
| Sintomas respiratórios          |   |   |    |  | Síndrome gripal |   |   |    |
| Sintomas gastrointestinais      |   |   |    |  |                 |   |   |    |
| Dores musculares                |   |   |    |  |                 |   |   |    |

**Paralisia:**

|                                    |   |   |    |             |   |   |    |             |   |   |    |
|------------------------------------|---|---|----|-------------|---|---|----|-------------|---|---|----|
| Progressão rápida ( $\leq 4$ dias) | S | N | NS | Assimétrica | S | N | NS | Descendente | S | N | NS |
|------------------------------------|---|---|----|-------------|---|---|----|-------------|---|---|----|

**Localização da paralisia:**

|                          |  |              |  |        |  |
|--------------------------|--|--------------|--|--------|--|
| Membro superior direito  |  | proximal     |  | distal |  |
| Membro superior esquerdo |  | proximal     |  | distal |  |
| Membro inferior direito  |  | proximal     |  | distal |  |
| Membro inferior esquerdo |  | proximal     |  | distal |  |
| Músculos respiratórios   |  | Especificar: |  |        |  |
| Face                     |  |              |  |        |  |
| Outros                   |  |              |  |        |  |

Diagnóstico Clínico \_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

Data     /     /     Assinatura do médico assistente \_\_\_\_\_

Validado pelo Coordenador Regional em     /     /     Assinatura \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO LABORATORIAL**

## AMOSTRAS DE FEZES

|  |  |
|--|--|
| <b>CASOS DE DOENÇA</b>                               | <b>Colher 2 amostras intervaladas de 24 – 48 horas</b><br>Nas 48h após o diagnóstico (até ao máximo de 14 dias após início da paralisia ou da suspeita clínica de poliomielite)  |
| <b>TÉCNICA DE COLHEITA</b>                           | Colher +/- 10g de fezes (equivalente a 1 colher de sopa) para recipiente esterilizado, de preferência descartável (aplicar enema, se necessário)   |
| <b>CONSERVAÇÃO</b>                                   | Manter no frigorífico até envio para o laboratório   |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS</b><br>(Letra legível) | Rotular as amostras com o nome e número do utente e nome do hospital, juntar cópia do Modelo 1, devidamente preenchido, conforme se trate de fezes do caso ou de contactos   |
| <b>AMOSTRAS</b>                                      | Colocar cada recipiente com amostras em saco plástico bem fechado  |
| <b>ENVIO DAS AMOSTRAS AO LABORATÓRIO</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Providenciar embalagem apropriada ao transporte (<i>correio, avião ou mão própria</i>), com refrigeração</li> <li>• Incluir cópia do Modelo 1, devidamente preenchido</li> <li>• Assegurar entrega ao laboratório no <b>prazo máximo de 72 horas</b></li> </ul> |

**Enviar para:**

Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge (INSA) – Laboratório Nacional de Referência de Doenças Evitáveis pela Vacinação  
 Av. Padre Cruz, 1600-560 Lisboa    Telefone: 21 750 8173    E-mail: [paula.palminha@insa.min-saude.pt](mailto:paula.palminha@insa.min-saude.pt)    Fax: 21 752 64 00

Contatos na DGS:    E-mail: [pfa@dgs.pt](mailto:pfa@dgs.pt)    Telefone: 21 843 0702/565    Fax: 21 843 0711



## Procedimentos de colheita e envio de amostras de fezes ao INSA

### Pesquisa e identificação gratuitas do vírus da poliomielite

|   |  |
|---|--|
| CASOS DE PFA<br>(ou suspeitas clínicas de poliomielite) | <b>Colher 2 amostras intervaladas de 24 – 48 horas</b> (responsabilidade do Hospital)<br><br><u>Nas 48h</u> após o diagnóstico, até ao máximo de 14 dias após início da paralisia (ou da suspeita clínica de poliomielite)   |
| CONTATOS PRÓXIMOS DE UM CASO                            | <b>Colher 1 amostra a 5 contactos</b> (responsabilidade do Delegado de Saúde ACES)<br><br>Se o caso for provável ou tiver amostras inadequadas (ver definições no capítulo II)<br><br><u>O mais cedo possível</u> (até ao máximo de 35 dias após o internamento do caso)   |
| TÉCNICA DE COLHEITA                                     | Colher +/- 10g de fezes (equivalente a 1 colher de sopa) para recipiente esterilizado, de preferência descartável<br><br>(aplicar enema, se necessário)  |
| IDENTIFICAÇÃO E 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%<br><br>Rotular as embalagens com o nome do doente, o número do processo clínico e o nome do hospital<br><br>Os produtos biológicos, devidamente identificados, devem ser acondicionados seguindo as normas de biosegurança para embalagem e transporte de substâncias infecciosas <sup>1</sup><br><br>Colocar cada recipiente com amostras em saco plástico bem fechado   |
| CONSERVAÇÃO   | Manter as amostras no frigorífico até envio para o laboratório (INSA, Lisboa)  |
| ENVIO DAS AMOSTRAS AO INSA                              | Providenciar embalagem apropriada ao transporte ( <i>correio, avião ou mão própria</i> ), com refrigeração <sup>1</sup> , por exemplo, com gelo seco<br><br>Incluir cópia da notificação de caso ou pg. 2 do formulário do inquérito epidemiológico, devidamente preenchido, conforme se trate de fezes do caso ou de contactos<br><br>Assegurar entrega ao laboratório no <b>prazo máximo de 72 horas</b><br><br>Na embalagem exterior deve ser assinalado, de forma bem visível, a designação PFA (Paralisia Flácida Aguda), seguida do endereço do laboratório de referência para a poliomielite, no INSA |

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: <a href="mailto:paula.palminha@insa.min-saude.pt">paula.palminha@insa.min-saude.pt</a> |
| Av. Padre Cruz, CP 1649-016 Lisboa                                     | <a href="mailto:elsa.vinagre@insa.min-saude.pt">elsa.vinagre@insa.min-saude.pt</a>            |
|  | <a href="mailto:carlos.ribeiro@insa.min-saude.pt">carlos.ribeiro@insa.min-saude.pt</a>        |

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

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

<sup>1</sup> Guidance on Regulation for Transport of Infectious Substances. (WHO/HSE/EPR/2008.10), disponível em: [http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO\\_CDS\\_EPR\\_2007\\_2cc.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO_CDS_EPR_2007_2cc.pdf).

## Vigilância da paralisia flácida aguda (PFA)

A preencher pelas respectivas entidades:

|  |   |
|--|---|
| <b>COORDENADOR REGIONAL</b><br>Data de receção / / | <b>DGS</b><br>Data de receção / /<br>Nº de caso _____ |
|--|---|

Por favor, envie cópia para o Coordenador Regional do Programa aos 60 a 80 dias após o início da paralisia (ou da suspeita clínica de poliomielite, sem paralisia).

### REAVALIAÇÃO CLÍNICA – 60 dias

**HOSPITAL** \_\_\_\_\_ **Serviço** \_\_\_\_\_  
**Nome do médico** \_\_\_\_\_ **Cédula profissional** \_\_\_\_\_  
**Telemóvel** \_\_\_\_\_ **Email** \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

**Nome** \_\_\_\_\_  
**Sexo** ☐ F ☐ M **Idade** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento** / /

### EVOLUÇÃO DA DOENÇA

**Data do início da paralisia/suspeita poliomielite** / / **Data de alta** / /

O doente foi observado ≥ 60 dias após o início da paralisia /suspeita de poliomielite, sem paralisia (≤80 dias)?

- ☐ Sim **Data** / /
- ☐ Não **Motivo** ☐ Perda de seguimento  
☐ Óbito **Data** / / **Causa** \_\_\_\_\_  
☐ Outra \_\_\_\_\_

### DADOS CLÍNICOS (por favor, responder ao não respondido no Modelo 1)

|                                 |   |   |    |             |   |   |    |             |   |   |    |  |
|---------------------------------|---|---|----|-------------|---|---|----|-------------|---|---|----|--|
| Teve meningite assética?        | S | N | NS |             |   |   |    |             |   |   |    |  |
| Teve paralisia?                 | S | N | NS |             |   |   |    |             |   |   |    |  |
| Progressão rápida (≤ 4 dias)    | S | N | NS | Assimétrica | S | N | NS | Descendente | S | N | NS |  |
| Presente à data da reavaliação? | S | N | NS |             |   |   |    |             |   |   |    |  |

#### Localização da paralisia, à data:

|                          |  |                    |  |        |  |
|--------------------------|--|--------------------|--|--------|--|
| Membro superior direito  |  | proximal           |  | distal |  |
| Membro superior esquerdo |  | proximal           |  | distal |  |
| Membro inferior direito  |  | proximal           |  | distal |  |
| Membro inferior esquerdo |  | proximal           |  | distal |  |
| Músculos respiratórios   |  | Especificar: _____ |  |        |  |
| Face                     |  |                    |  |        |  |
| Outros                   |  |                    |  |        |  |

Nome do doente \_\_\_\_\_

Se mantém paralisia, houve melhoria desde a instalação máxima até à reavaliação? **S** **N** **NS**Se *sim*, descreva \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**RESULTADOS LABORATORIAIS**Fezes: Enterovírus negativo ☐ positivo ☐ Identificação \_\_\_\_\_ Data / /Diferenciação intratípica (*poliomielite*) \_\_\_\_\_ Data / /

LCR\*: Células \_\_\_\_ Proteínas \_\_\_\_ Glicose \_\_\_\_ Microbiologia \_\_\_\_\_ Data / /

Outro: \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_ Data / /

**DIAGNÓSTICO DEFINITIVO** Data / /☐ Poliomielite confirmada por vírus: ☐ selvagem ☐ vacinal ☐ derivado da vacina☐ Polirradiculoneurite / S. Guillain-Barré / S. Landry☐ Mielite transversa aguda☐ Neuropatia traumática☐ Tumor da medula\*\* ou outra neoplasia☐ Neuropatia periférica por infecção/intoxicação \_\_\_\_\_☐ Doença sistémica, metabólica, muscular ou óssea \_\_\_\_\_☐ Paralisia de etiologia desconhecida ou diagnóstico desconhecido☐ Outro \_\_\_\_\_**Observações**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data / / Assinatura do médico assistente \_\_\_\_\_

**Validado pelo Coordenador Regional** em / / Assinatura \_\_\_\_\_

A preencher pelas respectivas entidades:

|  |  |   |
|--|--|---|
| <u>DELEGADO DE SAÚDE – ACES</u><br>Data de receção Modelo 1: / / | <u>COORDENADOR REGIONAL</u><br>Data de receção Modelo 2: / / | <u>DGS</u><br>Data de receção Modelo 2: / /<br>Nº de caso _____ |
|--|--|---|

Por favor, envie cópias para o Coordenador Regional do Programa até 48h após receção do Modelo 1 e para o INSA a página 2 com a(s) amostra(s) de contatos próximos, se aplicável.

## INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO

### DOENTE

Nome \_\_\_\_\_

Sexo ☐ F ☐ M Idade \_\_\_\_\_ Data de Nascimento / /

Hospital \_\_\_\_\_ Nome do médico \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Frequenta: Ama ☐ Creche ☐ Infantário ☐ Escola ☐ Outro ☐  
Especificar \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Vacina atenuada contra a poliomielite (VAP) ☐ S ☐ N ☐ NS Nº doses \_\_\_\_ Data da última dose / /

Vacina inativada contra a poliomielite (VIP) ☐ S ☐ N ☐ NS Nº doses \_\_\_\_ Data da última dose / /

Outros casos na família, colegas ou vizinhança? ☐ S ☐ N ☐ NS Especificar \_\_\_\_\_

Viagem? ☐ S ☐ N ☐ NS Onde? \_\_\_\_\_ Data do início / / Data do fim / /

Reside em comunidade originária de países de risco para poliomielite? ☐ S ☐ N ☐ NS Especificar \_\_\_\_\_

Pertence a minoria religiosa/étnica? ☐ S ☐ N ☐ NS Especificar \_\_\_\_\_

Contacto próximo com pessoa que:

(se pertinente, especificar na tabela da página seguinte)

☐ viajou recentemente. País \_\_\_\_\_ Data de chegada a Portugal: / /

☐ reside em comunidade originária de países de risco para poliomielite. Qual? \_\_\_\_\_

☐ não está vacinada contra a poliomielite. Especificar \_\_\_\_\_

☐ foi vacinada recentemente com a vacina VAP. Quando e onde? \_\_\_\_\_

☐ pertence a minoria religiosa/étnica. Especificar \_\_\_\_\_

☐ doente com poliomielite em fase contagiosa. Quando e onde? \_\_\_\_\_

Utilizar a tabela da página seguinte para registar os contactos próximos investigados laboratorialmente e enviar ao INSA com as amostras.

MEDIDAS DE CONTROLO \_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

Nome do doente \_\_\_\_\_

**Dados dos contactos próximos identificados\***<sup>§</sup> (para envio ao INSA juntamente com as amostras de fezes)

| Nome | Sexo | Data nascimento | Data último contato com o caso | Especificar viagem recente | Nº doses VAP/VIP | Data última dose VAP/VIP | Data colheita da amostra fezes | Morada |
|------|------|-----------------|--------------------------------|----------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------------|--------|
|      |      |                 |                                |                            |                  |                          |                                |        |
|      |      |                 |                                |                            |                  |                          |                                |        |
|      |      |                 |                                |                            |                  |                          |                                |        |
|      |      |                 |                                |                            |                  |                          |                                |        |
|      |      |                 |                                |                            |                  |                          |                                |        |

Preferencialmente, contactos próximos &lt; 5 anos de idade – coabitantes, amigos íntimos, colegas em creches e infantários, colegas de internamento hospitalar, outros.

<sup>§</sup> A investigar laboratorialmente, até 35 dias após internamento do caso, se o caso for provável ou tiver amostras inadequadas.**DIAGNÓSTICO LABORATORIAL – AMOSTRAS DE FEZES**

|   |   |
|---|---|
| <b>CONTATOS PRÓXIMOS DE UM CASO</b>             | <b>Colher 1 amostra</b><br>Se o caso for provável ou tiver amostras inadequadas<br><u>O mais cedo possível</u> (até ao máximo de 35 dias após o internamento do caso)   |
| <b>TÉCNICA DE COLHEITA</b>                      | Colher +/- 10g de fezes (equivalente a 1 colher de sopa) para recipiente esterilizado, de preferência descartável (aplicar enema, se necessário)  |
| <b>CONSERVAÇÃO</b>                              | Manter no frigorífico até envio para o laboratório  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA (Letra legível)</b> | Rotular as amostras com o nome e número do utente e nome da unidade de saúde expedidora, juntar cópia da pg. 2 do Modelo 2, devidamente preenchida  |
| <b>AMOSTRA</b>                                  | Colocar cada recipiente com amostras em saco plástico bem fechado   |
| <b>ENVIO DA AMOSTRA AO LABORATÓRIO</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Providenciar embalagem apropriada ao transporte (<i>correio, avião ou mão própria</i>), com refrigeração</li> <li>• Incluir cópia da pg. 2 do Modelo 2, devidamente preenchida</li> <li>• Assegurar entrega ao laboratório no <b>prazo máximo de 72 horas</b></li> </ul> |

**Enviar para:**

Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge (INSA)

Laboratório Nacional de Referência de Doenças Evitáveis pela Vacinação

Av. Padre Cruz, 1600-560 Lisboa

**Telefone 21 750 8173****Fax 21 752 64 00****E-mail** [paula.palminha@insa.min-saude.pt](mailto:paula.palminha@insa.min-saude.pt)**REGISTOS NO LABORATÓRIO (INSA)**

Data de receção:     /     /     NA 1     ; NA 2

NA 3     ; NA 4     ; NA 5

**RESPONSÁVEL PELO INQUÉRITO**

Nome \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Funções \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_

Data:     /     /

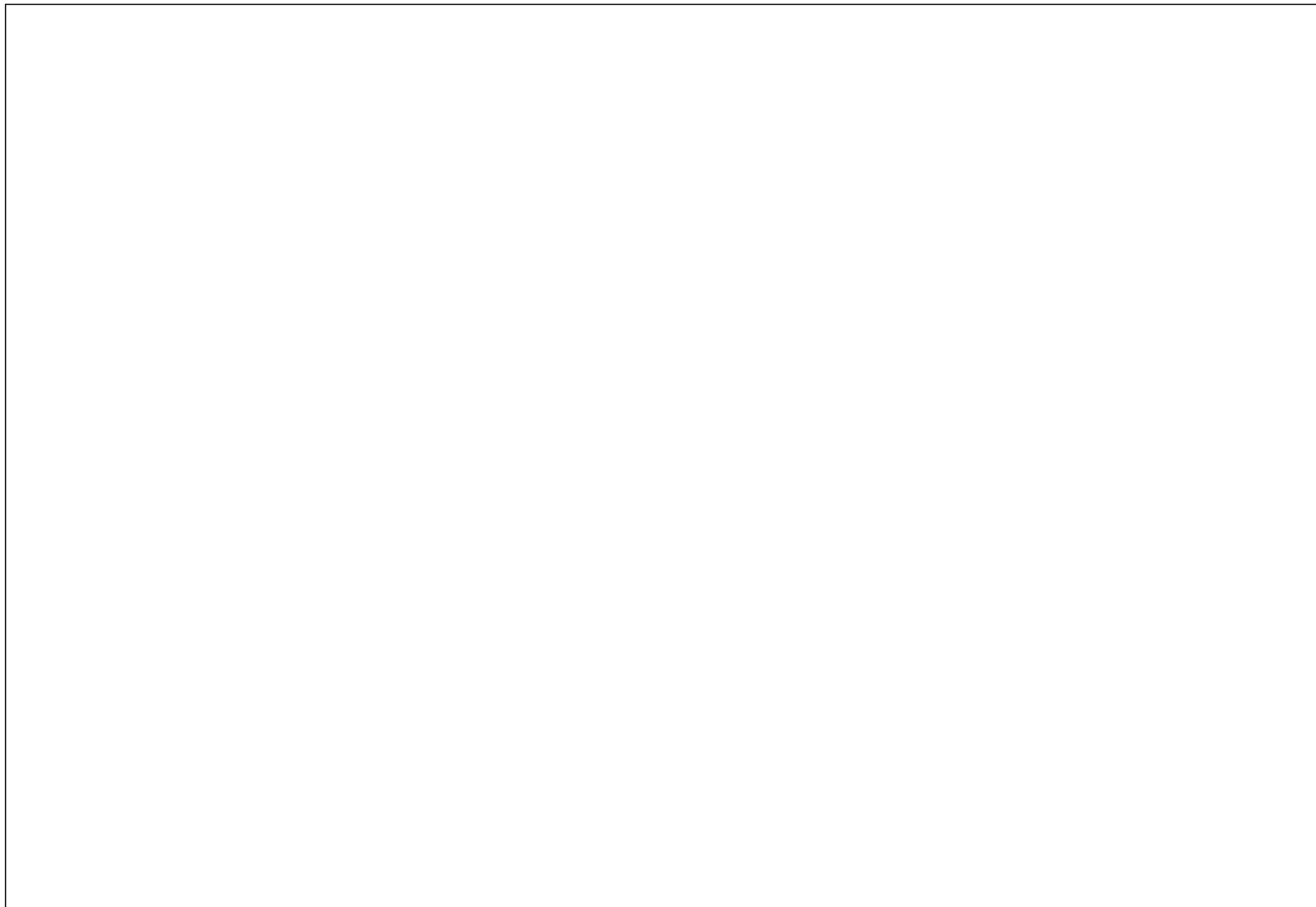
ACES \_\_\_\_\_

**Coordenador Regional:**

Validado em:     /     /

Assinatura \_\_\_\_\_

Nome do doente \_\_\_\_\_



### Resumo semanal de casos de PFA ou suspeitas clínicas de poliomielite

A enviar à DGS, até 5ª feira de cada semana, com a informação dos 5 dias úteis anteriores (5ª a 4ª feira anteriores).

Ano \_\_\_\_\_ Semana nº: \_\_\_\_\_

ARS/DRS: \_\_\_\_\_

#### Identificação dos casos, de acordo com o diagnóstico

| Identificação de sexo e data de nascimento, caso a caso: | PFA        |                 | Suspeita clínica de poliomielite |                          |
|--|------------|-----------------|----------------------------------|--------------------------|
|  | Sexo (F/M) | Data nascimento | Sexo (F/M)                       | Data nascimento          |
|  |            | __/__/__        |                                  | __/__/__                 |
|  |            | __/__/__        |                                  | __/__/__                 |
|  |            | __/__/__        |                                  | __/__/__                 |
|  |            | __/__/__        |                                  | __/__/__                 |
|  |            | __/__/__        |                                  | __/__/__                 |
|  |            | __/__/__        |                                  | __/__/__                 |
|  |            | __/__/__        |                                  | __/__/__                 |
|  |            | __/__/__        |                                  | __/__/__                 |
|  |            | __/__/__        |                                  | __/__/__                 |
|  |            | __/__/__        |                                  | __/__/__                 |
|  |            | __/__/__        |                                  | __/__/__                 |
|  |            |                 |                                  | Total casos notificados: |
| Total casos por classificação:                           |            |                 |                                  |                          |

Observações:

---



---



---



---

Data de envio: \_\_\_\_\_

Nome do responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_



**RESUMO MENSAL DE TODOS OS CASOS DE PFA OU SUSPEITA CLÍNICA DE POLIOMIELITE\***

Preencher, na 1ª semana de cada mês, com os dados do respectivo hospital relativos ao mês anterior, incluindo zero casos, após revisão mensal dos registos/processos clínicos do hospital e enviar na mesma semana, ao Coordenador Regional, o mesmo quadro, atualizado mensalmente.

Avaliação do ano:

| Região<br>NORTE  | Unidades Hospitalares (15) | MÊS |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|----------------------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |                            | J   | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
| CH Nordeste, EPE   |                            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CH Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE                                |                            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CH Alto Ave, EPE   |                            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CH Médio Ave, EPE  |                            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CH Tâmega e Sousa, EPE   |                            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CH Póvoa Varzim / Vila Conde, EPE                                  |                            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CH Vila Nova Gaia / Espinho, EPE                                   |                            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CH Entre Douro e Vouga, EPE  |                            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CH Porto, EPE  |                            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE                          |                            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE (Hospital Pedro Hispano) |                            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| São Marcos, Braga  |                            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Santa Maria Maior, EPE, Barcelos                                   |                            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| S. João, EPE, Porto  |                            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE, Porto      |                            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |                            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Cada novo caso identificado deve ser notificado no respectivo Modelo 1, iniciando-se imediatamente o processo de investigação clínica, laboratorial e epidemiológica, no que ainda for possível e relevante.

Observações:

Data:  /  /  Nome do coordenador:

\* Formulário a enviar, mensalmente, pelo Coordenador Regional à DGS com a informação de todos os hospitais da região.

**RESUMO MENSAL DE TODOS OS CASOS DE PFA OU SUSPEITA DE POLIOMIELITE\***

Preencher, na 1ª semana de cada mês, com os dados do respectivo hospital relativos ao mês anterior, incluindo zero casos, após revisão mensal dos registos/processos clínicos do hospital e enviar na mesma semana, ao Coordenador Regional, o mesmo quadro, atualizado mensalmente.

Avaliação do ano

| Região<br>CENTRO | Unidades Hospitalares (11)               | MÊS |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------|--|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|                  |  | J   | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
|                  | Infante D. Pedro, EPE, Aveiro            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                  | Visconde Salreu, Estarreja               |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                  | Amato Lusitano, EPE (ULS Castelo Branco) |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                  | CH Cova da Beira, EPE, Covilhã           |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                  | CH Coimbra, EPE                          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                  | CHC - Pediátrico, Coimbra                |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                  | HUC, Universitário, Coimbra, EPE         |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                  | Figueira da Foz                          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                  | Sousa Martins, EPE, (ULS Guarda)         |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                  | Santo André, EPE, Leiria                 |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                  | São Teotónio, EPE, Viseu                 |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Cada novo caso identificado deve ser notificado no respectivo Modelo 1, iniciando-se imediatamente o processo de investigação clínica, laboratorial e epidemiológica, no que ainda for possível e relevante.

Observações:

Data:

/ /

\* Formulário a enviar, mensalmente, pelo Coordenador Regional à DGS com a informação de todos os hospitais da região.

**RESUMO MENSAL DE TODOS OS CASOS DE PFA OU SUSPEITA DE POLIOMIELITE\***

Preencher, na 1ª semana de cada mês, com os dados do respectivo hospital relativos ao mês anterior, incluindo zero casos, após revisão mensal dos registos/processos clínicos do hospital e enviar na mesma semana, ao Coordenador Regional, o mesmo quadro, atualizado mensalmente.

| Região   | Unidades Hospitalares (16) | Avaliação do ano |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|----------------------------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |                            | MÊS              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |                            | J                | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
| Lisboa e Vale do Tejo                                    |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CH Lisboa Central (H.D. Estefânia)                       |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CH Lisboa Ocidental (H.S. Francisco Xavier)              |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CH Lisboa Norte (H.S. Maria)                             |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Dr. Pulido Valente                                       |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Dr. Fernando Fonseca, EPE, Amadora-Sintra                |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Dr. José de Almeida, H.P.P., Cascais                     |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CH Torres Vedras (H.D. Torres Vedras)                    |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CH Oeste Norte (H.D. Caldas da Rainha)                   |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Reynaldo dos Santos, V.F.Xira                            |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Distrital de Santarém, EPE                               |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Torres Novas (CH Médio Tejo)                             |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Nª.Sª.Graça, Tomar (CH Médio Tejo)                       |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Dr. Manuel Constâncio, Abrantes (CH Médio Tejo)          |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CH Barreiro- Montijo (H. Nª Sra. Rosário, EPE, Barreiro) |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| H. Garcia de Orta, EPE, Almada                           |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CH Setúbal, EPE (H. S. Bernardo, Setúbal)                |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |                            |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Cada novo caso identificado deve ser notificado no respectivo Modelo 1, iniciando-se imediatamente o processo de investigação clínica, laboratorial e epidemiológica, no que ainda for possível e relevante.

Observações:

Data:  /  /  Nome do coordenador:

\* Formulário a enviar, mensalmente, pelo Coordenador Regional à DGS com a informação de todos os hospitais da região.

**RESUMO MENSAL DE TODOS OS CASOS DE PFA OU SUSPEITA DE POLIOMIELITE\***

Preencher, na 1ª semana de cada mês, com os dados do respectivo hospital relativos ao mês anterior, incluindo zero casos, após revisão mensal dos registos/processos clínicos do hospital e enviar na mesma semana, ao Coordenador Regional, o mesmo quadro, actualizado mensalmente.

Avaliação do ano

| Região<br>ALENTEJO | Unidades Hospitalares (4)                               | MÊS |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|                    |   | J   | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
|                    | José J Fernandes, Beja (ULS Baixo Alentejo, EPE)        |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                    | Espírito Santo, EPE, Évora                              |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                    | Dr. J Mª Grande, Portalegre (ULS Norte Alentejano, EPE) |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                    | Litoral Alentejano, EPE, Santiago do Cacém              |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                    |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Cada novo caso identificado deve ser notificado no respectivo Modelo 1, iniciando-se imediatamente o processo de investigação clínica, laboratorial e epidemiológica, no que ainda for possível e relevante.

Observações:

Data:

/ /

Nome do coordenador:

\* Formulário a enviar, mensalmente, pelo Coordenador Regional à DGS com a informação de todos os hospitais da região.

**RESUMO MENSAL DE TODOS OS CASOS DE PFA OU SUSPEITA DE POLIOMIELITE\***

Preencher, na 1ª semana de cada mês, com os dados do respectivo hospital relativos ao mês anterior, incluindo zero casos, após revisão mensal dos registos/processos clínicos do hospital e enviar na mesma semana, ao Coordenador Regional, o mesmo quadro, atualizado mensalmente.

Avaliação do ano

| Região<br>ALGARVE    | Unidades Hospitalares (2) | MÊS |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------|---------------------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|                      |                           | J   | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
| Central de Faro, EPE |                           |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                      |                           |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Cada novo caso identificado deve ser notificado no respectivo Modelo 1, iniciando-se imediatamente o processo de investigação clínica, laboratorial e epidemiológica, no que ainda for possível e relevante.

Observações:

Data:

/ /

Nome do coordenador:

\* Formulário a enviar, mensalmente, pelo Coordenador Regional à DGS com a informação de todos os hospitais da região.

RESUMO MENSAL DE TODOS OS CASOS DE PFA OU SUSPEITA DE POLIOMIELITE\*

Preencher, na 1ª semana de cada mês, com os dados do respectivo hospital relativos ao mês anterior, incluindo zero casos, após revisão mensal dos registos/processos clínicos do hospital e enviar na mesma semana, ao Coordenador Regional, o mesmo quadro, actualizado mensalmente.

Avaliação do ano

| Região<br>MADEIRA  | Unidades Hospitalares (1) | MÊS |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------|---------------------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|                    |                           | J   | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
| Dr. Nélío Mendonça |                           |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                    |                           |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Cada novo caso identificado deve ser notificado no respectivo Modelo 1, iniciando-se imediatamente o processo de investigação clínica, laboratorial e epidemiológica, no que ainda for possível e relevante.

Observações:

Data:

/ /

Nome do coordenador:

\* Formulário a enviar, mensalmente, pelo Coordenador Regional à DGS com a informação de todos os hospitais da região.

**RESUMO MENSAL DE TODOS OS CASOS DE PFA OU SUSPEITA DE POLIOMIELITE\***

Preencher, na 1ª semana de cada mês, com os dados do respectivo hospital relativos ao mês anterior, incluindo zero casos, após revisão mensal dos registos/processos clínicos do hospital e enviar na mesma semana, ao Coordenador Regional, o mesmo quadro, atualizado mensalmente.

Avaliação do ano

| Região<br>AÇORES | Unidades Hospitalares (3)            | MÊS |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------|--------------------------------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|                  |                                      | J   | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
|                  | Divino Espírito Santo, Ponta Delgada |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                  | Hospital da Horta                    |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                  | Santo Espírito, Angra Heroísmo       |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                  |                                      |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Cada novo caso identificado deve ser notificado no respectivo Modelo 1, iniciando-se imediatamente o processo de investigação clínica, laboratorial e epidemiológica, no que ainda for possível e relevante.

Observações:

Data:

/ /

Nome do coordenador:

\* Formulário a enviar, mensalmente, pelo Coordenador Regional à DGS com a informação de todos os hospitais da região.

## Identificação e seguimento de contactos<sup>1</sup> - Níveis de alerta 2, 3, 4 e 5

Nome do caso \_\_\_\_\_ Sexo ☐ F ☐ M Data de Nascimento     /     /

Nome do responsável pelo inquérito \_\_\_\_\_ Funções \_\_\_\_\_ ACES \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Data     /     / Assinatura \_\_\_\_\_

| Nome | Sexo | Data nascimento | Tipo de Contacto* | Data último contacto com o caso | Especificar sintomas e data de início | Especificar viagem recente | Nº doses VAP/VIP | Data última dose VAP/VIP | Data colheita da amostra fezes | Morada |
|------|------|-----------------|-------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------------|--------|
|      |      |                 |                   |                                 |                                       |                            |                  |                          |                                |        |
|      |      |                 |                   |                                 |                                       |                            |                  |                          |                                |        |
|      |      |                 |                   |                                 |                                       |                            |                  |                          |                                |        |
|      |      |                 |                   |                                 |                                       |                            |                  |                          |                                |        |
|      |      |                 |                   |                                 |                                       |                            |                  |                          |                                |        |
|      |      |                 |                   |                                 |                                       |                            |                  |                          |                                |        |

\* Especificar tipo de contatos: a) Contactos próximos (coabitantes, amigos íntimos, colegas ou educadores em creches ou infantários, colegas de quarto em internamento hospitalar, cuidadores, profissionais de saúde, outros); b) Contactos alargados (no contexto de local de trabalho, escola, locais de convívio, outros locais)

<sup>1</sup> Documento a utilizar também para o envio ao INSA juntamente com as respectivas amostras de fezes de contactos.



**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 8430565/702; Fax: 21 8430711

**Identificação da instituição**

Serviço \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Nome do clínico/investigador responsável**

Contactos do clínico/investigador responsável: Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

**Justificação/objectivo do estudo:**

Idade da população em estudo: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Região: \_\_\_\_\_

Data de 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 XXXX e que os produtos biológicos acima referidos serão manipulados, armazenados e eliminados de acordo com a mesma.

Clínico/investigador requisitante (nome legível): \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_