

Poliomielite

1. Doença

A poliomielite é uma doença viral aguda causada por Poliovírus, que afeta principalmente crianças com menos de 5 anos de idade. É de notificação obrigatória em Portugal.¹

Existem três serotipos diferentes de poliovírus selvagem: tipo 1, 2 e 3. A imunidade a um serotipo não confere imunidade aos outros dois. Existe outra forma de poliomielite, causada pelo poliovírus que deriva do vírus vivo atenuado da vacina (PPAV), que raramente causa doença paralisante e que é designada por poliomielite paralisante associada à vacina (cVDPV).

Na maioria dos casos, a infeção é assintomática. Contudo, em 10% dos casos, a doença cursa com sintomas inespecíficos ligeiros, como febre, mal-estar geral, cefaleias, náuseas e vômitos. Em cerca de 1% dos casos, o quadro clínico pode evoluir para paralisia flácida aguda (PFA). A PFA é normalmente assimétrica, evoluindo rapidamente em cerca de 3 a 4 dias, afetando, com maior frequência, os membros inferiores. A paralisia da musculatura do sistema respiratório ou da deglutição associa-se a um maior risco de mortalidade.

A transmissão do poliovírus ocorre de pessoa-a-pessoa, geralmente por via fecal-oral e, menos frequentemente, pelo contacto direto com superfícies contaminadas ou com as secreções de pessoas infetadas. O vírus multiplica-se no sistema gastrointestinal progredindo, posteriormente, para os gânglios linfáticos loco-regionais, apresentando-se como um vírus com elevada afinidade pelo tecido nervoso.

O período de incubação varia entre 4 e 35 dias (geralmente, 7 a 10 dias).² O vírus pode ser excretado após a infeção, durante 1 a 2 semanas, nas secreções nasofaríngeas e 3 a 6 semanas nas fezes, mesmo em pessoas com infeção assintomática.

O diagnóstico da poliomielite é feito através do isolamento do vírus em amostras clínicas, geralmente em fezes, obtidas de uma pessoa que se encontre em fase aguda da doença. O poliovírus também pode ser detetado em amostras da orofaringe, mas as amostras de fezes são a escolha preferencial para o diagnóstico. O teste de PCR (*polymerase chain reaction*) do poliovírus identifica o serotipo e a estrutura genética do vírus, o que pode levar à determinação da origem geográfica e do tempo estimado de circulação do vírus.^{3,4,5,6}

¹ Despacho n.º 1150/2021, de 28 de janeiro.

² WHO (2018). Vaccine preventable diseases surveillance standards, poliomyelitis. Disponível [aqui](#).

³ UK Health Security Agency (2019), The Green Book Chapter 26: Polio.

⁴ Centers for Disease Control and Prevention. CDC Yellow Book 2024, Travel-Associated Infections & Diseases, Poliomyelitis. Poliomyelitis | CDC Yellow Book 2024

⁵ Polio Global Eradication Initiative. (s.d.). Polio. <https://polioeradication.org/>

⁶ Heymann, D. L., & American Public Health Association. (2015). Control of communicable diseases manual: an official report of the American Public Health Association. Apha Press, An Imprint Of The American Public Health Association.

O tratamento da poliomielite é de suporte, para controlo sintomático. O calor e a fisioterapia podem ser utilizados para estimulação muscular. Medicamentos antiespasmódicos podem ser usados para relaxamento muscular. Estes tratamentos, apesar de poderem melhorar a mobilidade, não revertem a paralisia permanente causada pelo poliovírus.⁷

2. Complicações

Uma em cada 200 infeções leva a paralisia irreversível, das quais 5 a 10% progridem para a morte.⁸ Paralisias que perduram durante 60 dias, ou mais, têm maior probabilidade de ser permanentes.

A síndrome pós-poliomielite pode ocorrer 20 a 30 anos depois do surgimento da doença, mesmo em casos previamente assintomáticos, com o aparecimento súbito de sintomas, como fraqueza ou paralisia. A paralisia causada por poliovírus nos adultos geralmente é mais grave e tem pior prognóstico do que nas crianças.^{9,10,11}

3. Epidemiologia

Nas décadas de 1940 e 1950, à semelhança do perfil de outros países, Portugal registou diversos surtos de poliomielite. Entre 1956 e 1965, ano da implementação do Programa Nacional de Vacinação (PNV) em Portugal, foram notificados aproximadamente 2.700 casos.

A poliomielite foi reconhecida como um problema de Saúde Pública nos países de baixo rendimento durante a década de 1970. Como resposta, a vacinação foi sendo introduzida nos programas nacionais de vacinação, em todo o mundo, de forma a promover o controlo da doença. Um esforço global de vacinação contra a poliomielite foi lançado, em 1985, pelo *Rotary International*, levando à constituição da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio (GPEI), composta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), *United Nations Children's Fund* (UNICEF), *Centres for Disease Control and Prevention* (CDC) e outras entidades, em 1988. A poliomielite é uma das doenças abrangidas pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), em que a deteção de um único caso requer notificação imediata obrigatória à OMS.¹³

Estes esforços têm contribuído para a redução da incidência da poliomielite a nível mundial, contribuindo para a eliminação do vírus selvagem à escala global, com exceção de dois países. Os casos de vírus selvagem da poliomielite diminuíram mais de 99% desde 1988, de cerca de 350.000 casos em mais de 125 países endémicos para 12 casos relatados em 2023, em dois países endémicos (Paquistão e Afeganistão). Em 2024, o vírus endémico da poliomielite selvagem tipo 1 permanece ativo em dois países, tendo sido registados 34 casos no Paquistão e no Afeganistão.^{14,15}

⁷ WHO, Poliomyelitis (Polio). Disponível [aqui](#).

⁸ World Health Organization. (2025). Polio. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis>

⁹ UK Health Security Agency (2019), The Green Book Chapter 26: Polio.

¹⁰ Centers for Disease Control and Prevention, CDC Yellow Book 2024, Travel-Associated Infections & Diseases, Poliomyelitis. Poliomyelitis CDC Yellow Book 2024

¹¹ Polio Global Eradication Initiative. (s.d.). Polio. <https://polioeradication.org/>

¹² Centers for Disease Control and Prevention, CDC Yellow Book 2024, Travel-Associated Infections & Diseases, Poliomyelitis. Poliomyelitis CDC Yellow Book 2024

¹³ WHO (2024). International Health Regulations (2005), Seventy-seventh world health assembly, agenda item 13.3, A77/A/CONF./14, 1 June 2024. Disponível [aqui](#).

¹⁴ Polio Global Eradication Initiative. (s.d.). Polio. <https://polioeradication.org/>

¹⁵ World Health Organization. (2024). Report of the thirty-eighth meeting of the European Regional Commission for Certification of Poliomyelitis Eradication

Por outro lado, a circulação do poliovírus derivado de vacina circulante (cVDPV) tipo 2 (cVDPV2), a nível mundial, continua a representar um desafio. Em 2024, foram reportados 152 casos, um decréscimo face aos 395 casos reportados em 2023 e aos 688 reportados em 2022, refletindo uma tendência decrescente desde o pico observado em 2020. Mais de 80% dos casos de cVDPV2 registados são provenientes da República Democrática do Congo, Nigéria, Somália e Iémen. Em 2025, em resposta ao surto de cVDPV2 na Faixa de Gaza, foi implementada uma campanha de vacinação com a vacina oral contra a poliomielite tipo 2, nOPV2.

Relativamente à Região Europeia (UE/EEE), foi notificado, em 1988, o último caso de infeção por poliovírus selvagem, levando a que a OMS declarasse a região europeia livre da poliomielite em 2002.¹⁶

Em Portugal, nas décadas de 1940 e 1950, como em outros países, foram observados diversos surtos de poliomielite. Porém, a incidência da poliomielite reduziu drasticamente em Portugal, na sequência da implementação de uma campanha de vacinação nacional e, posteriormente, em 1965, com a integração da vacinação contra a poliomielite no Programa Nacional de Vacinação. Como resultado do grande sucesso deste programa, o último caso conhecido de poliomielite por vírus selvagem ocorreu em 1986.¹⁷

Em Portugal, a vacinação contra a poliomielite teve um impacto imediato, com uma redução acentuada do número de casos a partir do ano da sua implementação (Figura n.º 1).

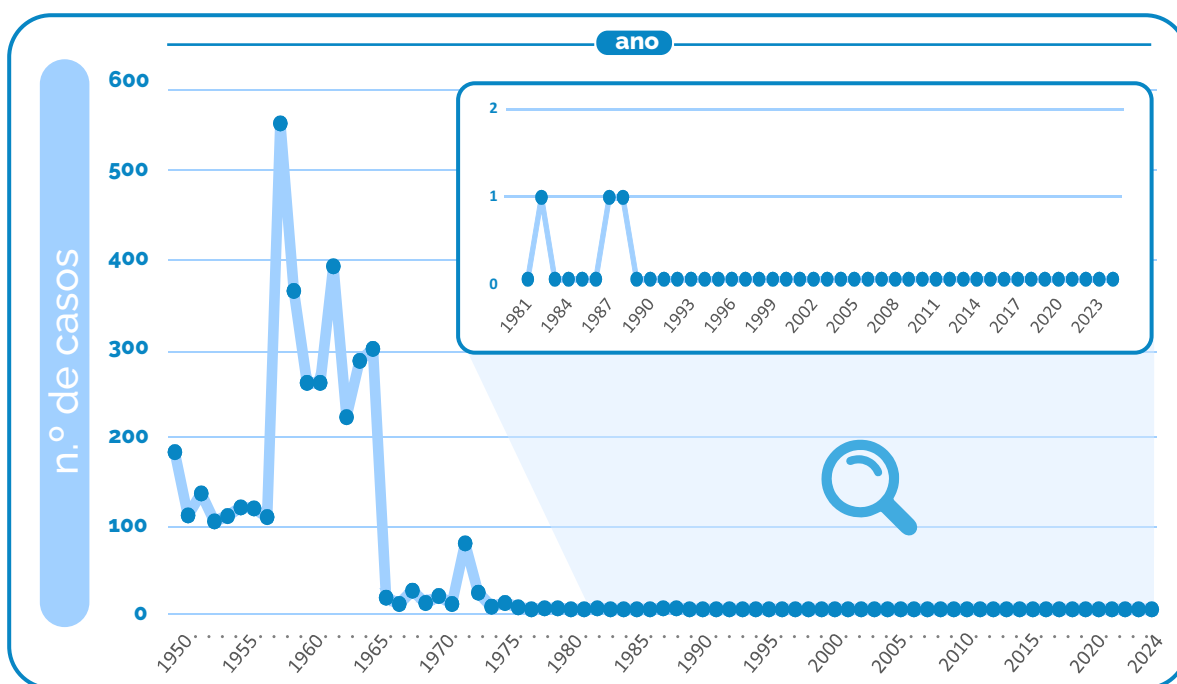


Figura n.º 1 – Número de casos confirmados de poliomielite aguda, por ano de notificação, Portugal, 1950-2024. Fonte: DGS/ECDC.

¹⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. Poliomyelitis. (s.d.). <https://www.ecdc.europa.eu/en/poliomyelitis>

¹⁷ Direção-Geral da Saúde. (2024). Dia Mundial da Poliomielite 2024. <https://www.dgs.pt/em-destaque/dia-mundial-da-poliomielite-2024.aspx>

4. Vacinação

Em Portugal, entre 1965 e 2006, foi administrada a vacina viva atenuada contra a poliomielite (VAP), que foi substituída pela vacina inativada contra a poliomielite (VIP), a partir de 2006.

No âmbito do Plano de Ação de Pós-Eliminação da Poliomielite, o objetivo da vacinação universal é o de impedir a disseminação do vírus, na eventualidade da sua introdução em Portugal.¹⁸ Estão disponíveis as seguintes vacinas:

- Vacina injetável contra a poliomielite (VIP) - monovalente;
- Vacina contra difteria, tétano, tosse convulsa, doença invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b, poliomielite e hepatite B - hexavalente DTPaHibVIPVHB;
- Vacina contra difteria, tétano, tosse convulsa, doença invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b e poliomielite - pentavalente DTPaHibVIP;
- Vacina contra difteria, tétano, tosse convulsa e poliomielite - tetravalente DTPaVIP.

As características das vacinas podem ser consultadas nos Quadros n.º 1 e 2.

4.1. Características das vacinas¹⁹

Quadro n.º 1 – Características da vacina monovalente contra a poliomielite

Tipo de vacina	Vacina inativada de vírus inteiros da poliomielite, dos tipos 1, 2 e 3
Indicações	Prevenção da poliomielite associada aos tipos de vírus contidos na vacina Recomendada ≥6 semanas de idade
Contraindicações	---
Precauções	<p>Pessoas com história de reação anafilática a uma dose anterior, a algum dos constituintes da vacina ou a substâncias que podem estar presentes em quantidades vestigiais (neomicina, estreptomicina, polimixina B), devem ser referenciadas para consulta de imunoalergologia para investigação</p> <p>Doença aguda grave, com ou sem febre – aguardar até recuperação completa</p> <p>Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante – pode ser administrada via subcutânea</p> <p>Crianças pré-termo com idade gestacional ≤28 semanas, que ainda estejam internadas ou que já tenham tido alta hospitalar, fazem as primeiras vacinas em meio hospitalar, devendo ser assegurada a vigilância de eventos cardiorrespiratórios por um período mínimo de 6 a 8 horas</p> <p>A pessoas com fenilcetonúria (a vacina contém fenilalanina) deve ser administrada por decisão e prescrição do médico assistente</p>
Reações adversas	Reações locais mais frequentes: endurecimento e eritema, que duram 2 a 3 dias Reações adversas graves habitualmente raras ou muito raras

¹⁸ Direção-Geral da Saúde, Norma n.º 017/2014, de 27/11/2014 – Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite – Plano de Ação de Pós-Eliminação. Disponível [aqui](#).

¹⁹ Deverá ser consultado o Resumo das Características do Medicamento em [INFOMED](#).

Conservação	Conservar entre 2°C e 8°C Não congelar Proteger da luz
Dose e via de administração	0,5 mL Intramuscular (ou subcutânea, em pessoas com alterações da coagulação)
Local da injeção	<12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região ântero-lateral da coxa direita ≥12 meses de idade: músculo deltoide, na face externa da região ântero-lateral do terço superior do braço direito
Compatibilidade	Pode ser administrada simultaneamente com outras vacinas em locais anatómicos diferentes ou no mesmo membro (exceto com a BCG ²⁰), desde que as injeções sejam distanciadas ≥2,5 cm
Vacinas combinadas	No PNV a VIP existe também combinada com a DTPa (tetravalente DTPaVIP), com a DTPa e a Hib (pentavalente DTPaHibVIP) e com a DTPa, Hib e VHB (hexavalente DTPaHibVIPVHB)

Quadro n.º 2 – Características das vacinas combinadas contra a poliomielite

Vacinas combinadas	tetravalente DTPaVIP	pentavalente DTPaHibVIP	hexavalente DTPaHibVIPVHB
Tipo de vacina	Vacina combinada, contendo os seguintes antígenos: - Toxóide diftérico adsorvido (D) - Toxóide tetânico adsorvido (T) - Toxóide e subunidades de <i>Bordetella pertussis</i> (Pa) - Vírus da poliomielite dos tipos 1, 2 e 3, inteiros e inativados (VIP) Antígenos adsorvidos em hidróxido de alumínio	Vacina combinada, contendo os mesmos antígenos que a vacina tetravalente, acrescentando o seguinte antígeno: - Polissacárido capsular de <i>Haemophilus influenzae</i> do tipo b, conjugado com proteína tetânica (Hib)	Vacina combinada, contendo os mesmos antígenos que a vacina pentavalente, acrescentando o seguinte antígeno: - Antígeno de superfície do vírus da hepatite B, recombinante (VHB)
Indicações	Prevenção da difteria, tétano, tosse convulsa e da poliomielite, como primovacinação ou como reforço Recomendada ≥2 meses e <7 anos de idade	Prevenção da difteria, tétano, tosse convulsa, doença invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i> do tipo b e poliomielite, como primovacinação ou como reforço Recomendada ≥2 meses e <5 anos de idade Pode ser administrada <7 anos de idade	Prevenção da difteria, tétano, tosse convulsa, doença invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i> do tipo b, poliomielite e hepatite B, como primovacinação ou como reforço Recomendada ≥6 semanas e <5 anos de idade Pode ser administrada <7

²⁰ Não administrar outras vacinas no mesmo braço em que foi administrada a vacina BCG, durante os 3 meses seguintes.

Contraindicações

Encefalopatia²¹ de etiologia desconhecida nos 7 dias após administração de uma vacina com componentes de *Bordetella pertussis*

Precauções

Pessoas com história de reação anafilática a uma dose anterior, a algum dos constituintes da vacina ou a substâncias que podem estar presentes em quantidades vestigiais (neomicina, estreptomicina, polimixina B, leveduras), devem ser referenciadas para consulta de imunologia para investigação

Doença aguda grave, com ou sem febre – aguardar até recuperação completa

Síndrome de *Guillain-Barré* ou neurite braquial nas 6 semanas após dose anterior de vacina contra o tétano – completar a primovacinação por prescrição médica

Reação tipo *Arthus* após dose anterior de vacina contra o tétano ou a difteria

Alterações neurológicas que predisponham ao aparecimento de convulsões ou deterioração neurológica, nomeadamente encefalopatia evolutiva (precaução para a vacina contra a tosse convulsa) – aguardar até estabilização neurológica; vacinação por prescrição

Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante - decisão do médico assistente

Crianças pré-termo com idade gestacional ≤ 28 semanas, que ainda estejam internadas ou que já tenham tido alta hospitalar, fazem as primeiras vacinas em meio hospitalar, devendo ser assegurada a vigilância de eventos cardiorrespiratórios por um período mínimo de 6 a 8 horas

Vacinas penta e hexavalente - Os antígenos de Hib podem ser excretados na urina durante 2 semanas a 1 mês após a vacinação - possível interferência com resultados laboratoriais na deteção de Ag de Hib

Vacinas tetra, penta e hexavalentes (com exceção da hexavalente Vaxelis[®]) – contêm fenilalanina. A pessoas com fenilcetonúria deve ser administrada por decisão e prescrição do médico assistente

Reações adversas

Reações locais mais frequentes: dor, rubor e tumefação, 1 a 3 dias após a administração da vacina; ocasionalmente pode aparecer um nódulo indolor no local da injeção que, geralmente, é reabsorvido lentamente ao longo de várias semanas

Reações sistémicas mais frequentes (principalmente nas primeiras 24 horas): febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) e choro persistente (durante ≥ 1 hora), podendo, também, ocorrer agitação, sonolência, anorexia, irritabilidade, vômitos, cefaleias e mialgias

Reações adversas graves habitualmente raras ou muito raras

Conservação

Conservar entre 2°C e 8°C
Não congelar
Proteger da luz

Dose e via de administração

0,5 mL
Intramuscular

Local da injeção

< 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região ântero-lateral da coxa esquerda
 ≥ 12 meses de idade: músculo deltoide, na face externa da região ântero-lateral do terço superior do braço esquerdo

Compatibilidade

Pode ser administrada simultaneamente com outras vacinas em locais anatómicos diferentes ou no mesmo membro (exceto com a BCG²²), desde que as injeções sejam distanciadas $\geq 2,5$ cm

²¹ Definida como uma alteração grave e aguda do sistema nervoso central, sem causa conhecida, que se pode manifestar por perturbações graves da consciência ou por convulsões generalizadas ou focais persistentes, não recuperando dentro de 24 horas.

²² Não administrar outras vacinas no mesmo braço em que foi administrada a vacina BCG, durante os 3 meses seguintes.

4.2. Esquema geral recomendado

A vacina injetável contra a poliomielite (VIP) é administrada num esquema de **5 doses**: a 1ª dose é administrada aos 2 meses de idade, a 2ª dose aos 4 meses de idade, a 3ª dose aos 6 meses de idade, a 4ª dose aos 18 meses e a 5ª dose aos 5 anos (Quadro n.º 3).

Quadro n.º 3 – Esquema geral recomendado para a vacinação contra a poliomielite (VIP)

Vacina /Doença	Nascimento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5					

4.3. Esquemas vacinais de recurso

4.3.1. Esquemas vacinais em atraso (≥3 meses e <7 anos)

As crianças com idade igual ou superior a 3 meses e inferior a 7 anos que não cumpriram o esquema geral recomendado (Quadro n.º 3), devem seguir o esquema apresentado no Quadro n.º 4, tendo em conta a sua história vacinal e a sua idade.

Quadro n.º 4 – Esquema vacinal contra a poliomielite (VIP) em atraso para crianças com idade igual ou superior a 3 meses e inferior a 7 anos

Vacina /Doença	1ª visita	4 semanas após a dose anterior	6 meses de idade ou 4 semanas após a dose anterior	18 meses de idade ou 6 meses após a dose anterior	5 anos de idade ou 6 meses após a dose anterior
Poliomielite ^a	VIP 1	VIP 2	VIP 3	VIP 4	VIP 5

a. Se a VIP 4 for administrada ≥4 anos de idade, considera-se o esquema completo, desde que o intervalo entre a penúltima e a última dose da VIP seja de, pelo menos, 6 meses.

4.3.2 Esquema vacinal tardio (≥7 anos e <18 anos)

As crianças e adolescentes com idade igual ou superior a 7 anos e inferior a 18 anos, que não cumpriram o esquema geral recomendado (Quadro n.º 3), devem seguir o esquema apresentado no Quadro n.º 5, devendo ter-se em consideração a história vacinal e a existência de outras vacinas em atraso. A vacinação deve ser organizada de acordo com as prioridades, tendo por base a incidência e/ou gravidade das doenças.

Quadro n.º 5 – PNV: Esquema vacinal tardio para crianças e adolescentes com idade igual ou superior a 7 anos e inferior a 18 anos

Vacina/ Doença	1ª visita	4 semanas após a dose anterior	6 meses após a dose anterior
Poliomielite	VIP 1	VIP 2	VIP 3

4.4. Vacinação de adultos (≥ 18 anos)

Durante toda a vida, recomenda-se a vacinação contra a poliomielite, caso a vacinação não tenha sido realizada na infância ou caso haja fatores de risco acrescido. Nesses casos, o esquema da VIP pode ser iniciado ou completado em qualquer idade, num esquema de **3 doses**, cumprindo os intervalos mínimos.

A VIP pode ser administrada durante a gravidez, caso haja indicação para vacinação.

4.5. Regras aplicáveis aos esquemas de vacinação

4.5.1. Idades máximas para iniciar e completar os esquemas de vacinação

As idades máximas para iniciar e completar a vacinação (Quadro n.º 6) relacionam-se com a epidemiologia das doenças e as coortes abrangidas relacionam-se com o historial da sua introdução no PNV.

Quadro n.º 6 – PNV: Idades máximas para iniciar e completar os esquemas vacinais com a vacina contra a poliomielite

Vacina/ Doença	Idade máxima para iniciar	Idade máxima para completar
VIP	Sem limite	Sem limite

4.5.2. Idades mínimas e intervalos entre doses

Intervalos superiores aos recomendados

Intervalos superiores aos recomendados entre doses da vacina VIP não reduzem a proteção final contra a poliomielite. No entanto, até ao cumprimento do esquema, a pessoa pode não estar imunizada. A interrupção do esquema vacinal apenas requer que seja completado, independentemente do tempo decorrido desde a administração da última dose.

Idades e intervalos inferiores aos recomendados

Por razões epidemiológicas, clínicas ou para não perder oportunidades de vacinação, pode ser necessário antecipar a idade recomendada para a primeira dose e/ou encurtar os intervalos entre doses do esquema vacinal recomendado. Nestes casos, deve respeitar-se sempre a idade mínima de administração da primeira dose e os intervalos mínimos entre doses ou vacinas (Quadro n.º 7).

A administração da vacina mais de 4 dias antes da idade mínima recomendada e/ou com intervalos inferiores aos mínimos aconselhados (com uma tolerância de 4 dias) pode diminuir a resposta imunológica. Nestes casos, as doses administradas não são consideradas válidas, devendo ser repetidas, assegurando os intervalos mínimos entre doses (Quadro n.º 7).

A utilização de idades mínimas para início do esquema vacinal e/ou intervalos mínimos²³ entre doses ou vacinas pode ser considerada, nas seguintes situações:

²³ O encurtamento do intervalo entre doses pode aumentar a frequência de reações adversas.

- Risco elevado de não cumprimento do esquema recomendado;
- Alterações imunitárias;
- Preparação de viagem;
- Vacinação pós-exposição ou em resposta a surto.

Excepcionalmente, para algumas vacinas e em situações de elevado risco como, por exemplo, viagens ou a existência de um surto, os esquemas recomendados podem ser alterados, recorrendo-se a esquemas acelerados, que podem não cumprir a idade mínima para a primeira dose e/ou os intervalos mínimos entre doses. Estas alterações requerem **prescrição médica**, incluindo a devida justificação..

Quadro n.º 7 – PNV: Idade mínima para iniciar a vacinação e intervalo mínimo entre doses da vacina contra a poliomielite (VIP)

Vacina /Doença	Idade mínima para a 1ª dose	Intervalo mínimo entre a 1ª e 2ª dose	Intervalo mínimo entre a 2ª e 3ª dose	Intervalo mínimo entre a 3ª e 4ª dose	Intervalo mínimo entre a 4ª e 5ª dose
VIP	6 semanas	4 semanas	4 semanas	6 meses	6 meses

Se <7 anos de idade e a 4ª dose de VIP for administrada ≥4 anos de idade, considera-se o esquema completo, desde que o intervalo entre a penúltima e a última dose da VIP seja de, pelo menos, 6 meses.

Se ≥7 anos de idade e a 3ª ou 4ª dose de VIP forem administradas ≥4 anos de idade, considera-se o esquema completo, desde que o intervalo entre a penúltima e a última dose da VIP seja de, pelo menos, 6 meses.

Pessoas com esquema misto vacina oral contra a poliomielite (VAP) e VIP devem receber 4 doses, mesmo que a 3ª tenha sido administrada com ≥4 anos de idade.

4.5.3. Intervalos entre vacinas diferentes

A VIP é uma **vacina inativada injetável**:

- A administração com vacinas vivas orais (ex.: vacina contra Rotavírus) ou vivas injetáveis pode ser feita no mesmo dia ou com qualquer intervalo entre administrações.
- A administração com vacinas inativadas pode ser feita no mesmo dia ou com qualquer intervalo entre administrações.

4.6. Vacinação de grupos de risco ou em circunstâncias especiais

4.6.1. Alterações imunitárias

A vacinação de pessoas com alterações imunitárias deve ser efetuada sob **orientação e prescrição do médico assistente**, pela eventual necessidade de estabelecer esquemas personalizados.

A VIP por ser uma vacina inativada pode ser administrada em **imunodeficientes**, de preferência, até **2 semanas** antes da intervenção imunossupressora.

Apesar de não fazer parte do PNV a administração da **VAP** está prevista em circunstâncias especiais (controlo de surtos, conforme previsto na Norma n.º 17/2014) e tem **contraindicação absoluta em imunodeficiências primárias com alterações dos linfócitos B** (imunidade humoral comprometida).

As vacinas inativadas podem ser administradas a **pessoas com imunodeficiências primárias** embora a resposta imunitária seja variável, sendo que, apenas nas pessoas com imunodeficiência combinada grave, não é esperado qualquer benefício da vacinação.

As **pessoas transplantadas com células estaminais** apresentam disfunções do sistema imunitário, tanto da imunidade celular como da humoral, durante vários meses após o transplante. Independentemente da história vacinal do dador, estas pessoas devem ser consideradas como não vacinadas. A demora para a reconstituição imunitária é variável consoante o tipo de transplante, a medicação e as eventuais complicações, pelo que o esquema vacinal deve ser determinado pela equipa responsável pelo transplante. A VIP pode ser administrada em qualquer altura, idealmente, até **2 semanas** antes do transplante.

O dador **de células estaminais** medulares ou periféricas deve ter o esquema do PNV atualizado.

Após o transplante de células estaminais medulares ou periféricas a vacinação com VIP é recomendada e gratuita, e pode ser realizada em qualquer idade, devendo ser feita:

- Num esquema de **3 doses** (aos 0, 2, 12 meses);
- Iniciar **6 a 12 meses** após o transplante;
- Reforços de acordo com PNV.

Os candidatos a **transplante de órgão sólido** necessitarão de imunossupressão crónica após o transplante, para evitar a rejeição do enxerto, pelo que têm um risco aumentado de infeções graves, incluindo as evitáveis pela vacinação. Nestes casos, a VIP pode ser administrada em qualquer altura, idealmente, até **2 semanas** antes do transplante, se necessário.

Após o transplante de órgão sólido, e uma vez ultrapassado o período de maior imunossupressão, habitualmente 3 a 6 meses após o transplante, os doentes devem iniciar ou dar continuidade ao esquema de vacinação da VIP.

Pessoas que vão **iniciar terapêutica imunossupressora** deverão, idealmente, cumprir o esquema vacinal recomendado para a idade antes do início da terapêutica. A VIP pode ser antecipada para garantir maior eficácia e segurança, mas deve ser administrada até **2 semanas** antes da terapêutica imunossupressora. Se administradas num intervalo mais curto, deve ser considerada a revacinação após recuperação imunológica, eventualmente baseada em titulação de anticorpos para antígenos vacinais.

Após concluída a terapêutica imunossupressora de curta duração, se for necessária a vacinação com VIP, devem ser cumpridos os intervalos recomendados no Quadro n.º 8.

Quadro n.º 8 – Intervalos recomendados para vacinação com VIP, após concluída a terapêutica imunossupressora de curta duração

Tipo de terapêutica	Intervalo para vacinação com VIP
Geral	≥3 meses (Pode ser administrada uma dose "zero", antes deste intervalo, em situações de surto)
Fármacos modificadores das respostas biológicas (inibidores de citocinas)	
Fármacos que causam depleção de linfócitos B (ex.: rituximab, alemtuzumab) e CTLA4-Ig	≥6 meses

Nas pessoas com necessidade de **imunossupressão crónica**, recomenda-se o cumprimento da VIP, com o esquema adequado à idade. Sempre que possível, deve-se vacinar em períodos de remissão da doença e com menor imunossupressão.

A administração da VIP a pessoas **sob terapêutica com corticoides** deve seguir o recomendado no Quadro n.º 9.

Quadro n.º 9 – Vacinação com VIP de acordo com o tipo de tratamento com corticosteroides.

Tipo de terapêutica	Vacinação com VIP
Com doses elevadas (prednisolona >1mg/Kg/dia ou >20mg/dia, ou seu equivalente)	Sem contraindicação (preferível após o final do tratamento, se este não for de longa duração)
Com doses baixas	Sem contraindicação
Com dose substitutiva	Sem contraindicação
Por via tópica ou inalatória	Sem contraindicação

Nas pessoas que vivem **com VIH**, a vacinação, para ser mais efetiva, deve ser efetuada o mais precocemente possível. Na presença de imunossupressão grave, pode ser considerado protelar a vacinação até recuperação imunitária com a terapêutica antirretroviral. A administração da VIP é recomendada, de acordo com o esquema adequado à idade, em qualquer estadió da doença (apesar da resposta poder estar diminuída). Nas pessoas que foram vacinadas em fase de imunossupressão grave, podem ser considerados reforços da VIP.

A pessoas com **asplenia anatómica ou funcional, hipoesplenismo, défice congénito do complemento ou terapêutica com inibidores do complemento** recomenda-se a administração da VIP com o esquema adequado à idade.

Nas pessoas **sob terapêutica com produtos contendo imunoglobulinas (Ig)**, a interação entre imunoglobulinas (Ig) e a VIP ou a interação entre imunoglobulinas (Ig) e a VAP é reduzida pelo que estas podem ser administradas em simultâneo, antes ou depois da administração de produtos contendo imunoglobulinas, desde que em locais anatómicos diferentes. O anticorpo monoclonal específico Palivizumab não interfere com a resposta à VIP.

4.6.2. Coabitantes de pessoas com imunodeficiência

A VIP pode ser utilizada sem contraindicação ou precaução específica nos **coabitantes de pessoas com imunodeficiência**, contudo a VAP (vacina utilizada noutros países) está contraindicada em coabitantes de pessoas com imunodeficiência.

4.6.3. Alterações da coagulação

As pessoas com **risco de diátese hemorrágica**, nomeadamente trombocitopenia, alterações da coagulação ou sob terapêutica anticoagulante, têm risco acrescido de hemorragia se forem vacinadas por via intramuscular.

Se a terapêutica anticoagulante for de curta duração é preferível adiar a vacinação para permitir a vacinação por via intramuscular.

Nas pessoas sob terapêutica anticoagulante, não deve ser usada a via intramuscular, se: i) o INR for >3,0 (varfarina) ou ii) atividade anti-Xa for >0,5 UI/mL (heparina de baixo peso molecular), 4 horas após a toma.

A vacinação com VIP por via subcutânea profunda pode ser utilizada, contudo, para além desta via se associar a maior frequência de reações locais, a resposta imunitária pode ser inferior à obtida com a via intramuscular. Contudo, por **decisão e prescrição do médico assistente**, as vacinas DTPaHibVIPVHB, DTPaHibVIP, DTPaVIP, podem ser administradas por via intramuscular. Deve ser utilizada uma agulha de 23 Gauge (0,6mm x 25mm) ou mais fina e deve ser exercida pressão firme no local da injeção (sem friccionar) durante, pelo menos, 5 minutos. A pessoa vacinada deve diminuir a mobilidade do membro inoculado durante 24 horas. Esta inoculação deve ocorrer imediatamente a seguir à terapêutica da coagulopatia, quando está indicada.

4.6.4. Viajantes ou indivíduos que vão residir no estrangeiro

Atendendo aos objetivos de erradicação e à situação epidemiológica internacional, a situação vacinal relativa à poliomielite deve sempre ser avaliada em contexto de Consulta do Viajante.

Recomenda-se que todos os viajantes para áreas endémicas tenham o PNV atualizado, idealmente **2 semanas antes** da data de partida.^{24,25} Se não for possível respeitar este intervalo, ainda assim deve-se iniciar ou completar o esquema vacinal.

Todos os viajantes para áreas de risco para a poliomielite²⁶ (com casos ou transmissão ativa de vírus selvagem ou vírus derivado da vacina, registados nos últimos 12 meses) devem ter a vacinação contra a poliomielite atualizada.

As pessoas que não tenham o esquema vacinal para a VIP atualizado devem ser vacinadas de acordo com o Quadro n.º 10, até completar o número total de doses recomendadas.

As crianças não vacinadas que vão viajar para áreas de risco dentro de um curto intervalo de tempo devem ser vacinadas, podendo recorrer-se a um esquema acelerado (aos 0, 1, 2 meses) e antecipar a 1ª dose para as 6 semanas de vida, mediante **prescrição médica**, programando, desde logo, completar o esquema após a viagem, segundo o Quadro n.º 10.

²⁴ UK Health Security Agency (2019), The Green Book Chapter 26: Polio.

²⁵ Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Polio Vaccination for International Travelers. Disponível em: <https://www.cdc.gov/polio/vaccines/international-travelers.html>

²⁶ Áreas de risco atualizadas em: <https://polioeradication.org/about-polio/polio-this-week/>

Quadro n.º 10 – PNV: Vacinação recomendada contra a poliomielite (VIP) se houver risco de exposição

Idade	Estado vacinal	Número total de doses de VIP recomendadas ^a	Intervalo mínimo entre as doses
≥6 semanas e <7 anos	Não vacinado ou incompletamente vacinado	Completar esquema de 4 ou 5 doses ^b	4 semanas (6 meses entre a penúltima e a última)
≥7 e <18 anos	Não vacinado ou incompletamente vacinado	Completar esquema de 3 doses ^c	4 semanas (6 meses entre a penúltima e a última)
≥18 anos	<3 doses	3 doses (iniciar ou completar o esquema: 0, 1, 7-13 meses) ^d	4 semanas (6 meses entre a penúltima e a última)
≥18 anos	Esquema vacinal completo para a idade	1 dose (reforço único, válido para toda a vida)	≥10 anos depois da dose anterior

a. Vacinar apenas as pessoas que não possuam o número de doses recomendado neste Quadro.

b. Esquema mínimo de 4 doses. A última dose deve ser administrada ≥4 anos de idade.

c. Esquema mínimo de 3 doses. A última dose deve ser administrada ≥4 anos de idade. Se tiver um esquema misto com VAP e VIP são necessárias, pelo menos, 4 doses.

d. Esquema acelerado: 0, 1, 2 meses - se a exposição ao risco se mantiver, deve fazer um reforço 6 a 12 meses depois da 3ª dose, para completar o esquema.

4.6.5. Profissionais de saúde e outros profissionais com risco de exposição ocupacional²⁷

A vacinação dos profissionais de saúde, pelo risco potencial de contacto com casos importados e pessoas infetadas em período de contágio, está incluída nas principais estratégias para manter a eliminação da poliomielite.

Atendendo a que ainda existem áreas de risco para a poliomielite²⁸ (com casos ou transmissão ativa de vírus selvagem ou vírus derivado da vacina, registados nos últimos 12 meses), justifica-se a vacinação dos profissionais de saúde, pois o risco de importação de vírus é real e a sua circulação pode não ser detetada (>90% dos casos são assintomáticos ou têm sintomatologia ligeira).

Recomenda-se a vacinação (VIP) dos profissionais de saúde suscetíveis de acordo com o Quadro n.º 10, nos ≥18 anos de idade, nomeadamente:

- Profissionais de laboratório que manipulam produtos biológicos potencialmente contaminados com o vírus da poliomielite;
- Profissionais que prestam cuidados a pessoas potencialmente excretoras do vírus pelas fezes e pela saliva, nomeadamente as provenientes de áreas de risco;
- Outros profissionais de risco, nomeadamente trabalhadores em contacto com águas residuais.

O Serviço de Saúde Ocupacional de cada instituição é responsável pela verificação do estado vacinal dos seus profissionais.

Aos profissionais recentemente vacinados com VIP não se recomenda qualquer restrição à sua atividade.

²⁷ Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 017/2014, de 27/11/2014 – Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite – Plano de Ação de Pós-Eliminação. Disponível [aqui](#).

²⁸ Áreas de risco atualizadas em: <https://polioeradication.org/about-polio/polio-this-week/>

4.7. Profilaxia pós-exposição²⁹

De acordo com o Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: Plano de Ação Pós-Eliminação a profilaxia pós-exposição à eventual importação do vírus da poliomielite enquadra-se nas "Ações de Resposta" (nível de alerta 3 ou superior). Nesta situação, deverão ser desenvolvidas campanhas de vacinação, detalhadamente planeadas, nomeadamente, vacinação por repescagem ou vacinação extraordinária.

Especificamente no nível de alerta 3, deve ser garantida:

- A vacinação de todos os contactos próximos do caso, independentemente do seu estado vacinal, com prioridade para os que sejam imunocomprometidos e para os de idade <7 anos;
- A verificação do estado vacinal dos restantes contactos do caso e a vacinação dos que não estiverem corretamente vacinados;
- A avaliação das coberturas vacinais dos <18 anos de idade na localidade de residência do caso ou da amostra ambiental positiva;
- O planeamento, de acordo com os resultados da avaliação das coberturas vacinais, de campanhas de vacinação de repescagem (completar esquemas vacinais), a implementar se for identificado o vírus selvagem ou derivado da vacina.

5. Links úteis

- World Health Organization: [Polio](#)
- European Centre for Diseases Prevention and Control: [Polio](#)
- UK Health Security Agency (2019), [The Green Book Chapter 26: Polio](#)
- Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 017/2014, de 27/11/2014 – [Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite](#)
- Direção-Geral da Saúde: [Saúde de A a Z: Poliomielite](#)

6. Referências Bibliográficas

Centers for Disease Control and Prevention, CDC Yellow Book 2024, Travel-Associated Infections & Diseases, Poliomyelitis. Poliomyelitis | CDC Yellow Book 2024 Disponível em: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/infections-diseases/poliomyelitis>

Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Polio Vaccination for International Travelers. Disponível em: <https://www.cdc.gov/polio/vaccines/international-travelers.html>

²⁹ Para informação mais detalhada deve ser consultada a Norma n.º 017/2014, de 27/11/2014 – Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite – Plano de Ação de Pós-Eliminação. Disponível [aqui](#).

Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 017/2014, de 27/11/2014 – Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172014-de-27112014.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2024). Dia Mundial da Poliomielite 2024. <https://www.dgs.pt/em-destaque/dia-mundial-da-poliomielite-2024.aspx>

European Centre for Disease Prevention and Control. Poliomyelitis. (s.d.). <https://www.ecdc.europa.eu/en/poliomyelitis>

UK Health Security Agency (2019), The Green Book Chapter 26: Polio. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/polio-the-green-book-chapter-26>

Polio Global Eradication Initiative. (s.d.). Polio. <https://polioeradication.org/>

World Health Organization. (2025). Polio. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis>

World Health Organization. (2024). Report of the thirty-eighth meeting of the European Regional Commission for Certification of Poliomyelitis Eradication. Disponível em: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/2024-11163-50935-77304>