

Diretrizes para resposta a um evento de **detecção** de **poliovírus** e um surto de **poliomielite**

 *Estratégia do Brasil*

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento do Programa Nacional de Imunizações

Diretrizes para resposta a um evento de detecção de poliovírus e um surto de poliomielite

Estratégia do Brasil

Brasília DF 2024



2024 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsmms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2024 – 100 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento do Programa Nacional
de Imunizações
SRTV, quadra 701, via W5 Norte, lote D
Edifício PO 700, 6º andar
CEP: 70723-040 – Brasília/DF
Site: www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/publicacoes
E-mail: cgcovid@saude.gov.br

Ministra da Saúde:

Nisia Verônica Trindade Lima

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente:

Ethel Leonor Noia Maciel

Edição-Geral:

Eder Gatti Fernandes – DPNI/SVSA/MS
Greice Madeleine Ikeda do Carmo – CGVDI/DPNI/SVSA
Ana Catarina Melo Araújo – Cgici/DPNI/SVSA
Ana Carolina Cunha Marreiros – Cgici/DPNI/SVSA
Ana Cristina Braga Chaves – CGVDI/DPNI/SVSA

Organização:

Ana Carolina Cunha Marreiros – Cgici/DPNI/SVSA
Ana Cristina Braga Chaves – CGVDI/DPNI/SVSA
Bruno Silva Milagres – CGLAB/SVSA
Sirlene de Fátima Pereira – Cgici/DPNI/SVSA
Zirlei Maria de Matos – CGVDI/DPNI/SVSA

Colaboração:

Camila Pinto da Silva – CGCIEVS/DEMSP/SVSA
Francisco Silvanei dos Santos – Renaveh/CGCIEVS/DEMSP/SVSA
Gabriela Andrade Carvalho – CGLAB/SVSA
Greice Madeleine Ikeda do Carmo – CGVDI/DPNI/SVSA
Izabela Moura Santos – CGVDI/DPNI/SVSA
Luana Souza Habibe – Sesai/SVSA
Marcelo Yoshito Wada – CGVDI/DPNI/SVSA
Marina Pissurno do Nascimento – CGCIEVS/DEMSP/SVSA
Marta Litwinczik – CGVAM/DVSAT/SVSA
Meives Aparecida Rodrigues de Almeida – Saps/MS
Miriam Teresinha Furlam Prando Livorati – CGLAB/SVSA
Nármada Divina Fontenele Garcia – CGVDI/DPNI/SVSA
Renato Oliveira Santos – CGFNS/Saes/MS
Regina Célia Mendes dos Santos Silva – Cgici/DPNI/SVSA
Rodrigo de Carvalho Filizola – CGAH/Saes/MS
Spártaco Galvão Fogaça de Almeida – Cgadam/Saes

Editoria técnico-científica:

Antonio Ygor Modesto Oliveira – CGEVSA/Daevs/SVSA
Paola Babosa Marchesini – CGEVSA/Daevs/SVSA

Diagramação:

Sabrina Lopes – CGEVSA/Daevs/SVSA

Revisão:

Khamila Silva – Editora CGDI/MS

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora CGDI/MS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações.

Diretrizes para resposta a um evento de detecção de poliovírus e um surto de poliomielite : estratégia do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

160 p. : il.

ISBN 978-65-5993-660-1

1. Poliomielite. 2. Poliovírus. 3. Diagnóstico. I. Título.

CDU 616.832.21-002

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2024/0255

Título para indexação:

Guidelines for responding to a poliovirus detection event and a polio outbreak: Brazil's strategy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa político do Brasil	17
Figura 2	Incidência de casos de poliomielite e cobertura vacinal com a VOP em Campanhas Nacionais de Vacinação. Brasil, 1968-2024	20
Figura 3	Representação esquemática da cobertura diagnóstica dos Laboratórios de Referência Nacional e Regional por unidade federada – Brasil, 2024	30
Figura 4	Triagem para as paralisias flácidas agudas (PFA) no momento do acolhimento/escuta inicial na unidade de saúde – 2024	36
Figura 5	Passos a seguir com a confirmação laboratorial do poliovírus selvagem (PVS) ou poliovírus derivado da vacina (PVDV)	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Países que fazem fronteira com estados brasileiros	18
Quadro 2	Laboratórios de referência para o diagnóstico da PFA/pólio – Brasil, 2024	30
Quadro 3	Equipe nacional de resposta imediata a um evento ou surto de poliomielite	44
Quadro 4	Plano para capacitação de recursos humanos no âmbito nacional	47
Quadro 5	Plano para supervisão das ações	50
Quadro 6	Componentes prioritários que contarão com recursos financeiros	51
Quadro 7	Definições epidemiológicas de eventos de detecção de poliovírus e de surtos de poliomielite	55
Quadro 8	Definição de evento e surto causado por poliovírus do tipo 2	64
Quadro 9	Atividades a serem realizadas na investigação e os responsáveis	65
Quadro 10	Elementos para avaliar o risco de transmissão posterior de poliovírus tipo 2, o que influirá no tipo e na escala de resposta	67
Quadro 11	Critérios para avaliação de risco em um surto	71
Quadro 12	Critérios para classificação de um evento ou surto de poliomielite	72
Quadro 13	Fases de risco de aparecimento e de propagação posterior de poliovírus do sorotipo 2	73
Quadro 14	Etapas de campanha de vacinação, tipo de vacina a ser utilizada e intervalo entre as etapas	74
Quadro 15	Áreas de intervenção e priorização da vacinação	75
Quadro 16	Atividades e responsáveis pelas etapas de vacinação	76
Quadro 17	Instruções para coleta, acondicionamento e encaminhamento de amostras para o diagnóstico laboratorial de poliomielite	86
Quadro 18	Etapas de campanha de vacinação, tipo de vacina a ser utilizada e intervalo entre as etapas	88
Quadro 19	Definição de evento e surto causados por poliovírus detectados no ambiente	94

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
Aisa	Assessoria de Assuntos Internacionais
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
aPVDV	Poliovírus ambíguos derivados de vacina
ARS	Avaliação da Resposta ao Surto
Ascom	Assessoria Especial e Comunicação Social
Cievs	Centro Nacional de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
CGCIEVS	Coordenação-Geral dos Centros de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
Cgesco	Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade
Cgici	Coordenação-Geral de Incorporação Científica de Imunizações
CGLAB	Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública
CGPO	Coordenação-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira
CGPRESP	Coordenação-Geral de Preparação e Resposta às Emergências em Saúde Pública
CGVAM	Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental
CGVDI	Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças Imunopreveníveis
CME	Comitê de Monitoramento de Eventos
COE	Centro de Operações de Emergência
Conama	Conselho Nacional do Meio Ambiente
Covisi	Coordenação de Vigilância em Saúde Indígena
cPVDV	Poliovírus circulante derivado da vacina atenuada
CV	Cobertura vacinal
Daevs	Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente
Dahu	Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência
Dapsi	Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena

Desco	Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária
DEMSP	Departamento de Emergências em Saúde Pública
DPNI	Departamento do Programa Nacional de Imunizações
Dsei	Distrito Sanitário Especial Indígena
DVSAT	Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
EOMG	Grupo de Erradicação e Gerenciamento de Surtos
ESF	Estratégia Saúde da Família
Espin	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GPEI	Iniciativa Global para a Erradicação da Poliomielite
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEC	Instituto Evandro Chagas
iPVDV	Poliovírus derivado da vacina relacionado à imunodeficiência
Lacen	Laboratórios Centrais de Saúde Pública
LRN	Laboratório de Referência Nacional
LRR	Laboratório de Referência Regional
MRC	Monitoramento Rápido de Coberturas
MS	Ministério da Saúde
NHE	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
NPENT	Enterovírus não pólio
Nucom	Núcleo de Comunicação
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
OPRTT	Grupo de Resposta e Preparação para Surtos
PFA	Paralisia flácida aguda
PFN-RSI	Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
Pnaes	Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde

PNI	Programa Nacional de Imunizações
PVDV	Poliovírus derivado da vacina
PVS	Poliovírus selvagem
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa
Renaveh	Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
RTD	Requisição de Transporte Definitivo
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RSS	Resíduos de serviços de saúde
Saes	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Sabin 2	Sabin do tipo 2
Saps	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Sesai	Secretaria de Saúde Indígena
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
Sinan	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
Sinasc	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
SVSA	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade federada
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIP	Vacina inativada poliomielite (1, 2 e 3)
VOP	Vacina oral poliomielite
VOPb	Vacina oral poliomielite bivalente (1 e 3)
VOPm2	Vacina oral poliomielite monovalente tipo 2
VOPt	Vacina oral poliomielite trivalente (1, 2 e 3)
WHO	World Health Organization

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Características geográficas e populacionais do Brasil	17
1.2 Antecedentes do controle da poliomielite no Brasil	18
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral	23
2.2 Objetivos específicos	23
3 ESTRUTURA DO PAÍS PARA RESPOSTA A EVENTO OU SURTO DE POLIOMIELITE	25
3.1 Departamento do Programa Nacional de Imunizações	27
3.1.1 Vigilância da paralisia flácida aguda – PFA	28
3.2 Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB	29
3.3 Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – Cievs	31
3.4 Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – Renaveh	32
3.5 Atenção Primária à Saúde – APS	33
3.6 Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – Saes	38
3.7 Secretaria de Saúde Indígena – Sesai	39
4 PREPARAÇÃO	41
4.1 Mecanismo de gestão	43
4.2 Definição das equipes responsáveis	45
4.3 Solicitação e uso das vacinas poliomielite	46
4.4 Plano preliminar de capacitação	46
4.5 Plano preliminar de comunicação e mobilização social	48

4.5.1 Público-alvo x objetivos de comunicação	48
4.5.2 Mensagens-chave para uma comunicação efetiva	48
4.5.3 Medidas estratégicas	49
4.6 Plano preliminar de supervisão	49
4.7 Orçamento preliminar	50
4.8 Preparação para a equipe de resposta rápida – equipe de apoio internacional	52
4.9 A importância da vacinação contra a poliomielite em tempos da covid-19	52
5 DEFINIÇÕES	53
5.1 Definição dos eventos de detecção e dos surtos causados por poliovírus	55
5.2 Poliovírus derivado da vacina	55
6 DETECÇÃO, NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO – CRONOLOGIA	57
7 DETECÇÃO DE POLIOVÍRUS TIPO 2	61
7.1 Notificação	63
7.2 Investigação	64
7.3 Metodologia da avaliação de risco	66
7.3.1 A natureza do vírus – PVS, Sabin ou PVDV	67
7.3.2 Avaliação da extensão geográfica da transmissão e risco de propagação	69
7.4 Avaliação e classificação de risco de transmissão posterior de poliovírus do sorotipo 2	70
7.5 Fatores que influenciam o tipo e a magnitude da resposta	72
7.6 Tomada de decisões	73
7.7 Resposta diante da confirmação de um evento ou surto	74
7.7.1 Vacinação	74
7.7.2 Solicitação da vacina	75
7.7.3 Organização das etapas de vacinação	76
7.7.4 Viajantes	77
7.8 Encerramento e validação final do surto	77
7.9 Vigilância pós-evento ou surto	79

8 DETECÇÃO DE POLIOVÍRUS 1 E 3	81
8.1 Notificação de poliovírus 1 e 3	83
8.2 Investigação	84
8.2.1 Investigação dos casos e dos contatos	84
8.2.2 Busca ativa de casos institucional e comunitária	84
8.2.3 Análise de coberturas	85
8.2.4 Diagnóstico laboratorial	85
8.3 Avaliação de risco	87
8.4 Resposta a detecção de poliovírus 1 e 3	87
8.5 Encerramento do surto	89
9 DETECÇÃO DE EVENTOS DE POLIOVÍRUS E SURTOS DE POLIOMIELITE NO AMBIENTE	91
9.1 Definição de eventos de detecção e de surtos causados por poliovírus	94
9.2 Detecção	95
9.3 Notificação	95
9.4 Investigação	95
9.5 Avaliação de risco	98
9.6 Resposta	98
10 APOIO DOS ALIADOS DA GPEI AOS PAÍSES EM SUA RESPOSTA DIANTE DOS SURTOS	99
10.1 Responsabilidades das autoridades de saúde e seus aliados	101
10.2 Políticas fundamentais da GPEI para otimizar a resposta ao surto	101
10.2.1 Política de reforço da resposta	101
10.2.2 Política de “prevenção sem arrependimento”	102
11 VOPM2 – MANEJO, MONITORAMENTO, DESTRUIÇÃO E ELIMINAÇÃO	103
11.1 Manejo da VOPm2	105
11.2 Monitoramento da distribuição da VOPm2	106
11.3 Destruição e eliminação segura da VOPm2	106

REFERÊNCIAS	109
ANEXOS	113
Anexo A – Notificação da poliomielite segundo o Regulamento Sanitário Internacional	114
Anexo B – Informações necessárias para análise de risco	116
Anexo C – Encerramento do surto por PVS e cPVDV	121
Anexo D – Vacinação de resposta a evento por tipo de poliovírus	122
Anexo E – Vacinação de resposta a surto por tipo de poliovírus	125
Anexo F – Principais passos e cronograma para componentes críticos para resposta a um evento ou surto de poliomielite	131
Anexo G – Estratégias de resposta após a detecção de um poliovírus derivado da vacina	132
Anexo H – Valiação da qualidade da resposta: fatores a serem considerados antes, durante e após a implementação	133
Anexo I – Avaliação de risco: Resumo dos elementos para a avaliação sistemática de risco de um novo isolamento PVDV, PVS ou Sabin Like2	135
Anexo J – Cronograma e ações no primeiro mês após a detecção do poliovírus	139
Anexo K – Cronograma e responsabilidade pelas atividades de resposta ao surto desde o Dia 0 até o término do surto	142

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito, que ocorre em aproximadamente 1% das infecções causadas pelo poliovírus. O déficit motor instala-se subitamente e sua evolução, frequentemente, não ultrapassa três dias. Acomete, em geral, os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características flacidez muscular – com sensibilidade preservada – e arreflexia no segmento atingido. Os sinais e os sintomas podem variar de pessoa a pessoa, e a seqüela é irreversível. Não há tratamento específico, todos os casos devem ser hospitalizados, procedendo-se ao tratamento de suporte de acordo com o quadro clínico.

Em 1999, foi detectado o último caso de poliomielite causada pelo poliovírus selvagem tipo 2 (PVS2) em todo o mundo; entretanto, o poliovírus Sabin tipo 2 (Sabin 2) foi responsável pela maioria dos casos de poliovírus circulante derivado da vacina (cPVDV), detectados a partir do ano 2000, e de uma proporção substancial dos casos de poliomielite paralítica associada à vacina.

Para fazer frente a esta situação e às implicações mais amplas do uso da vacina oral trivalente poliomielite (VOPt) após a erradicação mundial da poliomielite, o Plano estratégico integral para a erradicação da poliomielite e a fase final 2013-2018, elaborado pela Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI, por sua sigla em inglês), orientou a todos os países que

utilizavam somente a VOPt em seu esquema de vacinação, introduzir pelo menos uma dose de vacina inativada poliomielite (1, 2 e 3) (VIP) no esquema de rotina, antes de retirar o componente tipo 2 da vacina oral, mediante a mudança sincronizada no âmbito mundial da VOPt pela vacina oral poliomielite bivalente (VOPb), que contém somente os sorotipos 1 e 3.

Como consequência da retirada da VOP2, em abril de 2016, estima-se que haverá diminuição progressiva da imunidade da população, especialmente a imunidade intestinal para o tipo 2, o que aumentará o risco de um surto epidêmico em caso de exposição a um poliovírus do sorotipo 2, devido a falhas na contenção ou emergência de um poliovírus derivado da vacina (PVDV). Por esse motivo, a detecção de qualquer poliovírus tipo 2 (selvagem, vacinal ou derivado da vacina Sabin) em qualquer amostra, de qualquer procedência, é considerada uma emergência mundial de saúde pública que requer uma resposta rápida e coordenada no âmbito mundial, nacional, estadual e municipal.

As diretrizes apresentam as ações para a resposta na rede da Atenção Primária à Saúde (APS), nos centros de referência e atenção de alta complexidade no enfrentamento a eventos ou surtos de poliomielite causados por qualquer poliovírus do tipo 2, bem como para os poliovírus selvagem e PVDV dos tipos 1 e 3, considerando o risco de importação de poliovírus selvagem a partir dos dois países onde a doença ainda é endêmica (Paquistão e Afeganistão) e o uso da VOPb, que pode ocasionar a emergência de PVDV em áreas com muito baixas coberturas vacinais, diante das necessidades apresentadas pela pessoa acometida.



Introdução

1.1 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS E POPULACIONAIS DO BRASIL

FIGURA 1 – MAPA POLÍTICO DO BRASIL



Fonte: NT-AID/CGPINI/DEIDT/MS, 2022 com dados do IBGE.

O Brasil possui um território de dimensões continentais com uma área de 8.515.767,049 km² (com inclusão das águas internas), sendo o terceiro em extensão territorial nas Américas. É constituído pela união indissolúvel de 26 estados-membros, 1 Distrito Federal e 5.570 municípios, agrupados em 5 regiões.

O País tem 15,7 mil quilômetros de fronteiras, que compreendem 11 estados brasileiros (121 municípios brasileiros) e 10 países da América do Sul. Por serem localidades distantes dos centros urbanos e muitas vezes de difícil acesso, a oferta de serviços públicos de qualidade fica prejudicada.

QUADRO 1 – PAÍSES QUE FAZEM FRONTEIRA COM ESTADOS BRASILEIROS

País	Estado brasileiro
Guiana Francesa	Amapá
Guiana Francesa e Suriname	Pará
Venezuela e Guiana	Roraima
Peru, Colômbia e Venezuela	Amazonas
Bolívia e Peru	Acre
Bolívia	Rondônia e Mato Grosso
Bolívia e Paraguai	Mato Grosso do Sul
Paraguai e Argentina	Paraná
Uruguai e Argentina	Rio Grande do Sul
Argentina	Santa Catarina

Fonte: Ministério da Saúde.

Possui uma população, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 203 milhões de habitantes (IBGE, 2022). O País possui grande heterogeneidade demográfica, geográfica e sociocultural.

1.2 ANTECEDENTES DO CONTROLE DA POLIOMIELITE NO BRASIL

O Brasil realiza ações de vacinação contra a poliomielite desde a década de 1960. No entanto, nesse momento, essas ações não ocorriam de forma sistematizada em todo o País. Somente em 1977, após a criação do PNI, foi publicado o primeiro calendário de vacinação (Portaria n.º 454/1977), que incluía a vacinação de rotina com a vacina oral trivalente poliomielite (VOPt) para crianças.

No final do ano de 1979, iniciaram-se as campanhas de vacinação em resposta a uma importante epidemia de poliomielite no Sul do País, quando foram notificados 2.564 casos de poliomielite em 1979 e 1.290 em 1980 (Brasil; FNS, 1998, p. 55).

A primeira Campanha Nacional de Vacinação contra a poliomielite ocorreu em 14 de junho de 1980, com a utilização da vacina monovalente atenuada do poliovírus tipo 1, e nas campanhas seguintes foi utilizada a vacina oral trivalente poliomielite.

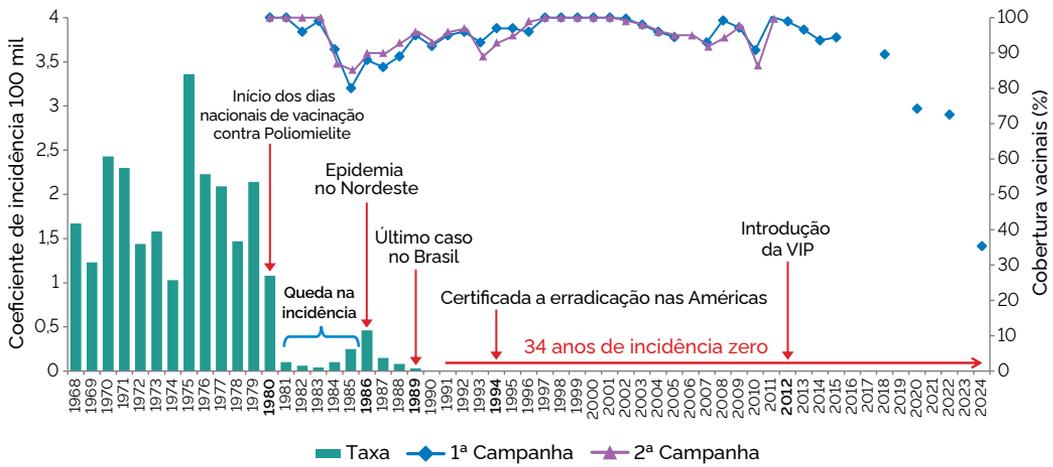
O sucesso da estratégia é demonstrado pela redução do número de casos. Em 1981, somente 122 casos foram notificados em todo o País. Entretanto, em 1986, houve o recrudescimento de casos no Nordeste, quando se registrou cobertura vacinal mais baixa, além de menor imunogenicidade do poliovírus vacinal tipo 3 contido na vacina oral trivalente (Campos; Nascimento; Maranhão, 2003).

Essa situação exigiu mudanças na estratégia de vacinação já estabelecida, com a adoção de ações administrativas e a implementação de uma campanha adicional na Região Nordeste, bem como uma nova formulação da vacina, que passou a conter maior número de partículas do tipo 3, para interromper os surtos nessa região. A partir de então, a vacina reformulada foi utilizada globalmente.

A adoção de ações coordenadas contra a doença culminou com a detecção do último caso da doença no município de Souza na Paraíba em 1989. Em 1994, a Região das Américas foi declarada livre de transmissão autóctone do poliovírus selvagem.

O Brasil continuou utilizando a VOPT em seu esquema de rotina e nas Campanhas Nacionais de Vacinação contra a poliomielite até o segundo semestre de 2012, quando adotou o esquema sequencial da vacina inativada poliomielite/vacina oral poliomielite (VIP/VOPT) no esquema primário de vacinação, em que nas duas primeiras doses eram administradas a VIP, na terceira dose e nos dois reforços a VOPT. A partir de janeiro de 2016, o Brasil introduziu no esquema primário a terceira dose da VIP e manteve os dois reforços com a VOPb. Em 2024, o País passa a adotar esquema vacinal exclusivo com VIP mantendo as três doses do esquema primário com VIP e substitui os dois reforços com VOPb por um reforço com VIP. Com relação às Campanhas Nacionais de Vacinação contra a poliomielite, a partir de 2012, passou a ser realizada apenas uma etapa de campanha exclusiva para poliomielite, com exceção dos anos de 2016, 2017, 2019, 2021 e 2023 nos quais não houve campanha. (Figura 2).

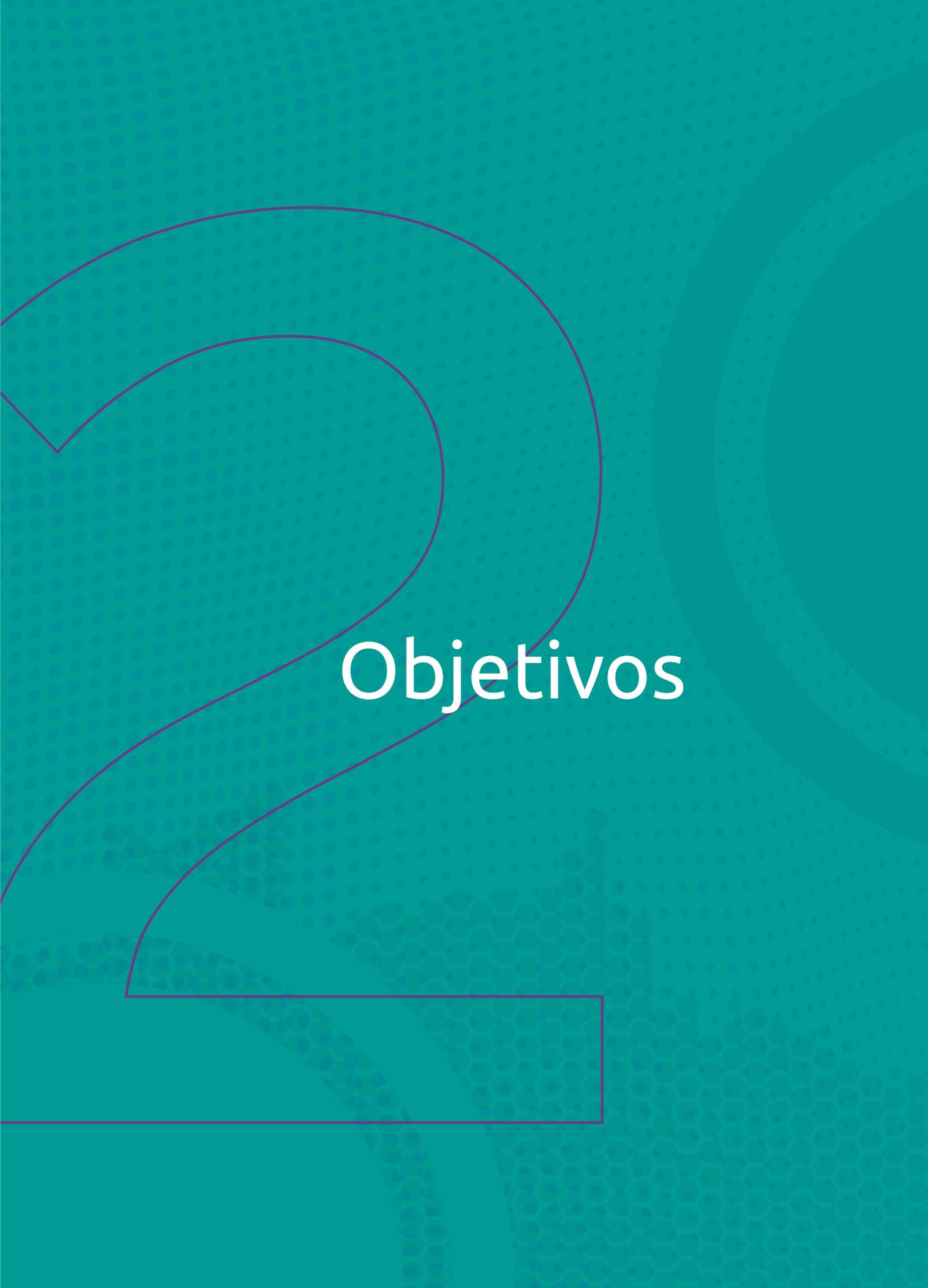
FIGURA 2 – INCIDÊNCIA DE CASOS DE POLIOMIELITE E COBERTURA VACINAL COM A VOP EM CAMPANHAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO. BRASIL, 1968-2024



Fonte: Cgici/DPNI/SVSA/MS.

Atualizado em 17/9/2024.

Em 2016, 2017, 2019, 2021 e 2023 não houve campanha exclusiva de pólio, somente Campanha de Multivacinação.



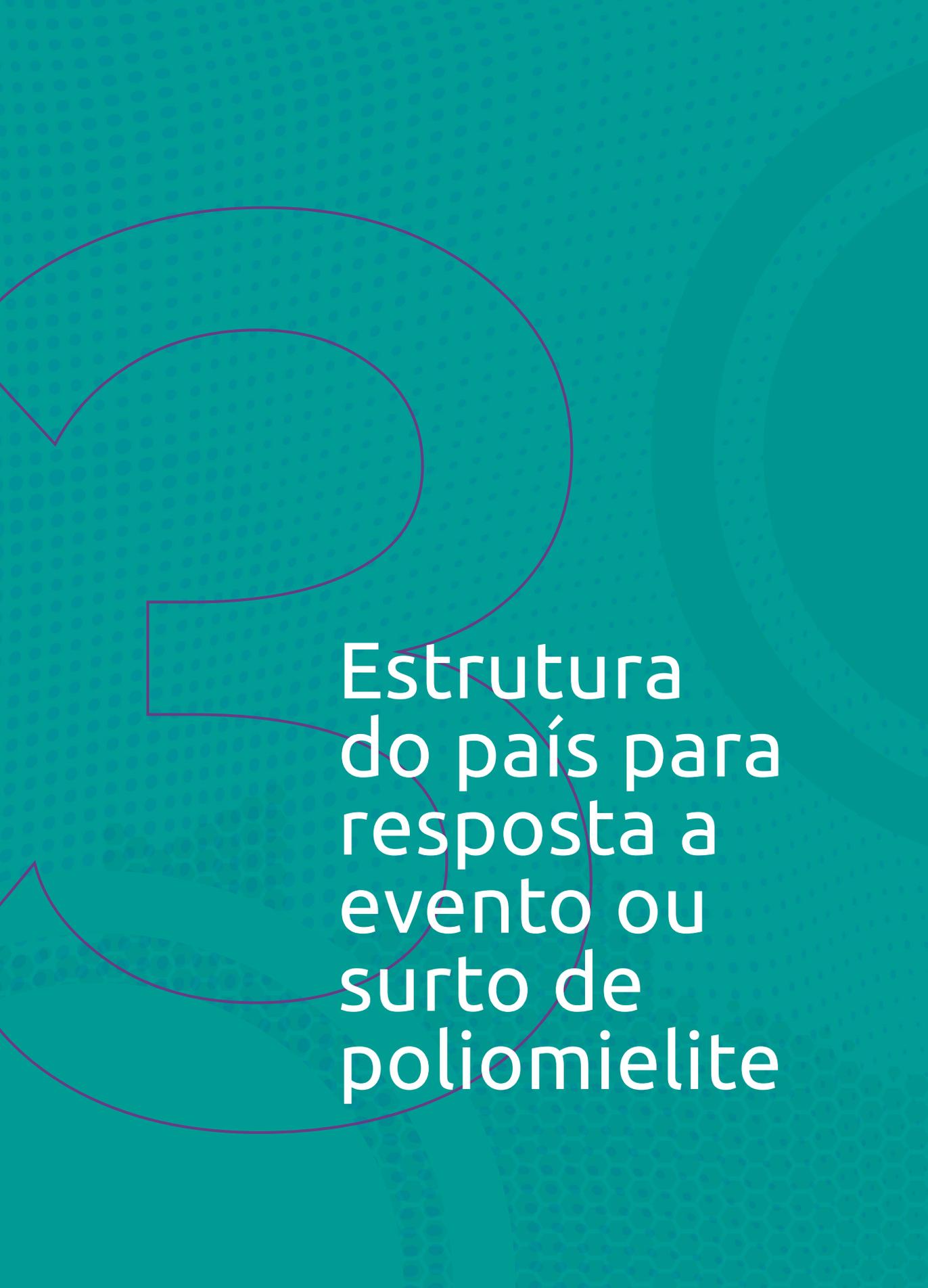
Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

Estabelecer diretrizes de resposta nas três esferas de gestão para o enfrentamento, em tempo oportuno, a todo evento de detecção ou surto causado por poliovírus selvagem ou por poliovírus derivado da vacina dos tipos 1, 2 e 3 e poliovírus Sabin tipo 2.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer resposta coordenada no âmbito das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) diante de um evento de detecção de poliovírus selvagem ou derivado vacinal, sendo o Centro de Operações de Emergência (COE), coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), de importância fundamental para essa resposta.
- Apresentar as diretrizes e os cronogramas indicando os fluxos para a notificação, a investigação, a avaliação de risco, a resposta e avaliação de resposta, diante da confirmação da detecção de um poliovírus selvagem ou PVDV dos tipos 1, 2 e 3, assim como do vírus Sabin tipo 2.
- Mapear instituições, parceiros e elementos prioritários para a resposta nacional coordenada e oportuna.

The background is a solid teal color. On the left side, there is a large, white, stylized number '3' that is partially cut off by the edge of the frame. In the background, there is a faint, light-colored globe of the Earth, centered on the Atlantic Ocean. The text is white and positioned in the lower right quadrant of the image.

Estrutura do país para resposta a evento ou surto de poliomielite

3.1 DEPARTAMENTO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

O Ministério da Saúde define e coordena a política nacional de vacinação da população brasileira, e tem como missão a erradicação, a eliminação e o controle de doenças imunopreveníveis. Os principais aliados no âmbito do SUS são as secretarias estaduais e municipais de saúde. As diretrizes e as responsabilidades para a execução das ações de Vigilância em Saúde, entre as quais se incluem as ações de Vigilância Epidemiológica das doenças imunopreveníveis e vacinação, estão definidas em legislação nacional que aponta que a gestão das ações é compartilhada entre os entes federados.

A Instância Nacional é representada pelo Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI), unidade gestora e estrutura técnico-administrativa da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde (MS), sendo responsável pela coordenação das ações de Vigilância Epidemiológica das doenças imunopreveníveis e de imunização desenvolvidas pelas equipes técnicas especializadas no âmbito estadual, regional e municipal.

As ações de imunização são organizadas nas três esferas de gestão, viabilizando a adequada logística dos 49 imunobiológicos humanos distribuídos anualmente pelo PNI, para garantia de vacinação em todo o território nacional. A Rede Conta com a seguinte estrutura: 1 Central Nacional, 27 Centrais Estaduais, 275 Centrais Regionais e aproximadamente 2.520 Centrais Municipais, aproximadamente 38 mil salas de vacina, podendo chegar a 50 mil pontos de vacinação em períodos de campanhas e 53 Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie).

O DPNI tem o compromisso de manter a eliminação dos poliovírus no território nacional. E as 27 unidades federadas (UFs) contam com coordenação responsável pelas ações de imunização em cada uma delas, assim como seus respectivos municípios.

3.1.1 Vigilância da paralisia flácida aguda – PFA

A vigilância da paralisia flácida aguda (PFA) conta com quatro profissionais que compõem a equipe técnica da Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis (CGVDI) do Departamento de Programa Nacional de Imunizações (DPNI) do Ministério da Saúde (MS). As 27 unidades federadas contam com um técnico no âmbito estadual, responsável pelas ações de vigilância em cada uma delas, assim como seus respectivos municípios. Os profissionais responsáveis, nos âmbitos local e estadual, são técnicos com experiência em Vigilância Epidemiológica (VE), assim como os técnicos do âmbito central que avaliam a qualidade das ações do sistema de vigilância, com base nos indicadores de qualidade da vigilância.

A paralisia flácida aguda é de notificação compulsória imediata nos três âmbitos de gestão (federal, estadual e municipal). A notificação dos casos de PFA deve ser realizada por meio do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), por meio do preenchimento da ficha de investigação da paralisia flácida aguda. Além disso, para uma detecção oportuna e resposta coordenada a uma potencial emergência em saúde pública, recomenda-se a notificação imediata de casos suspeitos de PFA ao Centro Nacional de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs Nacional) por meio eletrônico, pelo e-mail notifica@saude.gov.br, ou por meio telefônico, pelo 0800.644.6645.

Devem ser notificados todos os casos de PFA em menores de 15 anos, independentemente da hipótese diagnóstica, em adolescentes e adultos com sintomas condizentes com poliomielite e em indivíduo de qualquer idade com história de viagem a países com circulação do poliovírus, nos últimos 30 dias que antecederam o início da deficiência motora ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para países com suspeita diagnóstica de poliomielite. Deve-se coletar uma amostra de fezes (até 14 dias do início da deficiência motora) para o diagnóstico oportuno. Quando não é possível coletar a amostra de fezes do caso dentro de 14 dias do início da paralisia, coletar amostras de fezes de três a cinco contatos próximos do caso de PFA, que devem ter menos de 5 anos de idade e sem histórico de vacinação recente (nos últimos 30 dias) com vacina oral poliomielite (Brasil, 2023a).

A qualidade da Vigilância Epidemiológica da PFA/pólio é avaliada com base nos seguintes indicadores de desempenho operacional (Brasil, 2022b, p. 190):

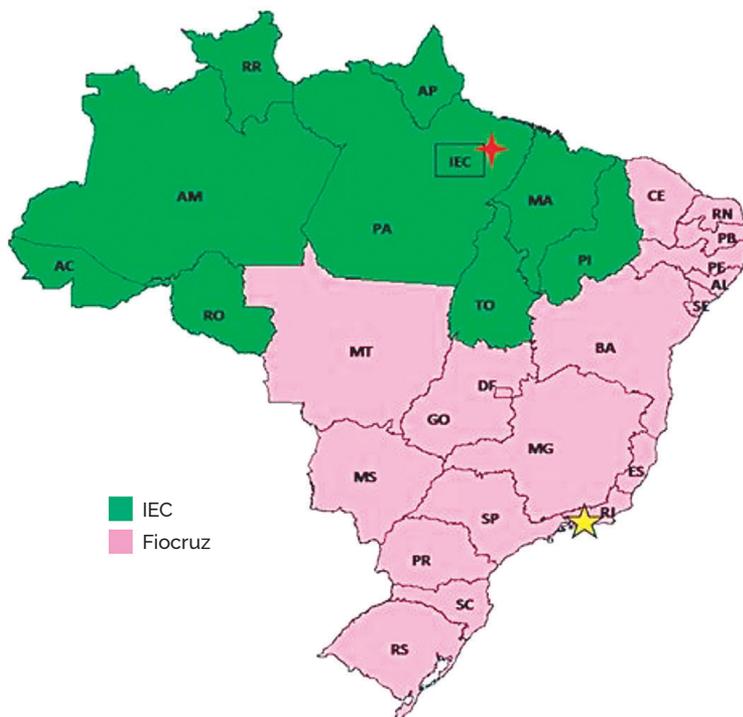
- **Taxa de notificação de paralisia flácida aguda:** identificar por ano, no mínimo, um caso de PFA para cada 100 mil habitantes menores de 15 anos de idade.
- **Proporção de casos investigados em 48 horas:** pelo menos 80% dos casos notificados devem ser investigados dentro das 48 horas após a notificação.
- **Proporção de casos com coleta oportuna de fezes:** pelo menos 80% dos casos devem ter uma amostra de fezes, para cultivo do vírus, coletada até o 14º dia do início da deficiência motora, em quantidade e condições de temperatura para análise.
- **Proporção de notificação negativa/positiva semanal:** pelo menos 80% das unidades notificantes devem informar a ocorrência ou não de casos de paralisia flácida aguda, semanalmente.

3.2 COORDENAÇÃO-GERAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA – CGLAB

A rede de diagnóstico laboratorial das PFA/pólio é composta por 27 Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacens), situados nas 27 unidades federadas e pelo Laboratório de Referência Nacional (LRN) e Laboratório de Referência Regional (LRR): Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro e Instituto Evandro Chagas (IEC), no Pará, respectivamente.

Os Lacens são responsáveis pelo recebimento das amostras, pela avaliação das condições de armazenamento e pelo envio aos LRNs e LRRs para a realização do diagnóstico de PFA/pólio, conforme área de abrangência a seguir:

FIGURA 3 – REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA COBERTURA DIAGNÓSTICA DOS LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA NACIONAL E REGIONAL POR UNIDADE FEDERADA – BRASIL, 2024



Fonte: Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB.

QUADRO 2 – LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA PARA O DIAGNÓSTICO DA PFA/PÓLIO – BRASIL, 2024

Laboratório	Endereço	Áreas de abrangência – Unidades federadas
Laboratório de Referência Nacional – LRN Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz/RJ Laboratório de Enterovírus	End.: Av. Brasil, 4.365, Manguinhos, CEP: 21045-900, Rio de Janeiro/RJ.	RJ, MG, ES, SP, GO, MT, MS, DF, SC, PR, RS, AL, CE, PB, PE, RN, SE, BA.
Laboratórios de Referência Regional – LRR Instituto Evandro Chagas – IEC/PA Laboratório de Enterovírus	Rod. BR 316 – km 07 s./n., Bairro: Levilândia, CEP: 67030-000, Ananindeua/PA.	AC, AM, AP, MA, PA, PI, RR, RO, TO.

Fonte: Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB.

3.3 CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIEVS

O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs) atua como serviço de Vigilância Epidemiológica, responsável por coletar, analisar, avaliar e disseminar informações relacionadas a doenças, agravos e eventos de saúde que possam constituir emergência em saúde pública. As unidades Cievs têm como finalidade realizar a detecção, a notificação, o monitoramento, o apoio à resposta a eventos de saúde e a elaboração de estratégias de comunicação de riscos (Brasil, 2022a).

A Rede Nacional dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Rede Cievs), por sua vez, é uma estrutura organizacional que engloba os três níveis de gestão do SUS. A Rede Cievs visa garantir a articulação e a integração entre todas as suas unidades Cievs, ampliando assim a capacidade de Vigilância Epidemiológica e estabelecendo diretrizes para ações de vigilância e resposta a emergências em saúde pública.

A Rede contemplava, até o primeiro semestre de 2024, 190 unidades distribuídas no território nacional de acordo com as seguintes tipologias: nacional, estadual, regional, capital, municípios estratégicos, fronteira e o Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei).

Além da detecção, da verificação, da avaliação, do monitoramento e da comunicação de doenças, agravos e eventos de saúde pública que possam constituir uma emergência em saúde pública, o Cievs Nacional assume a responsabilidade de coordenar o Comitê de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (CME) e atuar como centro operacional do Ponto Focal Nacional do Regulamento Sanitário Internacional (PFN-RSI) do Brasil (Brasil, 2006).

A Rede Cievs e o Cievs Nacional, ambos alocados na Coordenação-Geral do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CGCIEVS) do Departamento de Emergências em Saúde Pública (DEMSP), desempenham papel importante na articulação com outras instituições e áreas técnicas e na promoção da formação continuada dos profissionais de saúde. Isso garante que todos estejam qualificados sobre as melhores práticas de preparação, vigilância e resposta às emergências de saúde pública. Além disso, por meio da detecção precoce, avaliação de risco oportuna, comunicação em rede e monitoramento contínuo e sistemático, garantem uma resposta eficaz e rápida a qualquer ameaça à saúde da população (Brasil, 2022a).

3.4 REDE NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR – RENAVEH

A Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh) tem como objetivo a detecção oportuna de potenciais emergências em saúde pública identificadas no ambiente hospitalar, possibilitando a rápida transferência de informações entre os demais entes que desempenham ações de preparação, vigilância e resposta no contexto local e nacional, como os Cievs e as áreas técnicas que subsidiam o manejo de doenças, agravos e eventos de saúde pública, garantindo a adoção de medidas de prevenção, controle e mitigação de danos (Brasil, 2021a).

Atualmente, existem mais de 900 Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) vinculados à Renaveh. Os NHE operacionalizam as ações de Vigilância Epidemiológica em estabelecimentos de saúde, garantindo aos gestores informações estratégicas para a organização, a preparação e a resposta do serviço hospitalar no manejo de eventos de interesse à saúde, bem como subsidiar o planejamento e o fortalecimento da vigilância em saúde local.

A Renaveh desempenha um papel fundamental no enfrentamento à poliomielite, contribuindo para a rápida detecção de casos suspeitos e no apoio para a implementação de medidas de prevenção e controle eficazes.

Nos hospitais, a Vigilância Epidemiológica é realizada por meio da identificação e da notificação, por meio de busca ativa de casos suspeitos, bem como pela coleta e análise de dados clínicos e laboratoriais. As equipes multiprofissionais do estabelecimento de saúde, com o apoio técnico dos profissionais que atuam nos NHE, desempenham papel crucial na identificação de possíveis sinais e sintomas característicos da poliomielite, realizam investigação epidemiológica, viabilizando a realização de exames laboratoriais para confirmação diagnóstica. A rápida identificação e notificação de casos suspeitos permite que as autoridades de saúde pública ajam prontamente com vistas ao desenvolvimento de ações rápidas e efetivas.

Os profissionais que desenvolvem atividades de Vigilância Epidemiológica em estabelecimentos de saúde promovem a comunicação oportuna com as demais redes, setores e serviços de Vigilância em Saúde nas unidades federadas (UFs), como a Rede Cievs e as áreas técnicas no âmbito local que manejam os casos suspeitos de poliomielite. Esses profissionais também apoiam e otimizam processos de educação e qualificação sobre a doença,

seus sinais e sintomas, métodos de diagnóstico e comunicação/notificação adequada de casos suspeitos. Isso ajuda a garantir uma resposta eficaz e coordenada no enfrentamento à doença (Brasil, 2021a).

3.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – APS

A APS é o nível de atenção estratégico para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Ela compreende o primeiro nível de atenção à saúde e é a porta de entrada preferencial dos usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Coordena percurso dos usuários na RAS, a depender das necessidades, nos demais níveis de atenção, visando garantir a integralidade do cuidado.

A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) enfatiza o acolhimento como premissa para um cuidado resolutivo e de qualidade, por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe de saúde e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2012).

O trabalho multiprofissional das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) é crucial para as ações de Vigilância em Saúde. No caso da detecção de poliovírus ou surto de poliomielite, a APS tem posição estratégica para detecção oportuna dos casos e da notificação às autoridades sanitárias locais. Por se tratar de uma área com cuidados abrangentes, diferentes profissionais devem atuar em conjunto. Nesse contexto, a equipe de enfermagem tem protagonismo na equipe de saúde, principalmente na operacionalização das ações delineadas pelo Programa Nacional de Imunização. Além da responsabilidade técnica pela sala de vacina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), também possui papel importante no acolhimento e na identificação de casos suspeitos de crianças ou adolescentes. Recomenda-se que as equipes da APS tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 dias da semana e nos 12 meses do ano, de forma a facilitar o acesso à população (Brasil, 2012).

Diante do risco iminente da reintrodução da poliomielite no Brasil, se a cobertura não for aumentada, os profissionais de saúde da APS devem ficar atentos a possíveis casos suspeitos da doença desde a escuta inicial. Diante disso, o SUS deve estabelecer uma resposta coordenada no âmbito das três esferas de gestão e a APS deve desempenhar um papel orientador de prevenção e controle em caso de reintrodução da poliomielite no Brasil.

Com o objetivo de estabelecer diretrizes para uma resposta coordenada a um provável evento ou surto causado por poliovírus, seguem algumas recomendações de ações no âmbito da APS:

Na gestão local:

- Os estados devem orientar e apoiar as UBS dos municípios nas ações de enfrentamento, na ocorrência de um caso.
- Alertar os profissionais, as autoridades e os gestores em saúde, para uma possível emergência de poliomielite.
- Reforçar a urgência de intensificação vacinal e das ações de vigilância das PFA para a detecção e a investigação de todos os casos em menores de 15 anos.
- Qualificar os profissionais da saúde para a detecção e a notificação de PFA.
- Orientar a população sobre atualização do calendário vacinal e fortalecer as orientações sobre o calendário de vacinação.
- Reforçar o monitoramento da cobertura vacinal da área do município.
- Recomendar manutenção de serviços de vacinação em todas as UBS. Na inviabilidade de se seguir essa recomendação, é primordial que seja estabelecido um fluxo de direcionamento para locais com serviços de vacinação e que estes locais sejam amplamente divulgados à população.
- Realizar controle de estoque e garantir disponibilidade das vacinas do Calendário Nacional de Vacinação e insumos necessários em todas as salas de vacina.
- Promover a disponibilidade e a qualidade das vacinas ofertadas à população.
- Evitar barreiras e a burocratização do acesso: avaliar a possibilidade de parcerias para a instalação de pontos de vacinação em locais de grande circulação.
- Planejar e oferecer vacinação de rotina extramuro para os menores de 5 anos de idade com dificuldade ou impossibilidade física de deslocamento até uma UBS e para populações vulneráveis (população em situação de rua, indígenas, quilombolas, filhos de pessoas abrigadas, filhos de população privada de liberdade, ribeirinha e locais de difícil acesso).

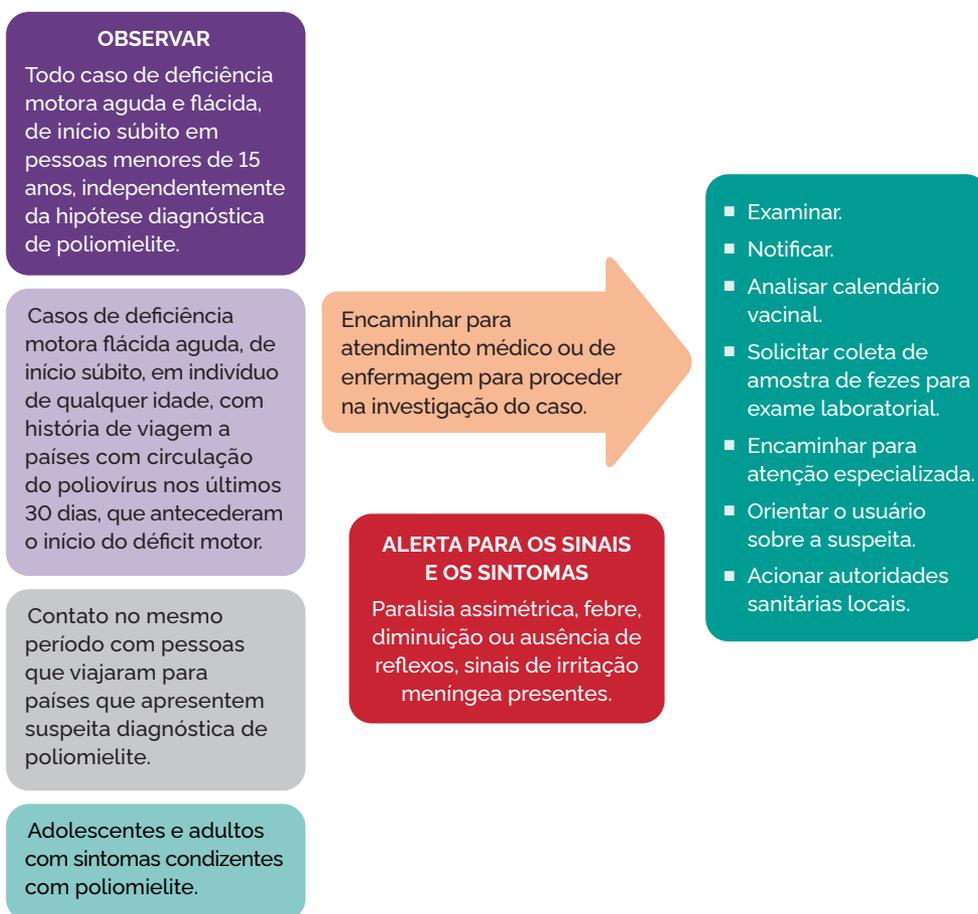
- Garantir pessoal de enfermagem treinado e habilitado para vacinar durante todo o tempo de funcionamento da unidade.
- Realizar ações de educação em saúde sobre a importância da vacinação.
- Realizar educação em saúde com professores nas escolas e articular estratégias com o Programa Saúde na Escola.
- Divulgar em redes sociais, rádios, televisão e outros meios de comunicação as ações coletivas, vacinas disponíveis, unidades vacinadoras, entre outras informações inerentes ao processo de vacinação.
- Fortalecer a relação entre a população e o sistema de saúde, incentivando a confiança na vacinação e a adesão aos programas de imunização.
- Combater qualquer informação falsa (fake news) sobre vacinação.

No acolhimento:

O momento da escuta inicial na UBS é fundamental para monitorar possíveis casos suspeitos. Algumas condutas devem ser introduzidas na rotina das UBS:

- As equipes devem realizar a triagem para as paralisias flácidas agudas (PFA) no momento do acolhimento/escuta inicial de pessoas < de 15 anos de idade, conforme a figura a seguir:

FIGURA 4 – TRIAGEM PARA AS PARALISIAS FLÁCIDAS AGUDAS (PFA) NO MOMENTO DO ACOLHIMENTO/ESCUTA INICIAL NA UNIDADE DE SAÚDE – 2024



Fonte: adaptada de Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2024.

Na consulta com profissional de saúde (médico ou enfermeiro):

- Notificar todo caso de PFA de qualquer etiologia, em < de 15 anos independentemente da suspeita clínica inicial; em indivíduo de qualquer idade com história de viagem a países com circulação do poliovírus, nos últimos 30 dias que antecederam o início da deficiência motora ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para países com suspeita diagnóstica de poliomielite; em adolescentes e adultos com sintomas condizentes com poliomielite.
- Solicitar a coleta de fezes para pesquisa de enterovírus de todos os casos suspeitos de PFA notificados (ideal até o 14º dia do início do déficit motor).

- Quando não for possível coletar a amostra de fezes do caso dentro de 14 dias do início da paralisação, coletar amostra de fezes de três a cinco contatos, <5 anos que não tenham recebido VOP nos últimos 30 dias.
- Verificar a situação vacinal de todas as crianças e adolescentes durante todos os atendimentos. Caso seja identificadas pendências vacinais, encaminhar o usuário à sala de vacina.
- Monitorar as gestantes, a partir das datas prováveis do parto (DPP), para a captação das crianças após o nascimento, realização de agendamento de consulta de puericultura e seguimento. A cada consulta de puericultura deve ser avaliado o cartão de vacina da criança e da mãe.

Na sala de vacina (imunização):

- Verificar o histórico vacinal das crianças e menores de 15 anos de idade nos estabelecimentos de saúde, por qualquer motivo de consulta, e atualizar a situação vacinal para poliomielite, conforme Calendário Nacional de Vacinação.
- Intensificar a vacinação de rotina, esquema de três doses de VIP (aos 2, 4 e 6 meses de idade) e um reforço de VIP (aos 15 meses de idade), nas crianças menores de 5 anos, conforme o Calendário Nacional de Vacinação.
- Monitorar a cobertura vacinal por meio da ficha espelho e consulta aos cartões durante a rotina.
- Garantir a sala de vacina aberta durante todo o horário de funcionamento da UBS.
- Permitir o acesso à vacinação das crianças menores de 5 anos de idade que estiverem sem o cartão de vacina, sem o comprovante de residência ou sem outro documento. Para o correto registro, anotar os dados possíveis no momento da vacinação (endereço, nome, data de nascimento, entre outros), e posteriormente os documentos deverão ser buscados.
- Realizar ações de educação em saúde em sala de espera, em meio lúdico, para todos que aguardam atendimento na UBS.
- Reforçar as orientações quanto à proteção individual, para evitar possíveis contágios de doenças.
- Garantir o registro adequado da vacinação.
- Garantir o registro de 100% das doses administradas nos sistemas de informação, em tempo oportuno.

No território:

- Realizar busca ativa, na comunidade, dos indivíduos que tiveram contato com casos de PFA.
- Reavaliar por meio de visita domiciliar junto com a Estratégia Saúde da Família, os casos suspeitos 60 dias após o início da deficiência motora, com a avaliação clínica dos casos notificados.
- Verificar os cartões das crianças < de 5 anos de idade durante visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde (ACS) ou da equipe.
- Realizar busca ativa de crianças com calendário vacinal atrasado.
- Promover encontros na comunidade com profissionais de saúde locais e especialistas, a fim de sanar dúvidas e desmistificar crenças, mitos, tabus e preconceitos sobre as vacinas, estimulando a reflexão sobre os benefícios para a saúde da comunidade, reforçando seu caráter de prevenção.

3.6 SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE – SAES

A Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) atua de acordo com as diretrizes constantes na Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (Pnaes) estabelecidas na Portaria GM/MS n.º 1.604, de 18 de outubro de 2023. É responsável pelas ações e serviços relativos a: rede de urgência e emergência; serviços de reabilitação; serviços de atenção domiciliar; rede hospitalar; serviços de atenção materno-infantil; serviços de transplante do Sistema Nacional de Transplantes (SNT); serviços de atenção psicossocial; serviços de sangue e hemoderivados e atenção ambulatorial especializada, incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (Brasil, 2023c).

São ainda atribuições da Saes: a implementação da política de regulação assistencial do SUS; a certificação das entidades beneficentes que prestam serviços complementado à rede de saúde pública, bem como apoiar o desenvolvimento de mecanismos inovadores que fortaleçam a organização do sistema e a capacidade de sua gestão nas três esferas de governo. Em situação de possível surto ou evento causado pelo poliovírus.

À Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – Saes compete:

- Promover a implementação de políticas de regulação assistencial do SUS para atender a população acometida.
- Regular o acesso e coordenação do cuidado com equidade e transparência.
- Viabilizar atendimento hospitalar a todos os pacientes contaminados, que devem ser hospitalizados e isolados, recebendo tratamento dos sintomas, de acordo com o quadro clínico apresentado.
- Elaborar e registrar o Plano de Cuidado específico em prontuário compartilhado pela equipe multiprofissional, tendo as informações clínicas relevantes para o cuidado disponíveis às equipes dos demais pontos de atenção.
- Promover o cuidado compartilhado entre profissionais da atenção básica e especializada.

3.7 SECRETARIA DE SAÚDE INDÍGENA – SESAI

A Sesai tem a missão de coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um modelo de gestão descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), distribuídos em 24 estados e 228 municípios.

Entre as competências e a estrutura organizacional da Sesai, o Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena (Dapsi) é responsável pela condução das atividades de Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas, por meio da Atenção Primária à Saúde, da educação em saúde e da articulação com os demais gestores do SUS para provimento das ações complementares e especializadas.

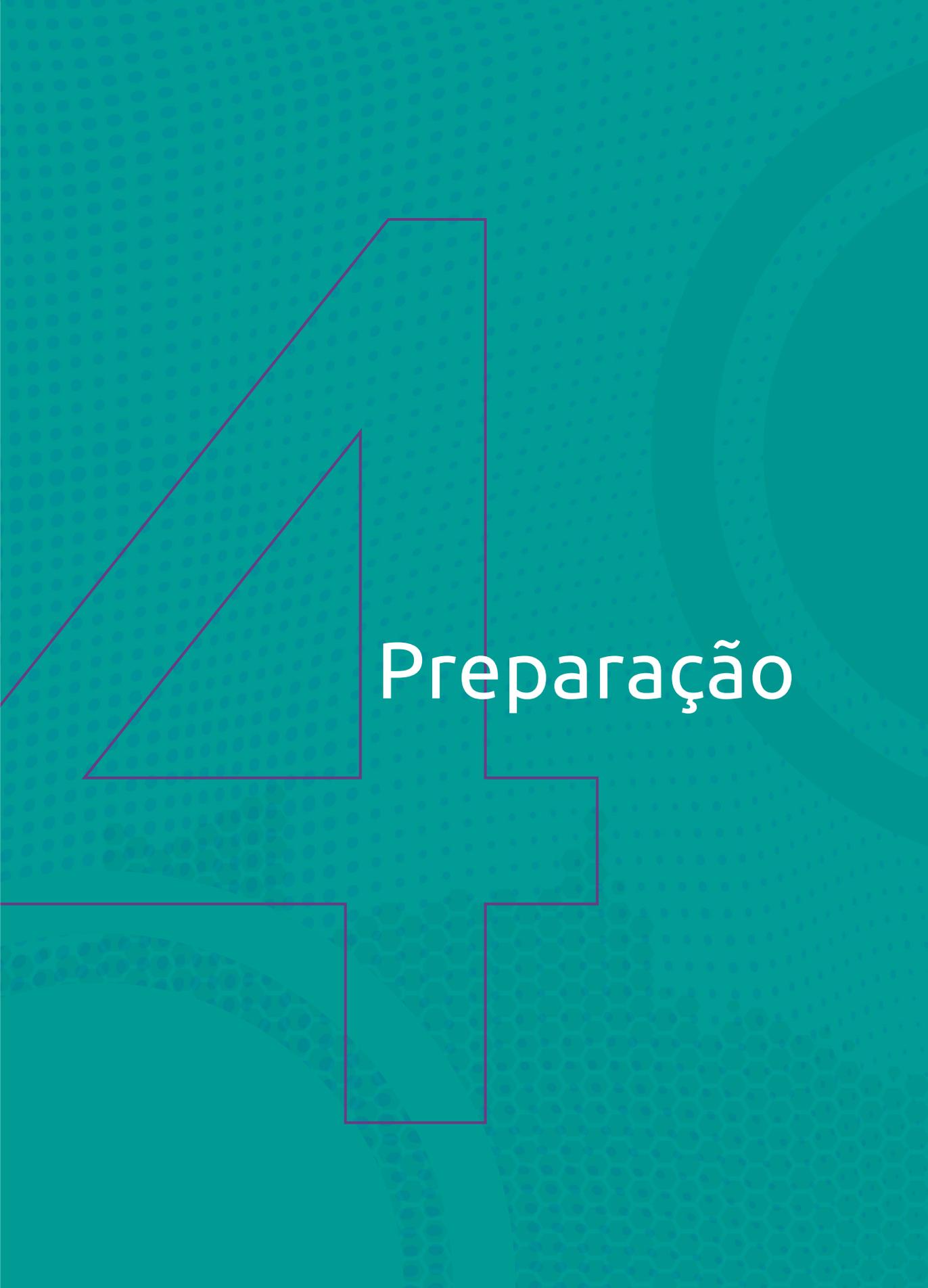
A Coordenação em Vigilância em Saúde Indígena (Covisi) está integrada ao Dapsi, sendo responsável pela vigilância de doenças transmissíveis, agravos e eventos de interesse para a saúde pública em terras e territórios indígenas. Tem como uma de suas competências, a produção de informações a partir de dados epidemiológicos, que permitem a análise de situação de saúde da população indígena, com o propósito de apoiar na tomada de decisão da gestão na priorização, na formulação e na avaliação de políticas de saúde.

À Secretaria Especial de Saúde Indígena compete:

- Incentivar a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena e a fomentar a implementação de políticas de promoção à saúde para a população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, em articulação com as demais Secretarias do Ministério.
- Coordenar e planejar a estratégia de vacinação com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), em conjunto com as respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde selecionadas.
- Articular, com o Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI), a distribuição aos distritos dos imunobiológicos definidos na estratégia das Secretarias Estaduais de Saúde (SES).
- Monitorar e avaliar a estratégia de vacinação nos Dsei.
- Fornecer assessoria técnica e científica em imunização, em conformidade com as normas estabelecidas no Calendário Nacional de Vacinação, aos Dsei, quando solicitado.
- Orientar, monitorar e avaliar os eventos adversos pós-vacinação com os Dsei.
- Elaborar relatório final, contendo os resultados da Estratégia de Vacinação, no âmbito da Sesai.

Ao Distritos Sanitários Especiais Indígenas compete:

- Planejar, coordenar, supervisionar, monitorar, avaliar e executar as atividades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS, no âmbito de suas competências, observadas as práticas de saúde e as medicinas tradicionais e a sua integração com as instâncias assistenciais do SUS na região e nos municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena.
- Realizar vacinação conforme programação e agendamento e desenvolver ações estratégicas de busca ativa de não vacinados, atualização de carteira e bloqueio vacinal, conforme a situação.
- O registro vacinal das campanhas de vacinação e de rotina dos povos indígenas, vivendo em terras e territórios indígenas, é inserido no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), conforme Nota Informativa Conjunta n.º 7/2023 Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI), vigente desde junho/2023.

The background is a solid teal color. A large, white outline of the number '4' is positioned on the left side. In the upper right corner, there is a faint, circular pattern of small white dots. The word 'Preparação' is written in white, sans-serif font, centered horizontally and partially overlapping the right side of the number '4'.

Preparação

4.1 MECANISMO DE GESTÃO

No País, o Ministério da Saúde coordena as ações de preparação, vigilância, monitoramento, alerta e resposta às emergências em saúde pública, incluindo a mobilização de recursos e a articulação da informação entre as três esferas de gestão do SUS.

O Comitê de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (CME), é conduzido pela Coordenação-Geral do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CGCIEVS), do Departamento de Emergências em Saúde Pública, da Secretaria de Vigilância em Saúde, e conta com representantes de todas as áreas técnicas e secretarias do Ministério da Saúde e demais órgãos. Nesse comitê, são apresentados os principais eventos de saúde pública monitorados a partir da captura de rumores pelo Cievs Nacional. A partir das reuniões, as tomadas de decisão para os principais eventos são discutidas.

A partir da detecção de casos suspeitos e/ou confirmados de poliovírus no Brasil, ou do risco elevado de reintrodução da doença no País e, a partir do monitoramento da situação epidemiológica no CME, o Cievs Nacional deverá realizar a avaliação de risco do evento, levando em consideração a probabilidade e o impacto da doença no País, para recomendar a ativação de uma estrutura de resposta, como uma Sala de Situação em Saúde ou de um Centro de Operações de Emergências em Saúde (COE) para intensificar as ações de monitoramento e/ou organizar a resposta para o enfrentamento da doença.

As diretrizes para resposta são ativadas pelo MS, em conjunto com as esferas de gestão, quando da ocorrência de evento ou surto.

QUADRO 3 – EQUIPE NACIONAL DE RESPOSTA IMEDIATA A UM EVENTO OU SURTO DE POLIOMIELITE

Instituição	Áreas
Ministério da Saúde	Assessoria Especial e Comunicação Social – Ascom
	Assessoria Especial de Assuntos Internacionais – Aisa
	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente – SVSA
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Departamento do Programa Nacional de Imunizações – DPNI <ul style="list-style-type: none"> ◆ Coordenação-Geral de Incorporação Científica de Imunizações – Cgici <ul style="list-style-type: none"> ◆ Câmara Técnica Nacional de Especialistas para Certificação da Erradicação da Poliomielite ■ Coordenação-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira – CGPO ■ Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB <ul style="list-style-type: none"> ◆ Laboratório de Referência Nacional – Fiocruz/RJ ◆ Laboratório de Referência Regional – IEC/PA ■ Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente – Daevs ■ Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – DVSAT <ul style="list-style-type: none"> ◆ Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM ■ Departamento de Emergências em Saúde Pública – DEMSP <ul style="list-style-type: none"> ◆ Coordenação-Geral de Preparação e Resposta às Emergências em Saúde Pública – CGPRESP ◆ Coordenação-Geral do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CGCIEVS ◆ Cievs Nacional ◆ Rede Cievs ◆ Renaveh ■ Núcleo de Comunicação – Nucom
	Secretaria Especial de Saúde Indígena – Sesai
	Secretaria de Atenção Primária à Saúde – Saps
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária – Desco <ul style="list-style-type: none"> ◆ Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade – Cgesco
	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – Saes
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Dahu
	Assessoria Especial de Comunicação Social – Ascom
Entidade vinculada	Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa

Fonte: Ministério da Saúde.

Nota: Ascom do Ministério da Saúde: responsável ativação do plano de comunicação de crise e definição do porta-voz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa): responsável pelo registro e liberação do uso de imunobiológicos.

Cada unidade da Rede Cievs conta com um ponto focal em seu respectivo âmbito de abrangência que deverá apoiar as ações de preparação, de vigilância e de resposta a evento ou surto de poliomielite. Os estados e os municípios devem definir a equipe de gestão e de resposta imediata a qual deve estar integrada, ao menos, pelo responsável pela Vigilância Epidemiológica, imunização, laboratório, comunicação social, atenção primária, planejamento, orçamento e atenção à saúde indígena.

4.2 DEFINIÇÃO DAS EQUIPES RESPONSÁVEIS

Planejamento: é de responsabilidade da gestão e resposta imediata do município e Dsei com apoio dos âmbitos estadual e nacional.

Investigação: será realizada pela equipe de Vigilância Epidemiológica e equipe da Atenção Primária do âmbito municipal, pelos Dsei (caso ocorra dentro dos territórios indígenas) e investigações de campo no âmbito do EpiSUS-Avançado, com apoio dos âmbitos estadual e nacional, e coordenada pelo responsável da VE-PFA.

Vacinação: a depender do poliovírus identificado, a vacina a ser utilizada deverá ser liberada em caráter emergencial pela Anvisa.

A operacionalização da ação será realizada conjuntamente pela equipe de saúde da área de abrangência onde foi detectado o evento ou surto, sendo esta coordenada pela coordenação municipal de imunizações, com o apoio do âmbito estadual e nacional. Se necessário, outras equipes poderão ser integradas às ações de resposta.

Comunicação: será realizada pelo núcleo de comunicação municipal com o apoio do âmbito estadual e nacional.

Capacitação: a capacitação dos técnicos de vigilância, imunização, laboratório, técnicos da APS, Saes e Dsei para resposta a um evento ou surto é de responsabilidade dos estados e do Distrito Federal com o apoio da esfera federal.

Supervisão em campo das atividades realizadas: as diferentes etapas das diretrizes para resposta, tais como, preparação, investigação, vacinação, retirada da vacina oral poliomielite monovalente tipo 2 (VOPm2), serão supervisionadas pelo âmbito municipal e pelos Dsei com o apoio dos âmbitos estadual e nacional.

4.3 SOLICITAÇÃO E USO DAS VACINAS POLIOMIELITE

Uso de VIP

Não é recomendado o uso da VIP para responder a surtos causados por poliovírus tipo 2.

O uso da VIP é recomendado somente para a vacinação dos contatos de um caso de iPVDV. Nesse caso, será utilizada a dose completa por via intramuscular. O estoque de doses para assegurar a vacinação deste grupo será de responsabilidade do DPNI.

Uso de vacina oral poliomielite monovalente tipo 2 (VOPm2)

Esta vacina, que é pré-qualificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), não está registrada nos países da Região das Américas, porque não é comercializada para ser empregada na rotina de vacinação. No entanto, o Brasil possui em sua lei uma exceção ao registro sanitário quando é necessário ter acesso a produtos para atender a uma situação crítica de saúde pública, conforme Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 203, de 26 de dezembro de 2017, que “dispõe sobre os critérios e os procedimentos para importação, em caráter de excepcionalidade de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa” (Anvisa, 2017).

Caso seja necessário o uso de VOPm2 em resposta a um evento ou surto causado por poliovírus tipo 2, a vacina será enviada, em caráter de doação. A OMS enviará a vacina acompanhada da seguinte documentação:

- Protocolo resumido de fabricação e controle.
- Certificado de liberação de lote emitido pela autoridade reguladora nacional do país de origem.

O formulário para realizar a solicitação destas vacinas encontra-se em formato PDF no endereço: [mOPV2-Vaccine-Request-Form-template-EN-v3.2.doc](#) (live.com).

4.4 PLANO PRELIMINAR DE CAPACITAÇÃO

A operacionalização das capacitações será de responsabilidade dos estados e do Distrito Federal com o apoio da esfera federal, a fim de garantir o desenvolvimento das atividades de Vigilância Epidemiológica, laboratorial, imunizações e APS, entre outras descritas nestas diretrizes, de forma conjunta

para uma resposta coordenada, oportuna e em cumprimento as ações propostas. A capacitação de recursos humanos para as esferas municipais deverá ser realizada pelos estados e pelo Distrito Federal.

QUADRO 4 – PLANO PARA CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NO ÂMBITO NACIONAL

Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> Socializar as diretrizes para resposta a um evento ou detecção de surto com as equipes de resposta e parceiros nos três níveis de gestão.
População-alvo da capacitação	<ul style="list-style-type: none"> Equipe nacional de resposta imediata a um evento ou surto de poliomielite. Coordenadores de Vigilância Epidemiológica das paralisias flácidas agudas e de imunização do âmbito estadual. Parceiros em caso excepcional na hipótese de relevante interesse para a saúde pública, tais como, Rotary, Pastoral da Criança, serviços privados de vacinação.
Coordenador da capacitação	<ul style="list-style-type: none"> DPNI/CGLAB/Sesai.
Conteúdo técnico	<ul style="list-style-type: none"> Diretrizes para resposta a um evento de detecção ou surto de poliomielite. Diretrizes técnicas para a execução de atividades de vacinação. Metodologia para a retirada da vacina VOPm2 após a execução das atividades de vacinação. Diretrizes para a intensificação da vigilância da paralisia flácida aguda.
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> Treinamento em cascata. Exposição audiovisual. Oficinas presenciais. Simulação de evento ou surto. Reuniões por videoconferência. Atualização periódica e socialização de documentos técnicos com os estados.
Duração do plano de capacitação	2024 e atualizações anuais, se necessário.
Orçamento da capacitação	Diante de situação emergencial de saúde pública o MS presta suporte aos estados e aos municípios, dispondo de recurso financeiro específico para apoiá-los no enfrentamento da situação de emergência.
Fonte de financiamento	Ministério da Saúde.

Fonte: Ministério da Saúde.

Nota: os estados devem adaptar esse plano de capacitação para capacitar os municípios e, estes, as equipes de saúde (da APS e Vigilância).

4.5 PLANO PRELIMINAR DE COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

4.5.1 Público-alvo x objetivos de comunicação

- População geral – manter a população informada sobre o evento ou surto de poliomielite, as medidas de controle que estão sendo adotadas, tais como, vacinação, fortalecimento da vigilância e mantê-la tranquila.
- Profissionais de saúde – informação sobre o evento ou surto de poliomielite, medidas de controle que devem ser adotadas e qual sua participação no processo.
- Gestores da rede pública – mantê-los informados e garantir intervenções unificadas.
- Viajantes – conhecer os sintomas e onde buscar apoio na rede pública em caso de suspeita da doença, assim como sensibilizá-los quanto à importância de verificar a situação vacinal junto aos serviços de saúde.
- Profissionais de portos, aeroportos e fronteiras – informação sobre o evento ou surto de poliomielite, medidas de controle que devem ser adotadas e qual sua participação no processo.
- Comunicação – manter a população informada, combater fake news e responder às dúvidas da população.

4.5.2 Mensagens-chave para uma comunicação efetiva

Todos os materiais de comunicação serão permeados pelas seguintes mensagens-chave:

- A divulgação dos fatos será realizada com transparência.
- O sistema de saúde pública está preparado para atender a essa emergência de saúde.
- A poliomielite é uma doença que deixa sequela permanente e pode levar à óbito. Vacine seus filhos.
- As medidas estão sendo tomadas para a proteção da população brasileira contra a poliomielite.
- Datas de campanhas de vacinação.
- As vacinas são seguras e efetivas.
- O esquema completo de vacinação é o único meio de prevenção.

4.5.3 Medidas estratégicas

- Estabelecimento de um grupo interministerial de comunicação que permita a coordenação entre os diferentes órgãos de governo e parceiros.
- Definição de um único porta-voz, para não haver conflito de informações, que tenha conhecimento e experiência sobre o assunto nos diferentes âmbitos de gestão.
- A cada mudança de cenário, sugere-se a realização de coletivas de imprensa para o anúncio dos cenários subseqüentes. O objetivo é adequar o formato que possa ser reproduzido por todos os meios de comunicação (jornais impressos, internet, rádio e TVs).
- Esgotar as dúvidas dos jornalistas. As coletivas, por exemplo, somente serão encerradas depois que todas as perguntas forem respondidas. Dessa forma, reforça-se a percepção da transparência e da firmeza sobre as declarações, fundamentais para sustentar toda a estratégia.
- Trabalhar em conjunto com o Ministério do Turismo para a produção de materiais para viajantes; com a Anvisa para a orientação nos postos de fronteira; com a Secretaria de Aviação Civil para comunicação nos aeroportos, entre outros. A principal orientação para este órgão de governo está relacionada à necessidade de recomendar a vacinação a turistas e viajantes.

4.6 PLANO PRELIMINAR DE SUPERVISÃO

Atividades de supervisão serão realizadas em estados e em municípios para assegurar que todas as normas e recomendações sejam implementadas de maneira a alcançar os resultados esperados.

QUADRO 5 – PLANO PARA SUPERVISÃO DAS AÇÕES

Objetivo da supervisão	Orientar ações corretivas ou complementares para alcançar os objetivos e metas planejadas.
Atividades a serem supervisionadas	<ul style="list-style-type: none">■ Fase de preparação: avaliar a adequação das diretrizes para resposta a âmbito estadual e capacitação de recursos humanos para implementação.■ Vigilância Epidemiológica: monitorar e avaliar a qualidade da investigação, a coleta e o envio de amostras e a busca ativa de casos.■ Vacinação: a supervisão será realizada para monitorar e avaliar o processo de preparação, distribuição e uso da VOPm2, os avanços das atividades de vacinação, os resultados alcançados e garantir a retirada e a destruição adequada da VOPm2 em 100% dos postos de vacinação onde foi distribuída (ver item 10).
Coordenador da supervisão	DPNI/CGLAB/Sesai
Responsáveis pela supervisão	Os responsáveis pela supervisão serão o Ministério da Saúde, SES, Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Dsei (onde tiver) e âmbito local, respectivamente.
Metodologia	<ul style="list-style-type: none">■ Visitas de campo com instrumento de supervisão.■ Microplanejamento das ações.
Fonte de financiamento	Ministério da Saúde, estados, municípios e recursos da GPEI.
Áreas a serem supervisionadas	A seleção das áreas a serem supervisionadas será realizada tendo em conta: <ul style="list-style-type: none">■ Área afetada.■ Resultado da análise de risco de propagação.

Fonte: DPNI/SVS/MS.

Nota: os estados devem adaptar esse plano de supervisão para orientar os municípios e, estes, as equipes de saúde.

4.7 ORÇAMENTO PRELIMINAR

O Ministério da Saúde presta suporte aos estados e aos municípios, dispondo de recurso financeiro específico para apoiá-los no enfrentamento das situações de emergência em saúde pública. Além disso, na ocorrência de surto causado por poliovírus, o País contará com recursos financeiros da GPEI.

QUADRO 6 – COMPONENTES PRIORITÁRIOS QUE CONTARÃO COM RECURSOS FINANCEIROS

Componente	Comentários
Comunicação e divulgação	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plano de comunicação de risco e resposta. ■ Impressão e distribuição de material gráfico para divulgação (folhetos, cartazes etc.). ■ Produção de materiais informativos para campanha publicitária em massa.
Capacitação	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mobilização e diárias de pessoal de outras áreas para a área de ocorrência do surto. ■ Workshops de treinamento (transporte, alimentação e acomodação). ■ Reprodução de material de capacitação.
Investigação	<ul style="list-style-type: none"> ■ Deslocamento de veículos pertencentes aos âmbitos estadual e municipal correspondente à área onde ocorreu o evento ou surto. ■ Passagem, hospedagem e alimentação. ■ Impressão de formulários para busca ativa de casos de PFA. ■ Envio de amostras.
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> ■ Impressão de formulários para registros de doses aplicadas. ■ Definir um formulário padrão e colocar em anexo. ■ Mobilização e diárias de pessoal de outras áreas para a área de ocorrência do surto.
Supervisão	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mobilização e diárias de pessoal de outras áreas para a área de ocorrência do surto. ■ Monitoramento de coberturas vacinais. ■ Impressão de documentos para supervisão. ■ Definir um padrão de documento para supervisão e colocar em anexo.
Gestão de resíduos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Retirada e destruição da VOPm2. ■ Destruição final dos resíduos produzidos durante o controle do surto causados por poliovírus do tipo 1 e 3 (frascos, seringas, agulhas etc.).

Fonte: Ministério da Saúde.

Nota: a estimativa dos custos dependerá da localização da área afetada.

4.8 PREPARAÇÃO PARA A EQUIPE DE RESPOSTA RÁPIDA – EQUIPE DE APOIO INTERNACIONAL

A GPEI oferecerá apoio ao Brasil para responder a situação emergencial. Isso inclui o deslocamento de uma equipe de resposta rápida (equipe A) em 72 horas. A solicitação de anuência para a entrada da equipe ao País deve ser enviada ao Ministério da Saúde por meio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/OMS. Uma segunda equipe de suporte, a equipe B, poderá viajar para o País dentro de três semanas após avaliação da Opas/OMS.

4.9 A IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE EM TEMPOS DA COVID-19

As medidas de prevenção e controle de infecção devem ser implementadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde para evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismos durante qualquer assistência realizada à saúde, especialmente com relação às ações de vacinação.

As orientações para os serviços de saúde quanto às medidas de prevenção e controle, que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pela covid-19 e continuidade das ações de vacinação contra a poliomielite, serão adotadas conforme a Nota Técnica Gvims/GGTES/Anvisa n.º 04/2020, de autoria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que versa sobre as “Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de Prevenção e Controle que devem ser adotadas durante a assistência aos Casos Suspeitos ou Confirmados de Covid-19”, cuja última atualização data de 31/3/2023 (Anvisa, 2023).

A large, stylized outline of the number 5 is positioned on the left side of the page. The outline is composed of several segments: a top horizontal bar, a vertical stem, a curved bottom section, and a horizontal base. The background is a teal color with a pattern of small, light-colored dots. On the right side, there are faint, overlapping circular patterns in a slightly darker shade of teal.

Definições

5.1 DEFINIÇÃO DOS EVENTOS DE DETECÇÃO E DOS SURTOS CAUSADOS POR POLIOVÍRUS

O Quadro 7 apresenta as definições de evento e de surto, segundo a cepa de poliovírus detectada.

QUADRO 7 – DEFINIÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS DE EVENTOS DE DETECÇÃO DE POLIOVÍRUS E DE SURTOS DE POLIOMIELEITE

TIPOLOGIA	DEFINIÇÃO
Evento ▶ até esse momento não existem indícios de transmissão	Detecção de: <ol style="list-style-type: none"> PVDV em: <ul style="list-style-type: none"> Um caso único de PFA ou uma pessoa assintomática (por exemplo, contato) ou Uma ou mais pessoas,* sem indícios de propagação para a comunidade (cepa de poliovírus derivado da vacina detectado em um caso com imunodeficiência – iPVDV ou classificada como ambígua -aPVDV) ou Cepa tipo Sabin do sorotipo 2 em uma ou várias amostras clínicas ou Uma pessoa infectada por um PVS2 com exposição documentada de um vírus do sorotipo 2 em um laboratório ou um estabelecimento de produção de vacinas.
Surto ▶ há provas de transmissão	Detecção de: <ol style="list-style-type: none"> Uma ou várias pessoas infectadas por um PVS (no caso do sorotipo 2 se adiciona: "sem exposição documentada a um poliovírus do sorotipo 2 em um laboratório ou um estabelecimento de produção de vacinas) ou Uma ou várias pessoas infectadas por um cPVDV.

Fonte: adequação de World Health Organization (WHO). Standard Operating Procedures: Responding to a Poliovirus Event or Outbreak. Acessado em 19/4/2022.

*Uma pessoa infectada pode corresponder em um caso de PFA ou a uma pessoa assintomática ou sã.

5.2 POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA

As seguintes definições foram desenvolvidas, tendo em conta considerações virológicas e epidemiológicas e devem ser utilizadas quando se referem aos poliovírus derivados da vacina:

a) Poliovírus derivado de vacina – PVDV:

- Cepas VOP que são >1% divergentes (≥ 10 de diferença nucleotídica (NT), para os tipos 1 e 3) na região genômica VP1.
- Cepas VOP que são > 0,6% divergentes (≥ 6 de diferença NT, para o tipo 2) na região genômica VP1.

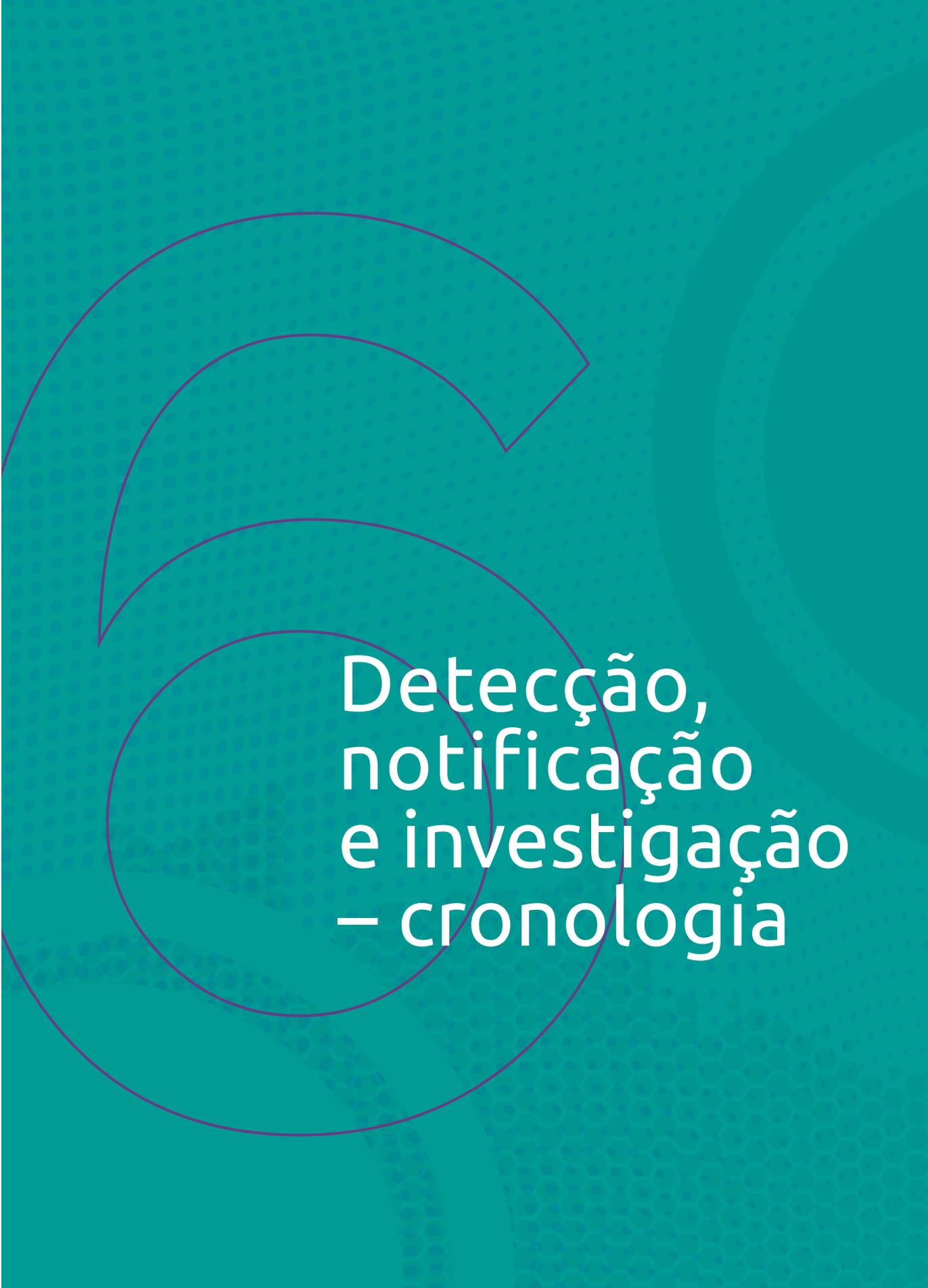
b) PVDV circulante (cPVDV): isolamento de PVDV na qual existe evidência de transmissão pessoa a pessoa na comunidade.

- i. De ao menos duas pessoas (não necessariamente os casos de PFA) e que não são contatos na casa.
- ii. De uma pessoa e uma ou mais amostras do meio ambiente.
- iii. Um só PVDV isolado que apresente características genéticas que indicam circulação prolongada, ou seja, um número de alterações de nuclueotídeos que indicam um período de 1,5 ano ou mais de circulação independente.

c) PVDV associado com imunodeficiência (iPVDV): PVDV isolado de pessoas com evidência de imunodeficiência primária.

d) PVDV ambíguo (aPVDV): PVDV isolado a partir de amostras de pessoas sem imunodeficiência conhecida ou do meio ambiente, sem evidência de circulação.

Um PVDV isolado só deve ser classificado como "ambíguo" se as investigações adicionais indicam que não se deriva de uma pessoa com imunodeficiência primária dos linfócitos B (iPVDV), ou que não é parte de uma cadeia de transmissão, é um PVDV circulante (cPVDV).

The background is a solid teal color with a fine, light-colored dotted pattern. Overlaid on this are several abstract white line art elements: a large, thin-lined circle on the left side, and several curved, overlapping lines that resemble a stylized 'S' or a series of connected arcs, primarily located in the upper and middle sections of the page.

Detecção, notificação e investigação – cronologia

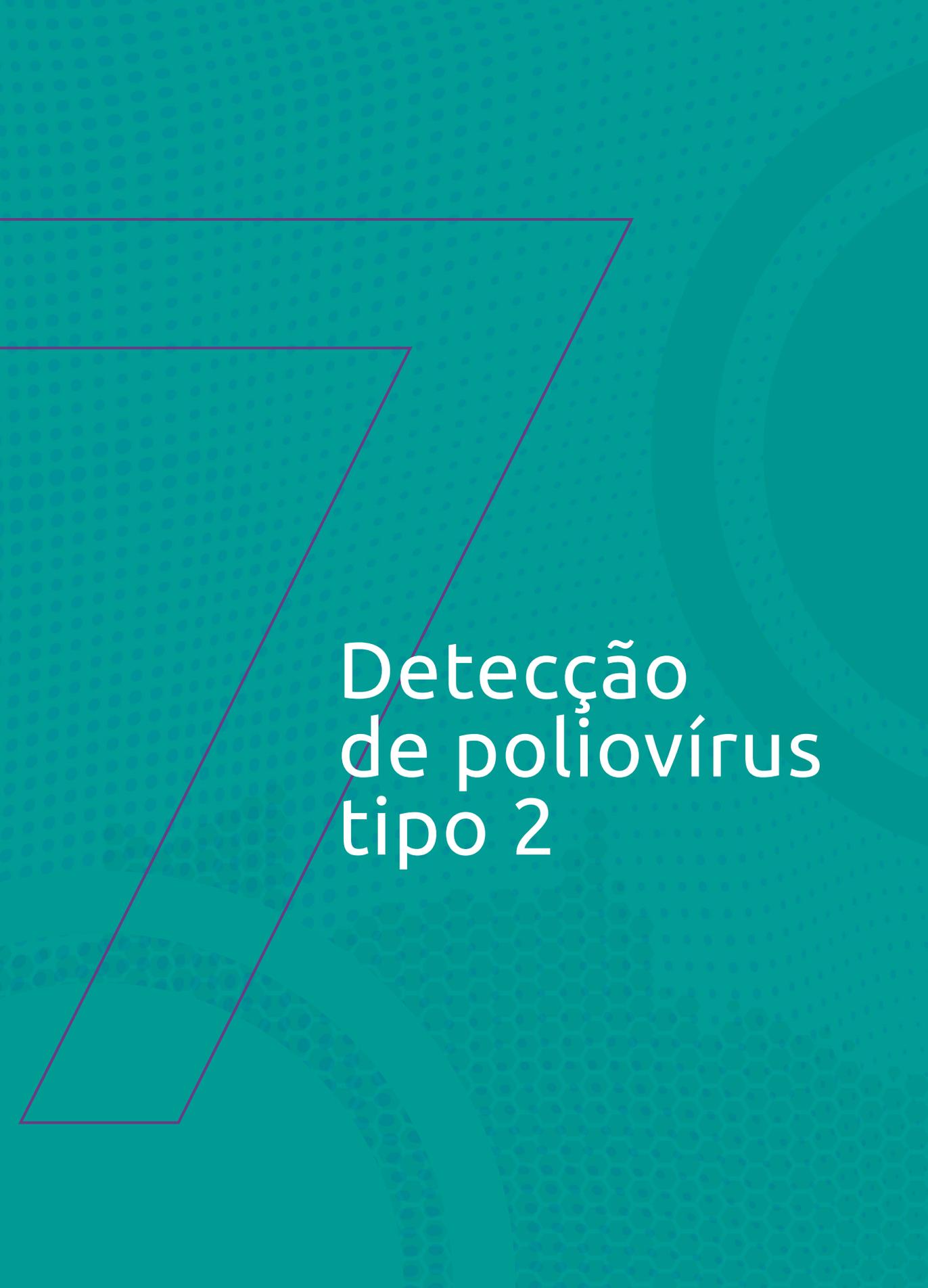
A detecção confirmada de um isolamento de poliovírus desencadeia os seguintes passos:

FIGURA 5 – PASSOS A SEGUIR COM A CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL DO POLIOVÍRUS SELVAGEM (PVS) OU POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA (PVDV)



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde – Procedimentos Operacionais Padrão: Resposta a um Evento ou Surto de Poliovírus. Março 2022.

- O Dia 0 é o dia do recebimento da confirmação laboratorial do PVS ou PVDV por sequenciamento genético pela CGLAB e é considerado o "dia da notificação do surto".
- A investigação precisa iniciar em até um dia (24h) da confirmação laboratorial.
- As ações devem iniciar dentro das primeiras **72 horas** da resposta ao surto.
- As autoridades nacionais realizam a avaliação de risco e a proposta de resposta dentro de 72 horas da detecção de poliovírus.
- O planejamento detalhado normalmente ocorre do dia 3 ao dia 14, após a investigação e a avaliação de risco, e envolve: coordenação; diretrizes para resposta e orçamento; plano de comunicação; atividades de preparação e vacinação e vigilância da qualidade.

The background is a solid teal color. A large, white, outlined number '7' is positioned on the left side, extending from the top to the bottom of the page. A faint, light-colored grid pattern is visible in the background, particularly on the right side. The text is centered in the lower half of the page.

Detecção de poliovírus tipo 2

7.1 NOTIFICAÇÃO

A notificação oportuna da detecção de um poliovírus do sorotipo 2 é chave para desencadear as ações de resposta e evitar a propagação do vírus. Realiza-se nos âmbitos nacional e internacional.

De acordo com as obrigações estabelecidas no Regulamento Sanitário Internacional (RSI):

- Os laboratórios de referência para o diagnóstico de poliovírus deverão notificar de imediato ao Ministério da Saúde, ao PFN-RSI do Brasil, a SVSA, quanto ao isolamento de um poliovírus selvagem ou de um derivado da vacina em uma amostra coletada no País.
- O Cievs Nacional, designado centro operacional do PFN-RSI do Brasil, deverá realizar a notificação ao Ponto de Contato Regional da OMS para o RSI – Opas/OMS, conforme Anexo 2 do RSI.
- Quando o Laboratório de Referência Nacional Fiocruz/RJ ou o Laboratório de Referência Regional do IEC/PA detectarem uma amostra positiva de poliovírus procedente de outro país, deverão notificar de imediato a autoridade de saúde do país de onde procede a amostra. Se em 24 horas o país não tiver realizado a notificação internacional, o PFN-RSI do Brasil deverá notificar ao Ponto de Contato Regional da OMS para o RSI – Opas/OMS e simultaneamente o PFN-RSI do país de onde procede a amostra.
- O governo nacional deve declarar o evento ou surto de poliovírus tipo 2 como uma potencial Emergência Nacional de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), em conformidade com a Portaria MS/GM n.º 2.952, de 14 de dezembro de 2011, ou legislação vigente. O Cievs Nacional desempenha um papel crucial ao fornecer a avaliação de risco necessária para apoiar tal declaração.

O PFN-RSI do Brasil notificará a Opas/OMS quanto a uma potencial Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, em conformidade com o estabelecido pelo RSI (Anexo A – Notificação da poliomielite segundo o Regulamento Sanitário Internacional), disponível em <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/>.

7.2 INVESTIGAÇÃO

A detecção de qualquer cepa de poliovírus do sorotipo 2 deve desencadear uma investigação imediata, com o objetivo de coletar informação que permita definir se se trata de um evento ou surto, determinar o número e as características do caso ou de casos, identificar a origem e as causas do evento ou surto e avaliar a extensão geográfica da transmissão.

QUADRO 8 – DEFINIÇÃO DE EVENTO E SURTO CAUSADO POR POLIOVÍRUS DO TIPO 2

Tipologia	Fonte da amostra	Classificação
Evento	Humana/PFA*	PVDV2 em investigação
		aPVDV2
		iPVDV2
		Sabin 2
		PVS2 com exposição documentada em um laboratório ou centro de produção de vacinas
Surto	Humana/PFA*	cPVDV2
		PVS2 sem exposição documentada em um laboratório ou centro de produção de vacinas

Fonte: adequação de WHO. *Standard Operating Procedures: Responding to a Poliovirus Event or Outbreak*. Acessado em 19/4/2020.

*A pessoa infectada pode ser um caso de paralisia flácida aguda (PFA) ou uma pessoa assintomática ou sã.

A decisão final de definir o isolamento de uma cepa de poliovírus como um evento ou um surto resultará do diálogo entre o país onde se detectou o poliovírus e a OpaS/OMS, logo após ter sido concluída a avaliação de risco.

QUADRO 9 – ATIVIDADES A SEREM REALIZADAS NA INVESTIGAÇÃO E OS RESPONSÁVEIS

ATIVIDADE	RESPONSÁVEL
<p>a. Investigação do caso ou casos</p> <p>Uma investigação imediata no território de todo caso de paralisia flácida aguda deve determinar as características específicas do caso e pôr em andamento a busca ativa de outros casos na comunidade e nos centros de notificação locais. Proceder-se-á realizar as seguintes atividades que permitirão caracterizar a situação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Investigação do caso ou casos <p>Investigar a história clínica, incluindo história ou sinais de imunodeficiência, histórico de vacinação (distinguir o tipo e número de doses de vacinas recebidas, razões para não ter esquema de vacinação completo para a idade), histórico de viagens, histórico de contato com viajantes do exterior, pesquisa de seu ambiente social e contexto comunitário, se contato/trabalhador de laboratório clínico e produção de vacinas.</p> <p>Utilizar formulário único de notificação individual de caso de paralisia flácida aguda/poliomielite.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Investigação de contatos <p>Coleta de amostras: deverá ser coletada uma amostra de fezes de três contatos diretos (irmãos, contatos domiciliares e amigos próximos, preferencialmente não vacinados ou com esquema de vacinação incompleto) para determinar se há circulação de vírus na comunidade. Adicionalmente, coletar amostras de pelo menos 20 crianças menores de 5 anos de idade, preferencialmente menores de 2 anos, selecionadas de forma aleatória que vivem na mesma comunidade do caso. A coleta de amostras de contatos pode ser interrompida uma vez que esteja comprovada a transmissão em uma determinada área, dentro dos últimos 12 meses.</p>	<p>SMS, Dsei com apoio da SES.</p>
<p>b. Busca ativa de casos institucional e comunitária</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Busca ativa de casos nos hospitais públicos e privados do município afetado, que deve incluir, pelo menos, a revisão dos diagnósticos dos últimos seis meses. ■ Efetuar busca ativa na comunidade da área de residência do caso, utilizando diferentes estratégias de busca (em estabelecimentos educativos, creches e residências). O número de famílias a visitar dependerá da densidade da população local e de outros fatores, mas deve abranger, pelo menos, 200 agregados familiares. A busca ativa deve contar com o apoio dos líderes comunitários, tais como líderes religiosos, comerciantes, comunidade escolar, entre outros. 	<p>SMS, Dsei com apoio da SES.</p> <p>Técnico da vigilância epidemiológica da área afetada com apoio de líderes comunitários e equipe da Atenção Primária.</p>

continua

ATIVIDADE	RESPONSÁVEL
<p>c. Análise de coberturas</p> <p>A análise das coberturas dos programas de vacinação de rotina e de campanhas de vacinação na área afetada (até o nível mais desagregado de cobertura que está disponível) aponta informação-chave que deve ser considerada, junto com a informação epidemiológica conhecida, para identificar o grau de suscetibilidade da população e de risco de transmissão.</p>	<p>Coordenação Municipal de Imunizações, Dsei com apoio da equipe estadual ou nacional.</p>
<p>d. Laboratório</p> <p>Além de identificar se o poliovírus isolado é selvagem, derivado da vacina ou Sabin, o estudo genético das amostras pode permitir identificar se houve importação, assim como se se trata de derivado da vacina, por quanto tempo o vírus pode estar circulando ou sendo excretado no caso do isolamento de um PVDV.</p>	<p>Laboratórios de Referência para o diagnóstico de PFA/polioimielite.</p>

Fonte: adequação de WHO. *Standard Operating Procedures: Responding to a Poliovirus Event or Outbreak*. Acessado em 19/4/2022.

7.3 METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO DE RISCO

O Brasil, com o apoio da Opas/OMS e aliados da GPEI, realizará uma avaliação de risco se for detectado um evento ou um surto de polioimielite. Essa avaliação tem o objetivo de caracterizar a transmissão viral e o risco de uma propagação posterior; avaliar os fatores fundamentais que influenciarão no tipo e na magnitude da resposta, formular as recomendações sobre as medidas a serem tomadas e identificar as subpopulações que estão fora da área afetada e em risco de uma possível transmissão.

É fundamental avaliar os fatores de risco virológicos e epidemiológicos para a avaliação de risco em um contexto determinado. Com base na análise de múltiplos fatores (virologia, contexto local e risco de propagação internacional), deve-se determinar, para cada tipo de vírus 2 detectado, se este achado representa um risco alto, médio ou baixo de transmissão posterior. Em lugar de parâmetros quantitativos específicos, a avaliação deve refletir uma avaliação geral da situação.

QUADRO 10 – ELEMENTOS PARA AVALIAR O RISCO DE TRANSMISSÃO POSTERIOR DE POLIOVÍRUS TIPO 2, O QUE INFLUIRÁ NO TIPO E NA ESCALA DE RESPOSTA

Critério	Exemplos de elementos considerados (não exaustivo, ver Anexo J)
Risco virológico	Grau de desvio genético da cepa Sabin, avaliação do virologista/interpretação de tipos de mudanças de nucleótidos etc.
Risco contextual	Área com acesso limitado devido a conflitos, detecção recente de poliovírus, alta força de infecção, movimento de população etc.
Risco de transmissão internacional	Área de fronteira com alta mobilidade populacional, populações nômades ou de refugiados etc.

Fonte: adequação de WHO. *Standard Operating Procedures: Responding to a Poliovirus Event or Outbreak*. Acessado em 19/4/2022.

A avaliação de risco deve centrar-se especificamente em abordar três questões fundamentais:

1. A natureza do vírus (PVS, Sabin ou PVDV).
2. A evidência de circulação.
3. O risco de propagação adicional.

Após detecção inicial, diferenciação intratípica e sequenciamento, uma cepa de poliovírus pode ser incluída em alguma dessas três categorias: PVS, poliovírus Sabin (cepa da VOP) e PVDV (com divergência >1% [PV1 e PV3] ou >0,6% [PV2] com respeito à correspondente cepa na VOP).

7.3.1 A natureza do vírus – PVS, Sabin ou PVDV

PVS2: dado o longo período decorrido desde a última detecção de PVS2, a possibilidade de que este vírus apareça novamente é muito remota. No entanto, se um caso de PVS2 for detectado é necessário conduzir uma investigação imediata, pois a transmissão pode ocorrer rapidamente, dependendo do grau de imunidade da população local.

Uma pessoa infectada pelo PVS2, sem exposição conhecida a um poliovírus em um laboratório ou um estabelecimento de produção de vacinas, deve ser tratada como uma prova de **transmissão confirmada**.

Uma pessoa infectada pelo PVS2 com exposição conhecida a um poliovírus por uma falha da contenção o mais provável é que se trate de um evento isolado, porém constitui um risco de **possível transmissão futura**.

Do mesmo modo, o descobrimento de um PVS2 em uma amostra ambiental é, com toda probabilidade, devido a uma falha da contenção em um laboratório, centro de investigação ou produção de vacina. No entanto, justifica-se realizar investigação minuciosa na comunidade da área de influência do lugar onde foi colhida a amostra, assim como em qualquer laboratório ou centro de pesquisa próximo, para identificar algum caso de paralisia flácida aguda ou para descartar que exista qualquer pessoa com infecção subclínica que esteja eliminando o poliovírus. Uma abordagem preventiva requer que a descoberta de um PVS2 em uma amostra ambiental, inicialmente, seja considerada como uma prova de **transmissão provável**.

Sabin 2: existe uma variabilidade considerável dependendo do entorno local, as provas empíricas, assim como os modelos matemáticos, indicam que se pode esperar que os poliovírus Sabin do sorotipo 2 sigam sendo detectáveis, aproximadamente, durante três meses nas fezes e quatro meses em amostras de águas residuais, após o último uso da VOPT (ou do uso da VOPm2). Ainda que esta detecção deva impulsionar maior vigilância dos casos de paralisia flácida aguda, é de se esperar que o risco de que isso ocorra diminua rapidamente com o tempo. A detecção de pólio Sabin do tipo 2, após este período de quatro meses depois da retirada da vacina (a partir de setembro de 2016) ou do último uso da VOPm2, em uma resposta a um surto ou evento, pode ser evidência de que se continua usando a VOPT, portanto, indicaria que há risco de **transmissão futura**. Um caso único de paralisia flácida aguda por um poliovírus Sabin do sorotipo 2 também seria indicativo de uma exposição isolada em um centro de produção de vacinas ou um laboratório de pesquisa. Essa situação justifica uma investigação completa do caso, incluindo a busca de uma reserva local restante de VOPT, assim como o exame dos procedimentos de contenção e das boas práticas de fabricação nos centros vizinhos.

PVDV2: no período imediatamente posterior à mudança da vacina, além das cepas Sabin do sorotipo 2, o PVDV tipo 2 será possivelmente o poliovírus que se detecte mais frequentemente. Dado que um cPVDV conhecido ou um PVDV vinculado a um aPVDV, anteriormente detectado, é prova da circulação ativa e da **transmissão confirmada** na comunidade, seu isolamento representa a mesma ameaça para a saúde pública que o isolamento de PVS.

PVDV2 em investigação: uma amostra única com PVDV2, sem indícios de uma circulação prolongada, ou um único caso PVDV2 não vinculado com um aPVDV previamente detectado, pode apenas representar um episódio isolado sem mais consequências. No entanto, dado o grande risco que implica falha na resposta imediata a uma disseminação do vírus do sorotipo 2, inclusive

de baixo nível, a descoberta inicial destas situações deve ser tratada como um indício de **transmissão provável**.

iPVDV: a investigação do caso deve determinar se um caso individual de PVDV é um portador de poliovírus, a longo prazo, com imunodeficiência (isto é, um iPVDV).

A classificação inicial de iPVDV unicamente deve ser feita após investigação exaustiva que inclua: 1) uma história detalhada; b) um exame físico realizado por pessoal competente; e c) os resultados da análise quantitativa das imunoglobulinas.

A desnutrição aguda ou crônica, que pode causar uma forma de depressão secundária do sistema imunológico, não deve ser confundida com uma imunodeficiência grave primária (tal como agamaglobulinemia ou hipogamaglobulinemia, uma imunodeficiência variável comum, uma agamaglobulinemia ligada ao cromossomo X, outras deficiências de anticorpos, ou alguma forma combinada de imunodeficiências, a maioria das vezes uma imunodeficiência combinada grave).

Após a retirada da VOP2, e enquanto a imunidade frente ao sorotipo 2 permaneça sendo relativamente alta, *considera-se que a possibilidade de transmissão e de circulação na comunidade é baixa na maioria dos países*.

Independentemente do tipo de vírus isolado, é determinante realizar uma avaliação detalhada dos riscos.

NOTA: se for descoberta uma pessoa infectada por um iPVDV, deve-se tratá-la com imunoglobulina por via intravenosa ou com antiviral, quando estiverem disponíveis. Além disso, deve-se administrar a VIP nas pessoas que vivem na mesma casa e nos contatos próximos.

7.3.2 Avaliação da extensão geográfica da transmissão e risco de propagação

Na ocorrência de um surto por poliovírus do tipo 2, os fatores locais, epidemiológicos, geográficos e de mobilidade da população devem ser analisados para determinar os limites específicos da área afetada pelo surto.

Os fatores fundamentais que devem ser considerados para avaliar o risco de propagação, ao tomar a decisão referente à resposta, são o momento, o lugar e as características da população afetada.

a. Momento (tempo): o risco de emergência e de circulação do poliovírus tipo 2 variará de acordo com o tempo transcorrido desde o tempo da retirada da VOP2 (Quadro 10).

b. Lugar: o alcance geográfico deve considerar as populações epidemiologicamente vinculadas pela proximidade de fronteiras nacionais ou internacionais, alto fluxo de pessoas para o comércio, turismo ou trabalho, fatores ambientais (por exemplo, o saneamento deficiente), problemas geopolíticos como a insegurança e outros fatores geográficos (por exemplo, acesso ao transporte a comunidades de alto risco por baixas coberturas).

c. Características da população afetada: o maior fator de risco de emergência para o surgimento de um PVDV são as baixas coberturas vacinais. Os fatores de risco para a propagação são a elevada taxa de natalidade, a alta densidade populacional e outras condições associadas com níveis de alta transmissão fecal-oral como população marginalizada, população carente, população afetada por conflitos armados ou que tenha história de comunidade que rejeita a vacinação, entre outros.

7.4 AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE TRANSMISSÃO POSTERIOR DE POLIOVÍRUS DO SOROTIPO 2

A avaliação de risco em um surto tem por objetivo caracterizar a transmissão do vírus e suas implicações para uma possível propagação.

QUADRO 11 – CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DE RISCO EM UM SURTO

A avaliação de riscos está fundamentada em dois critérios:

1. A possibilidade de transmissão no país e de propagação na fronteira.

A avaliação de risco de transmissão considera os seguintes aspectos:

- a. O risco de propagação internacional (em especial do poliovírus tipo 2 depois da retirada da VOPI) incluído o risco nas fronteiras e em múltiplos países pelos vínculos de transporte e vias de transmissão.
- b. O sorotipo e a classificação do poliovírus (por exemplo, sorotipo 1, 2 ou 3; classificado como selvagem ou PVDV).
- c. A imunidade da população afetada (cobertura de vacinação de rotina e campanha, além de um monitoramento rápido de cobertura vacinal com a VOP e a VIP).
- d. A existência de grupos vulneráveis (refugiados, deslocados internos, grupos nômades extensos, grupos populacionais de difícil acesso etc.).
- e. Risco de propagação intencional ou de falha da contenção (em laboratórios, centros de pesquisa ou estabelecimento de produção de vacinas).

2. A solidez da capacidade do país em matéria de resposta e contenção do surto.

A avaliação da capacidade nacional de resposta comporta os seguintes elementos:

- a. O nível da infraestrutura de saúde do país.
- b. A capacidade de mobilização dos recursos humanos.
- c. A situação de segurança, incluída a existência de conflitos armados ou zonas extensas de insegurança ou inacessíveis.

Essa avaliação de risco determina em definitivo o risco de propagação da transmissão e incide sobre o tipo e a magnitude da resposta necessária (**de grau 1 ou grau 3**).

Fonte: adequação de WHO. *Standard Operating Procedures: Responding to a Poliovirus Event or Outbreak*. Acessado em 19/4/2022.

Como consequência da avaliação de risco, o Grupo de Erradicação e Gerenciamento de Surtos (EOMG) atribuirá um grau ao surto (1, 2 ou 3), nas primeiras 72 horas, após sua **confirmação**. Esta classificação é válida por três a seis meses, e deve ser revisada de acordo com novas informações e/ou com o avanço das atividades de resposta. No Quadro 9 são apresentados os graus de um surto, segundo os critérios de risco de propagação e a capacidade de resposta.

QUADRO 12 – CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DE UM EVENTO OU SURTO DE POLIOMIELITE

Risco de transmissão local ou internacional	Capacidade de resposta do país		
	Forte	Moderada	Fraca
Baixo	Grau 1	Grau 1	Grau 2
Médio	Grau 1	Grau 2	Grau 3
Alto	Grau 2	Grau 3	Grau 3

Fonte: adequação de WHO. *Standard Operating Procedures: Responding to a Poliovirus Event or Outbreak*. Acessado em 19/4/2022.

Destaca-se o fato de que o nível de resposta necessário a um surto de poliomielite com baixo risco de transmissão pode variar entre o grau 1 e o grau 3, de acordo com a capacidade de resposta do país.

A partir da detecção de um evento ou surto de poliomielite, o Brasil terá que completar uma análise de risco e submetê-la a apreciação da OMS dentro de 24 horas. Embora essa análise de risco não possa ser concluída até que o evento tenha ocorrido, o País deverá estar familiarizado com as informações que serão necessárias para a análise de risco e com a fonte dessas informações. Isso facilitará o processo de coleta de dados, quando necessário (Anexo B).

7.5 FATORES QUE INFLUENCIAM O TIPO E A MAGNITUDE DA RESPOSTA

O risco de aparecimento de qualquer poliovírus do sorotipo 2 após a retirada da VOP2 não é homogêneo em todos os países, nem mesmo dentro de um país de grande extensão territorial. Um fator significativo é a vacina poliomielite mais utilizada em cada país.

QUADRO 13 – FASES DE RISCO DE APARECIMENTO E DE PROPAGAÇÃO POSTERIOR DE POLIOVÍRUS DO SOROTIPO 2

Fase	Tempo desde a retirada da VOP2	Observação	Risco relativo de aparecimento inicial de vírus do sorotipo 2	Risco de circulação posterior
1	≤ 1 ano	A imunidade da população geral segue sendo alta se a imunidade das mucosas é reforçada mediante campanha de vacinação, antes da retirada da VOPl.	Alto	Baixo
2	2-3 anos	A imunidade geral, todavia, é razoavelmente alta, porém a imunidade geral das mucosas decresce e está ausente nas novas coortes de nascimento.	Médio	Médio
3	≥ 4 anos	A imunidade das mucosas decresce bruscamente.	Baixo	Alto

Fonte: adequação de WHO. *Standard Operating Procedures: Responding to a Poliovirus Event or Outbreak*. Acessado em 19/4/2022.

Independentemente do risco de circulação posterior, a resposta para o controle sempre deverá ser oportuna.

7.6 TOMADA DE DECISÕES

A Equipe de Alerta e Resposta do país, com o apoio da Opas/OMS enviará as informações requeridas (Anexo B) pelo Grupo de Erradicação e Gerenciamento de Surtos (EOMG por sua sigla em Inglês) da OMS, que permite classificar o grau do surto, segundo o risco de transmissão e a capacidade de resposta, nas primeiras 72 horas após a notificação dos resultados laboratoriais.

- O EOMG deve se reunir nas primeiras 72 horas após a notificação do resultado laboratorial com o objetivo de classificar o grau do surto.
- A OMS e os aliados da GPEI, prestam assistência técnica a todas as atividades, conforme corresponda, dependendo da extensão do surto e das necessidades de apoio do sistema de saúde no país afetado.

É baseada na classificação de risco que essas equipes e os aliados da GPEI tomarão uma decisão de resposta para sugerir ao Grupo de Erradicação e Gerenciamento de Surtos quem emitirá a decisão final.

7.7 RESPOSTA DIANTE DA CONFIRMAÇÃO DE UM EVENTO OU SURTO

Com a confirmação de um evento ou surto de poliomielite será desencadeada a resposta, que inclui o aprofundamento da investigação, a vigilância ativa, a vigilância laboratorial e as ações de vacinação de acordo com as normas estabelecidas neste plano e mais adiante será avaliado o número de etapas de campanhas de vacinação ou a escala das avaliações da resposta ao evento (Anexo D e E).

No caso dos eventos de detecção do sorotipo 2, aplica-se a política de financiamento da OMS denominada “prevenção sem arrependimento” e seguem-se as normas de desempenho da GPEI que são levantadas nesse documento.

7.7.1 Vacinação

Após a tomada de decisão de realizar a vacinação, seja por um evento ou por um surto de poliovírus do tipo 2 (ver Anexos D, E e F), deve ser definido:

- **População-alvo**
Os esforços estarão centrados em todos os menores de 5 anos de idade, exceto se houver evidência de que outros grupos de idade foram afetados.
- **Número de campanhas de vacinação e intervalos**
Poderão ser realizadas até três campanhas de vacinação em cada grupo-alvo e a vacina será utilizada de acordo com o quadro a seguir.

QUADRO 14 – ETAPAS DE CAMPANHA DE VACINAÇÃO, TIPO DE VACINA A SER UTILIZADA E INTERVALO ENTRE AS ETAPAS

Etapas	Tipo de vacina	Cronograma de execução
Primeira (resposta rápida)	VOPm2	Dentro de 14 dias
Segunda	VOPm2	Dentro de 28 dias
Terceira	VOPm2	Dentro de 6 a 8 semanas
Operação limpeza*	VOPm2	Dentro de 90 dias

Fonte: adequação de WHO. *Standard Operating Procedures: Responding to a Poliovirus Event or Outbreak*. Acessado em 19/4/2022.

*Em áreas que não alcançaram a meta de vacinação.

■ Área a vacinar

A vacinação deve ser iniciada imediatamente na área afetada, onde foi detectado poliovírus, e posteriormente será avaliada a necessidade de realizar a vacinação em área ampliada, ou seja, na área de risco de propagação.

QUADRO 15 – ÁREAS DE INTERVENÇÃO E PRIORIZAÇÃO DA VACINAÇÃO

Área	Vacinação
Afetada	De maneira imediata
Ampliada (fronteira, fluxo de comércio, trabalho, entre outros.)	De acordo com a recomendação do EOMG

Fonte: adequação de WHO. *Standard Operating Procedures: Responding to a Poliovirus Event or Outbreak*. Acessado em 19/4/2022.

Reforça-se que no Brasil a VOPm2 seguirá a logística existente (Central de Armazenamento de São Paulo), Rede de Frio Estadual, Rede de Frio Municipal e Sala de Vacina).

7.7.2 Solicitação da vacina

Uma vez determinada a necessidade de realizar a campanha de vacinação, seja por um evento ou surto de poliovírus tipo 2, e definida a magnitude da intervenção, grupo etário para ser vacinado, áreas para intervir e intervalos entre doses, o Brasil apresentará a OMS uma solicitação de VOPm2, nas primeiras 72 horas seguintes ao resultado laboratorial de um sorotipo 2, para que o Grupo de Erradicação e Gerenciamento de Surtos da OMS o examine e haja a recomendação ao diretor-geral da OMS, para autorizar a liberação da VOPm2.

A equipe técnica do PNI preencherá o formulário de solicitação da VOPm2.

7.7.3 Organização das etapas de vacinação

QUADRO 16 – ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS PELAS ETAPAS DE VACINAÇÃO

ATIVIDADE	RESPONSÁVEL
Implementação da sala de situação, até o encerramento do surto.	<ul style="list-style-type: none"> ■ MS/SVSA/DPNI
Definição de equipes de vacinação.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coordenador de Imunização do Município/Dsei afetado
Capacitação de recursos humanos para responder ao surto em curso.	<ul style="list-style-type: none"> ■ MS/SES/SMS/Dsei
Planejamento e programação orçamentária (diárias, transporte, compra de insumos).	<ul style="list-style-type: none"> ■ MS/SVSA/DPNI
Plano de comunicação social (divulgação das atividades a serem realizadas pela população e relatórios de atualização às autoridades e comunidade).	<ul style="list-style-type: none"> ■ MS/SVSA/Nucom
Revisão de ferramenta de registro e informação.	<ul style="list-style-type: none"> ■ MS/SVSA/DPNI/Cgici
Logística e rede de frio (considerar na logística o transporte da equipe de assessoria externa).	<ul style="list-style-type: none"> ■ MS/SVSA/DPNI/Cgici ■ SES ■ SMS ■ Dsei ■ Opas
Preparação de equipe de supervisão.	<ul style="list-style-type: none"> ■ MS/SES/SMS/Dsei
Cronograma de execução.	<ul style="list-style-type: none"> ■ MS/SVSA/DPNI/Sesai
Monitoramento e avaliação do cumprimento da meta de vacinação.	<ul style="list-style-type: none"> ■ MS/SVSA/DPNI ■ Sesai ■ SES/SMS/Dsei
Supervisão e validação da retirada e destruição da vacina.	<ul style="list-style-type: none"> ■ MS/SVSA/DPNI ■ SES/SMS

Fonte: DPNI/SVSA.

7.7.4 Viajantes

Os padrões de viagem e de migração dentro e fora das comunidades afetadas podem ter uma repercussão significativa sobre o risco e o grau de circulação dos poliovírus. As restrições a viagens podem ser problemáticas. No entanto, há medidas que poderão ser implementadas pelas autoridades de saúde pública:

- Avaliar a possibilidade de quarentena local, quando somente uma pessoa tenha sido exposta ao poliovírus tipo 2, por exemplo, em um laboratório ou centro de produção de vacinas. Dar continuidade à investigação e à vigilância permanente dos familiares e/ou colegas de trabalho, durante ao menos 60 dias após a detecção do caso inicial.
- Tomando em conta a viabilidade local e o risco avaliado, considerar a possibilidade de restringir as viagens locais, solicitar documento atestando vacinação contra a pólio e vacinar os viajantes de qualquer idade que entrem ou saiam da zona afetada.
- Mobilizar líderes comunitários para que estimulem a restrição voluntária de viagens.

7.8 ENCERRAMENTO E VALIDAÇÃO FINAL DO SURTO

A equipe internacional, independentemente de Avaliação da Resposta ao Surto (ARS), realizará avaliações externas a cada três meses, com a finalidade de determinar se foi interrompida a transmissão viral (PVS ou cPVDV).

Na visita da equipe de Avaliação da Resposta ao Surto no sexto mês, com ou sem acréscimo de um período adicional de mais seis meses, o surto pode ser considerado interrompido quando:

- Passaram-se pelo menos seis meses sem detectar de nenhuma fonte (caso de PFA, contato ou ambiente) o vírus que causou o surto.
- Indicadores de vigilância dos últimos 12 meses, na área do surto, em áreas de alto risco de propagação, assim como área transfronteiriça ao surto*, alcançam:
 - ◆ taxa mínima de notificação de PFA não poliomielítica de 3 casos por 100 mil menores de 15 anos; e
 - ◆ pelo menos 80% dos casos com amostras adequadas.
- Fortes evidências de que as áreas de alto risco ou de conflito, deslocamento, difícil acesso e de pequenas populações tenham sido identificadas e que estratégias** adaptadas tenham sido implementadas de forma exitosa para:
 - ◆ interromper a transmissão viral;
 - ◆ detectar qualquer transmissão em curso.

Depois de revisão exaustiva dos indicadores, da qualidade dos dados e da informação qualitativa, no contexto local, a equipe de Avaliação da Resposta ao Surto tem a responsabilidade de dar a melhor opinião possível sobre se:

- O surto parece haver terminado, inclusive se não se cumprem estritamente os critérios.
- Não se pode considerar que o surto tenha sido interrompido, inclusive na ausência de isolamento de vírus.

*Os critérios devem ser cumpridos no primeiro nível administrativo (município) e em outras áreas, se determinado pela equipe de avaliação.

**As estratégias incluem: atividades inovadoras de divulgação da vacinação, busca ativa de casos, vigilância comunitária, estimativa da população ainda não alcançada pela vacinação ou pela vigilância.

A equipe Avaliação da Resposta ao Surto (ARS) continuará a avaliar até que as condições para a interrupção do surto sejam cumpridas.

Se os critérios para "encerramento do surto" não forem cumpridos no país, a equipe de ARS recomendará as próximas etapas:

- **Aos seis meses** sem detecção de poliovírus – fortalecer o apoio interno e externo para resposta e continuar as avaliações da resposta ao surto, segundo a metodologia que corresponda.
- **De 9 a 12 meses** sem detecção viral – implementar um plano adicional de emergência de três meses para:
 - a. **vigilância** – por exemplo, intensificar busca ativa de casos na área do surto;

- b. **campanhas de vacinação** – por exemplo, estratégias inovadoras para alcançar, para chegar a todas as crianças em populações móveis ou de alto risco;
- c. **vacinação de rotina** – por exemplo, estratégias já provadas para alcançar todos os distritos.

■ **Repetir a avaliação após três a quatro meses.**

Quando se cumpre os critérios e/ou a equipe de ARS considera que a resposta ao surto foi suficiente, seguindo a árvore de decisão apresentada no Anexo C, a equipe (OMS) de avaliação recomenda que o surto seja encerrado.

A Oficina Regional da OMS, em consulta com a (Grupo de Resposta e Preparação para Surtos) OPRTT, considerando os achados da equipe avaliadora, compartilhará os informes com as comissões nacionais e regionais de certificação e poderá confirmar que o surto foi interrompido e pode ser encerrado. O país é informado em conformidade.

O chefe da equipe de Avaliação de Resposta ao Surto realizará uma sessão informativa antes de partir e apresentará um informe a equipe do país, ao presidente da OPRTT, ao escritório regional da OMS e ao diretor do programa da OMS contra a poliomielite. O escritório regional da OMS confirmará o final do surto basendo-se no informe de avaliação e nas recomendações.

O Brasil deve elaborar um plano de ação posterior a avaliação da resposta ao surto no prazo máximo de um mês, a partir da finalização da avaliação da resposta ao surto.

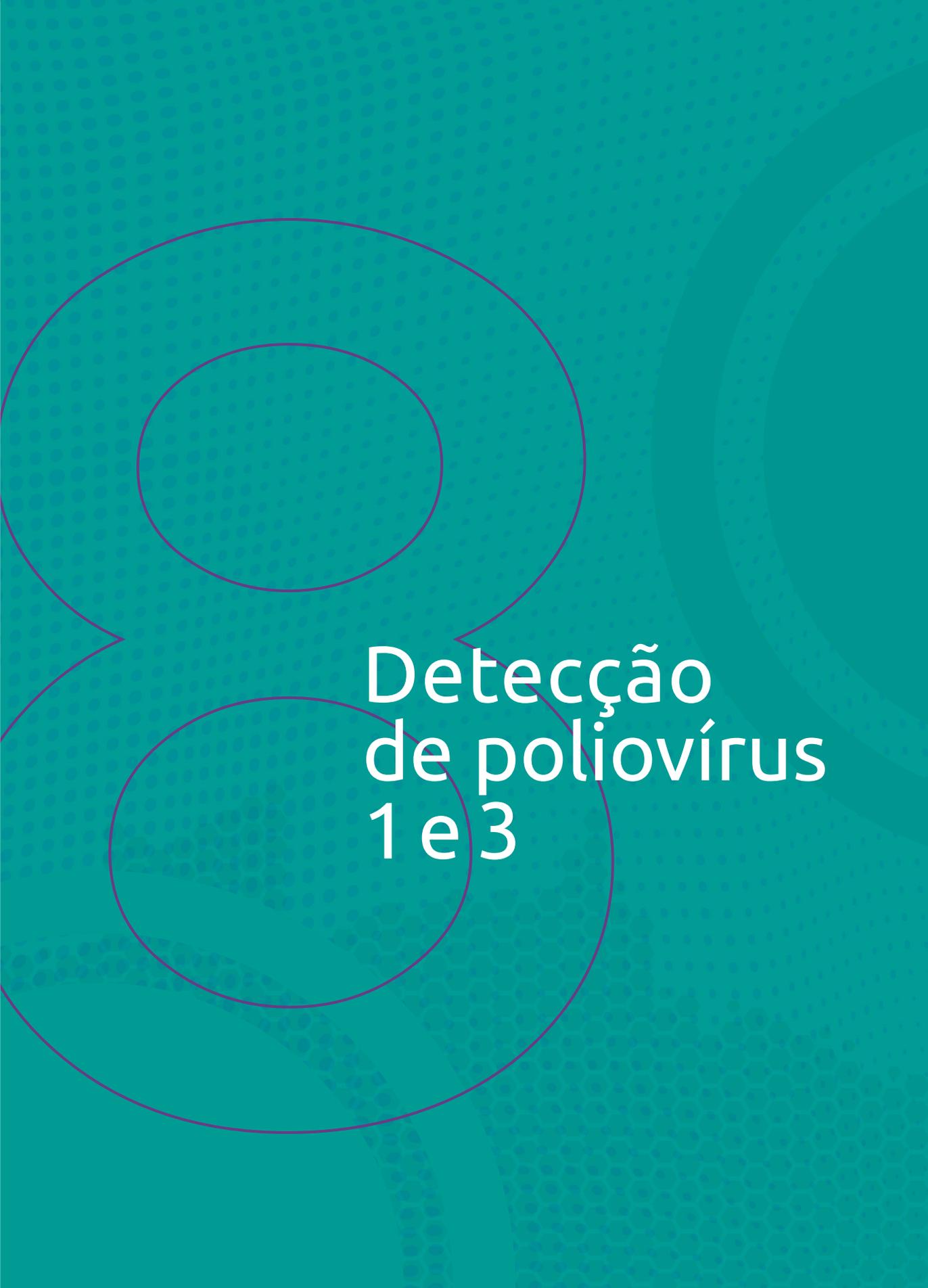
7.9 VIGILÂNCIA PÓS-EVENTO OU SURTO

A vigilância da paralisia flácida aguda seguirá sendo o mecanismo primordial para detectar qualquer evento ou surto.

Vigilância reforçada: é a vigilância da PFA em <15 anos, para alcançar uma taxa anual de pelo menos três casos de PFA por 100 mil habitantes menores de 15 anos, no nível estadual, durante o surto; e com o mínimo de 6 meses a 12 meses, mais outros 2 meses, depois do último caso.

Para isso, o Brasil deverá:

- Comunicar a todas as unidades de vigilância estadual sobre o evento ou surto, incluindo a Rede Cievs.
- Intensificar as estratégias de busca ativa de casos de PFA nos âmbitos estadual e municipal, com apoio federal.
- Fortalecer a capacitação e a sensibilização de todos os profissionais de saúde, nos três âmbitos de gestão, para a vigilância da PFA.
- Manter o sistema de vigilância atualizado de todas as unidades notificadoras do nível estadual e municipal a fim de comunicar semanalmente os dados da vigilância.
- Obter amostras dos contatos em todos os casos de PFA, em todas as áreas afetadas e as áreas adjacentes do risco de transmissão. A coleta de amostras de contatos pode ser interrompida uma vez que esteja comprovada a transmissão em uma determinada área, dentro dos últimos 12 meses.
- Assegurar que seja realizada busca ativa de casos de PFA, durante as atividades de vacinação.
- Assegurar que os laboratórios de referência tenham capacidade para responder ao volume de trabalho adicional mantendo a entrega dos resultados em tempo oportuno.



Detecção de poliovírus 1 e 3

8.1 NOTIFICAÇÃO DE POLIOVÍRUS 1 E 3

O País **informará, de imediato, a OMS sobre toda detecção de PVS ou de PVDV**, por meio do PFN-RSI do Brasil, já que se trata de um evento que constitui uma potencial emergência de saúde pública. A notificação deve ser realizada diante do primeiro indício de uma amostra positiva; por exemplo, o País deve notificar de imediato a OMS, por intermédio do Ponto de Contato Regional da OMS para o RSI, Opas/OMS, um PVDV não classificado, antes de obter a classificação final.

A detecção de PVS ou de um PVDV de qualquer procedência, quer seja de um caso de PFA, de um contato ou de amostra ambiental, atende os critérios de notificação da OMS, conforme os critérios do Anexo 2 do RSI, 2005 (Anexo A deste plano):

- i. Tem uma grave repercussão de saúde pública.
- ii. É um evento inusitado ou imprevisto; também se podem cumprir os critérios finais.
- iii. Existe um risco significativo de propagação internacional da doença.
- iv. Existe um risco significativo de restrições a viagens ou ao comércio internacional.

De acordo com as obrigações estabelecidas no RSI:

- Os laboratórios de referência para o diagnóstico de poliovírus deverão notificar de imediato, ao Ministério da Saúde e ao PFN-RSI do Brasil, a SVSA, o isolamento de um poliovírus selvagem ou de um derivado da vacina em uma amostra coletada no País.
- O Cievs Nacional, designado centro operacional do PFN-RSI do Brasil, deverá realizar a notificação ao Ponto de Contato Regional da OMS para o RSI – Opas/OMS, conforme Anexo 2 do RSI.
- Quando o Laboratório de Referência Nacional Fiocruz/RJ ou o Laboratório de Referência Regional do IEC/PA detectarem uma amostra positiva de poliovírus procedente de outro país, deverão notificar de imediato a autoridade de saúde do país de onde procede a amostra. Se em 24 horas, o país não tiver realizado a notificação internacional, o PFN-RSI do Brasil deverá notificar ao Ponto de Contato Regional da OMS para o RSI – Opas/OMS e simultaneamente o PFN-RSI do país de onde procede a amostra.

8.2 INVESTIGAÇÃO

A detecção de um poliovírus selvagem ou derivado do sorotipo 1 e 3 deve desencadear uma investigação imediata com o objetivo de determinar o número e as características do caso ou dos casos; identificar a origem e as causas do evento ou surto; e avaliar a extensão geográfica da transmissão.

8.2.1 Investigação dos casos e dos contatos

Uma rápida investigação de campo de todo caso de paralisia flácida aguda deve identificar as características específicas de cada caso, bem como iniciar a busca ativa de outros casos na comunidade e nos centros de notificação locais.

Serão realizadas as seguintes atividades que permitirão caracterizar a situação.

- **Investigação do caso/casos:**

Investigar a história clínica, incluindo sinais de imunodeficiência, histórico de vacinação (distinguir o tipo e número de doses de vacinas recebidas), razões para não ter esquema de vacinação completo para a idade, antecedentes de viagens, história de contato com viajantes do exterior, investigação de seu ambiente social e seu contexto comunitário, se é contato/trabalhador de laboratório clínico e produção de vacinas.

- **Investigação de contatos:**

Amostragem: deverá ser obtida uma amostra de fezes de **três contatos diretos** (ou seja, irmãos, contatos domiciliares, amigos próximos, preferencialmente não vacinados ou com esquema de vacinação incompleto) e de **pelo menos** 20 crianças menores de 5 anos de idade, preferencialmente menores de 2 anos, selecionadas de forma aleatória, que vivem na mesma comunidade do caso em conformidade com as diretrizes da OMS.

A coleta de amostras de contatos pode ser interrompida uma vez que esteja comprovada a transmissão em uma determinada área, dentro dos últimos 12 meses.

8.2.2 Busca ativa de casos institucional e comunitária

- Busca ativa institucional de PFA nos hospitais públicos e privados, que deve incluir, pelo menos, a revisão dos diagnósticos dos últimos seis meses.
- Busca ativa comunitária na área residencial do caso, utilizando diferentes estratégias de busca (nos estabelecimentos educativos, creches

e domicílios). O número de famílias a visitar dependerá da densidade da população local e de outros fatores, mas deve abranger, pelo menos, 200 agregados familiares.

8.2.3 Análise de coberturas

A análise das coberturas de vacinação de rotina e campanhas, nos últimos cinco anos, fornece informação-chave, que deve ser considerada junto com a informação epidemiológica, para identificar o grau de suscetibilidade da população e o risco de transmissão.

8.2.4 Diagnóstico laboratorial

Além de identificar se o poliovírus isolado é um poliovírus selvagem, derivado da vacina ou Sabin, o estudo genético das amostras pode permitir identificar se houve importação, assim como se for isolado um poliovírus derivado da vacina, poderá identificar por quanto tempo o vírus pode estar circulando, ou sendo excretado no caso do isolamento de um iPVDV.

QUADRO 17 – INSTRUÇÕES PARA COLETA, ACONDICIONAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS PARA O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE POLIOMIELITE

Tipo de diagnóstico	Tipo de material	Período de coleta ¹	Quantidade/volume de amostra	Procedimento de coleta ²	Recipiente	Armazenamento e conservação	Transporte
Isolamento viral/ RT-qPCR	Fezes in natura.	<p>Amostra na fase aguda da doença (até 14 dias do início da deficiência motora).</p> <p>Os casos tardios deverão ter uma amostra de fezes coletada até 60 dias após o início da deficiência motora.</p>	A quantidade de fezes deverá ser em torno de 8 g, o que é equivalente ao tamanho de 2 dedos polegares de um adulto.	Acondicionar a amostra em um recipiente limpo e seco, de preferência em coletores universais sem conservantes.	Frasco de boca larga rosqueada, limpo e seco, de preferência em coletores universais sem conservantes.	Os recipientes contendo as amostras devem ser conservados em freezer a -20°C, até o momento do envio. Não havendo freezer, colocar em geladeira comum (4°C a 8°C) por até no máximo 3 dias, não devendo jamais ser colocada em congelador comum.	O transporte deve ser feito em caixa de transporte de amostra biológica contendo gelo seco e/ou gelo reciclável. A quantidade de gelo deverá ser suficiente para resistir ao tempo que levará para a amostra ser transportada até o laboratório de referência. O coletor com a amostra deve ser embalado em saco plástico individual bem vedado e cercado pelo gelo. Caso seja utilizado o gelo seco, a embalagem deverá ser identificada de acordo com normas especiais padronizadas pelas companhias de transporte aéreo.

Fonte: Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública, Brasília/DF, 2024.

1. Outras situações que requeiram coleta de contatos, não previstas neste Guia, deverão ser previamente discutidas com a Coordenação Nacional de Vigilância das PFA/pólio. Não coletar amostras de contato que recebeu a vacina oral poliomielite (VOP) nos últimos 30 dias.

2. O swab retal somente é recomendado nos casos de PFAs que foram a óbito ou em crianças constipadas, nesses casos também pode ser usado supositório de glicerina.

O transporte correto de amostras biológicas é importante para assegurar a resposta laboratorial oportuna entre os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacens) e os Laboratórios de Referência (LRs).

O Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) remetente deverá preencher obrigatoriamente na Requisição de Transporte Definitivo (RTD) os campos: origem, destino, item, observações e encaminhar à Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/SVSA) pelo e-mail cglab.transportes@saude.gov.br. Os campos de autorização de remanejamento, programa de saúde, data e departamento são de responsabilidade da CGLAB. A RTD que não for preenchida corretamente com dados de agravo e número do Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL) será devolvida ao laboratório remetente para ajustes (Nota Técnica n.º 12/2023-CGLAB/Daevs/SVSA/MS).

8.3 AVALIAÇÃO DE RISCO

Os procedimentos para realizar a avaliação de risco são os mesmos que devem ser seguidos para qualquer detecção de poliovírus tipo 2 e têm como objetivo caracterizar a transmissão do vírus e suas implicações para possível disseminação.

8.4 RESPOSTA A DETECÇÃO DE POLIOVÍRUS 1 E 3

Isolamento de uma cepa de PVS em uma amostra humana ou ambiental, em um país onde a doença não é endêmica, a investigação deve considerar a possibilidade de uma importação ou a liberação do vírus de um laboratório. A resposta necessária, incluindo a execução de uma campanha de vacinação, será determinada em cada caso específico de acordo com as características da área afetada, as coberturas vacinais e o resultado da investigação.

Isolamento de PVDV1 ou PVDV3 em espera de classificação: todas as etapas da investigação clínica e epidemiológica de casos e contatos devem ser realizadas. No entanto, a realização das campanhas de vacinação pode ser considerada dependendo da situação local.

Cepas classificadas como aPVDV: ainda que seja pouco provável que essas cepas deem lugar a um surto, a realização das campanhas de vacinação pode ser considerada dependendo da situação local (Anexo D).

Cepas classificadas como iPVDV: ainda que seja pouco provável que essas cepas deem lugar a um surto, não são requeridas campanhas de vacinação (Anexo D).

Surtos de PVS 1 ou 3 e cPVDV tipos 1 ou 3: uma vez detectado um surto de PVS ou cPVDV tipos 1 ou 3, devem ser desencadeadas campanhas de vacinação, conforme quadro a seguir.

QUADRO 18 – ETAPAS DE CAMPANHA DE VACINAÇÃO, TIPO DE VACINA A SER UTILIZADA E INTERVALO ENTRE AS ETAPAS

Etapas	Tipo de vacina	Cronograma de execução
Primeira (resposta rápida)	VOPb	Dentro de 14 dias
Segunda	VOPb	Dentro de 28 dias
Terceira	VOPb	Dentro de 6 a 8 semanas
Operação limpeza*	VOPb	Dentro de 90 dias

Fonte: adequação de WHO. *Standard Operating Procedures: Responding to a Poliovirus Event or Outbreak*. Acessado em 19/4/2022.

*Em áreas que não alcançaram a meta de vacinação.

Durante surtos simultâneos de poliovírus tipo 2 e tipo 1 ou 3, a resposta ao tipo 2 é prioritária.

Não se recomenda a administração conjunta de VOPm2 e VOPb, em campanhas, por razões operacionais.

- **Vigilância reforçada:** é a vigilância da PFA em <15 anos, para alcançar uma taxa anual de pelo menos três casos de PFA por 100 mil habitantes menores de 15 anos, no âmbito estadual, por pelo menos 12 meses, após o último caso.
- **Atividades adicionais:**
 - ◆ deslocamento da Equipe de Resposta Rápida (Equipe A) e de Reforço da Resposta (Equipe B) (Item 4.9);
 - ◆ monitoramento independente das campanhas de vacinação;
 - ◆ avaliação independente da resposta ao surto.

8.5 ENCERRAMENTO DO SURTO

A equipe internacional independentemente de Avaliação da Resposta ao Surto (ARS) realizará avaliações externas a cada três meses, com a finalidade de determinar se foi interrompida a transmissão viral (PVS ou cPVDV).

Na visita da equipe de Avaliação da Resposta ao Surto ao sexto mês, com ou sem acréscimo de um período adicional de mais seis meses o surto pode ser considerado interrompido quando:

- Passaram-se pelo menos seis meses sem detectar de nenhuma fonte (caso de PFA, contato ou ambiente) o vírus que causou o surto.
- Indicadores de vigilância dos últimos 12 meses, na área do surto, em áreas de alto risco de propagação, assim como área transfronteiriça ao surto*, alcançam:
 - ◆ taxa mínima de notificação de PFA não poliomiélica de 3 casos por 100 mil menores de 15 anos e
 - ◆ pelo menos 80% dos casos com amostras adequadas.
- Fortes evidências de que as áreas de alto risco ou de conflito, deslocamento, difícil acesso e de pequenas populações tenham sido identificadas e que estratégias** adaptadas tenham sido implementadas de forma exitosa para:
 - ◆ interromper a transmissão viral;
 - ◆ detectar qualquer transmissão em curso.

Depois de revisão exaustiva dos indicadores e da qualidade dos dados e da informação qualitativa, no contexto local, a equipe de Avaliação da Resposta ao Surto tem a responsabilidade de dar a melhor opinião possível sobre se:

- O surto parece haver terminado, inclusive se não se cumprem estritamente os critérios.
- Não se pode considerar que o surto tenha sido interrompido, inclusive na ausência de isolamento de vírus.

*Os critérios devem ser cumpridos no primeiro nível administrativo e em outras áreas se determinado pela equipe de avaliação.

**As estratégias incluem: atividades inovadoras de divulgação da vacinação, busca ativa de casos, vigilância comunitária, estimativa da população ainda não alcançada pela vacinação ou pela vigilância.

A equipe ARS continuará a avaliar até que as condições para a interrupção do surto sejam cumpridas.

Se os critérios para "encerramento do surto" não forem cumpridos no País, a equipe de ARS recomendará as próximas etapas:

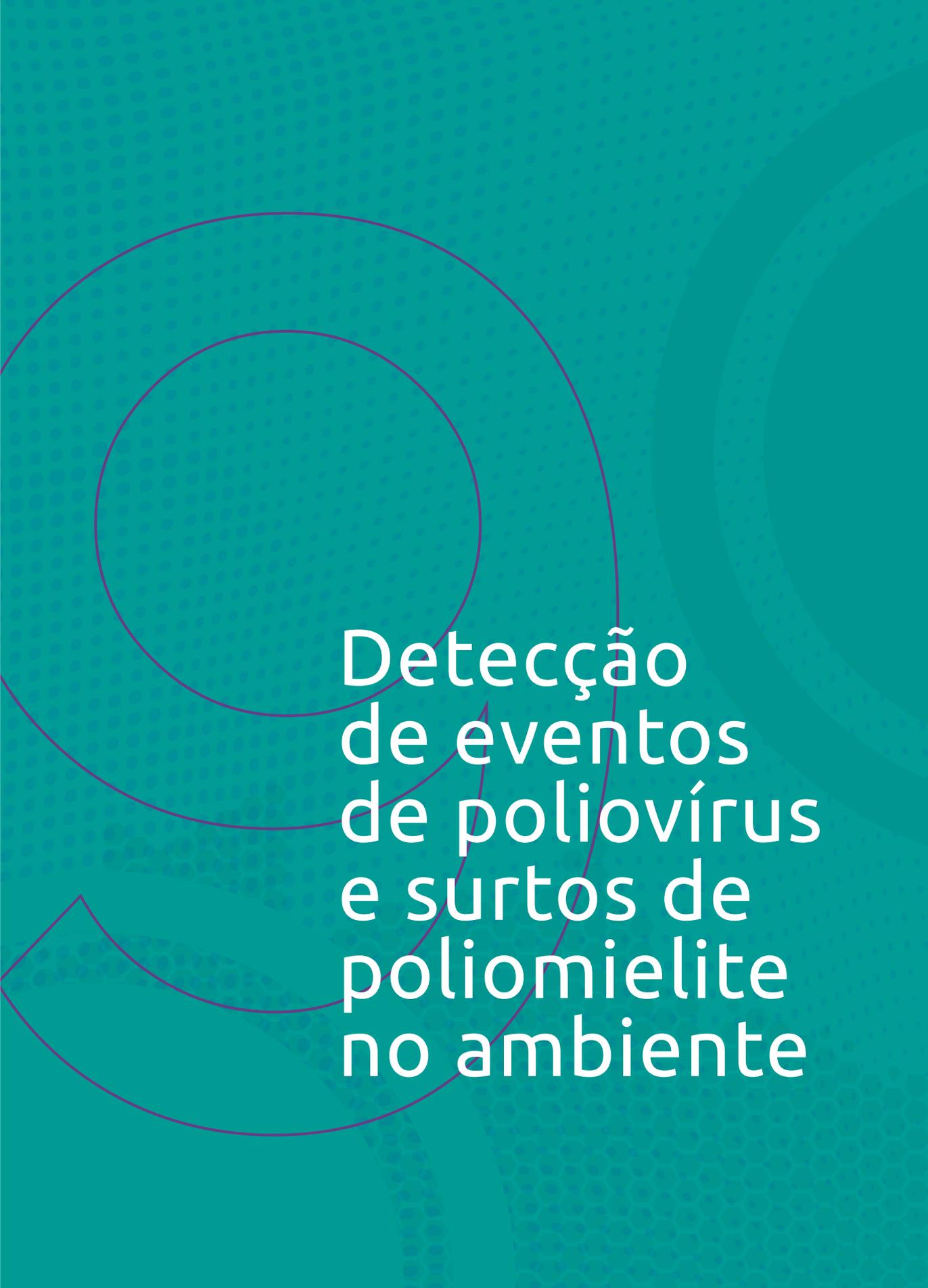
- **Aos seis meses** sem detecção de poliovírus – fortalecer o apoio interno e externo para resposta e continuar as avaliações da resposta ao surto, segundo a metodologia que corresponda.
- **De 9 a 12 meses** sem detecção viral – implementar um plano adicional de emergência de três meses para:
 - a. **vigilância** – por exemplo, intensificar busca ativa de casos na área do surto;
 - b. **campanhas de vacinação** – por exemplo, estratégias inovadoras para alcançar, para chegar a todas as crianças em populações móveis ou de alto risco;
 - c. **vacinação de rotina** – por exemplo, estratégias já provadas para alcançar todos os distritos.
- **Repetir a avaliação após três a quatro meses.**

Quando se cumpre os critérios e/ou a equipe de Avaliação de Resposta ao Surto considera que a resposta ao surto foi suficiente, seguindo a árvore de decisão apresentada no Anexo 3, a equipe de avaliação recomenda que o surto seja encerrado.

A Oficina Regional da OMS, em consulta com o OPRTT, considerando os achados da equipe avaliadora, compartilhará os informes com as comissões nacionais e regionais de certificação e poderá confirmar que o surto foi interrompido e pode ser encerrado. O país é informado em conformidade.

O chefe da equipe de Avaliação de Resposta ao Surto realizará uma sessão informativa antes de partir e apresentará um informe a equipe do país, ao presidente da OPRTT, ao Escritório Regional da OMS e ao diretor do programa da OMS contra a poliomielite. O escritório regional da OMS confirmará o final do surto baseando-se no informe de avaliação e nas recomendações.

O Brasil deve elaborar um plano de ação posterior a avaliação da resposta ao surto no prazo máximo de um mês, a partir da finalização da avaliação da resposta ao surto.



Detecção de eventos de poliovírus e surtos de poliomielite no ambiente

A vigilância da paralisia flácida aguda (PFA) seguirá sendo o mecanismo primordial para detectar qualquer evento ou surto, sendo a vigilância ambiental uma estratégia complementar à vigilância de casos de PFA. Enquanto a vigilância de PFA visa a toda população, a vigilância ambiental constitui uma vigilância sentinela, na maior parte dos casos, podendo ser aplicada em situações específicas, como um surto. Em locais onde a vigilância das paralisias flácidas agudas (PFA) comprovadamente atende aos padrões de qualidade e certificação, a vigilância ambiental, geralmente, não acrescenta muito para a sensibilidade do sistema. No entanto, em áreas com vigilância de PFA abaixo do ideal, em populações com alta cobertura vacinal ou com vacina inativada contra a poliomielite (VIP) em esquemas essenciais de imunização, a vigilância ambiental pode ser mais eficaz na detecção da circulação do poliovírus do que a vigilância de PFA.

Portanto, entende-se o importante papel da vigilância ambiental na Estratégia Global de Erradicação da Poliomielite, o Ministério da Saúde está avaliando a implementação dessa ação em áreas estratégicas no território nacional, com o devido financiamento, conforme as diretrizes estabelecidas pela OMS. Mais recentemente, em janeiro de 2024, foi instituído no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde, Grupo de Trabalho para desenhar estratégia de resposta de emergência para diversos patógenos, incluindo, também, o poliovírus. Espera-se ao final dos trabalhos, a definição de sítios prioritários para a implementação da vigilância ambiental da pólio, bem como as diretrizes para implementação de estratégia-piloto.

9.1 DEFINIÇÃO DE EVENTOS DE DETECÇÃO E DE SURTOS CAUSADOS POR POLIOVÍRUS

QUADRO 19 – DEFINIÇÃO DE EVENTO E SURTO CAUSADOS POR POLIOVÍRUS DETECTADOS NO AMBIENTE

Tipologia	Definição
Evento ▶ até esse momento não existe indícios de transmissão	Detecção de: <ol style="list-style-type: none"> 1. PVS em uma única amostra ambiental sem evidência de eliminação de vírus durante o seguimento* ou 2. PVDV sem evidência de propagação de transmissão, como: <ul style="list-style-type: none"> ◆ amostra ambiental única sem sinais de circulação prolongada, ou seja, há mais de 1,5 anos ou ◆ um aPVDV 3. Cepa Sabin do tipo 2 em uma ou várias amostras ambientais
Surto ▶ há provas de transmissão	Detecção de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Duas ou mais amostras ambientais independentes** positivas para PVS, cujos dados de sequenciamento genético indicam transmissão local sustentada ou 2. Uma amostra única positiva para PVS com provas de eliminação de vírus durante o seguimento* ou (no caso do sorotipo 2 se adiciona: "nenhuma exposição documentada em um laboratório ou estabelecimento de produção de vacinas") 3. Qualquer cPVDV positivo em amostra ambiental

Fonte: adequação de WHO. *Standard Operating Procedures: Responding to a Poliovirus Event or Outbreak*. Acessado em 19/4/2022.

*A prova de eliminação do vírus é definida como a detecção durante a investigação de seguimento de uma ou mais pessoas infectadas por um PVS ou um cPVDV.

** "independente" significa que:

- as amostras foram coletadas em mais de um centro de vigilância ambiental (sem nenhuma sobreposição das zonas de captação) ou
- as amostras foram recolhidas em um só centro, mas se obtiveram com mais de dois meses de intervalo.

Evento:

O País deve investigar e realizar o seguimento de todo evento de detecção de poliovírus com o objetivo de determinar se está ocorrendo um surto, com o apoio dos aliados da GPEI.

Surto:

A magnitude da resposta a um surto detectado será determinada pelo sorotipo, classificação do poliovírus, a imunidade básica da população, a situação local e os resultados da investigação epidemiológica inicial. A chave para uma resposta eficaz é que sejam tomadas medidas ajustadas de acordo com a evolução da situação no curso da investigação.

9.2 DETECÇÃO

O Brasil não possui vigilância ambiental da poliomielite implementada, porém o estado de São Paulo coleta amostras ambientais e as processa para detecção de poliovírus, por esse motivo, é importante que o País esteja preparado para responder a uma eventual detecção de poliovírus em uma amostra ambiental.

9.3 NOTIFICAÇÃO

De acordo com as obrigações estabelecidas no RSI:

- Os laboratórios de referência para o diagnóstico de poliovírus deverão notificar de imediato ao Ministério da Saúde e ao Ponto Focal da Opas o isolamento de um poliovírus (selvagem, derivado da vacina, de qualquer sorotipo ou Sabin tipo 2) em uma amostra ambiental coletada no País.

9.4 INVESTIGAÇÃO

Descrever a área onde foi coletada a amostra infectada, incluindo informações demográficas da população, especialmente de grupos de alto risco, movimento populacional e instituições relevantes (por exemplo, unidades de saúde, escolas e paradas de ônibus ou de outros transportes).

Descrever o sistema de esgoto ou drenagem no local da coleta, complementando por imagens do sistema de informações geográficas (GIS), quando possível (por exemplo, perfil de elevação, vínculo com outros locais e densidade de habitacional). Documentar o cronograma de coleta, a pontualidade e a integridade da coleta, assim como a proporção de amostras positivas para enterovírus não pólio (NPENT). Registrar qualquer poliovírus detectado, incluindo o vírus Sabin.

Em caso de detecção de um PVS ou um PVDV em amostra ambiental, serão recolhidas amostras ambientais adicionais e amostras de fezes de 20 crianças menores de 5 anos de idade, preferencialmente menores de 2 anos, selecionadas de forma aleatória, que vivem na mesma área onde foi coletada a amostra ambiental.

PVS2: a detecção de um PVS2 em uma amostra ambiental é, com toda a probabilidade, devido a uma falha de contenção em um laboratório, centro de pesquisa ou centro de produção de vacina, justificando a realização de uma investigação minuciosa na comunidade da área de influência do lugar onde foi colhida a amostra, assim como, em qualquer laboratório, centro de pesquisa ou centro de produção próximos, para identificar algum caso de PFA ou para descartar que haja alguma pessoa com infecção subclínica, que esteja eliminando o poliovírus. Uma abordagem preventiva exige que a descoberta de um PVS2 em uma amostra ambiental, inicialmente, seja considerada como uma prova de transmissão provável.

Sabin 2: existe uma variabilidade considerável dependendo do entorno local, as provas empíricas, assim como os modelos matemáticos, indicam que se pode esperar que os poliovírus Sabin do sorotipo 2 sigam sendo detectáveis, aproximadamente, durante três meses nas fezes e quatro meses em amostras de águas residuais, após o último uso da VOPt (ou do uso da VOPm2). Ainda que essa detecção deva impulsionar maior vigilância dos casos de paralisia flácida aguda, é de esperar que o risco de que isso ocorra diminua rapidamente com o tempo. A detecção de pólio Sabin do tipo 2 após este período de quatro meses depois da retirada da vacina (a partir de setembro de 2016) ou do último uso da VOPm2, em uma resposta a um surto ou evento, pode ser evidência de que se continua usando a VOPt, portanto, indicaria que há risco de ***transmissão futura possível***.

PVS 1 e 3: em caso de detecção de uma cepa de PVS em um país onde a doença não é endêmica, deve-se considerar a possibilidade de que tenha ocorrido uma importação ou liberação a partir de um laboratório. A resposta necessária, incluindo a execução das campanhas de vacinação, será determinada em cada caso específico considerando as características do país, a imunidade da população e o resultado da investigação.

cPVDV: isolamento de PVDV em que há evidências de transmissão de pessoa a pessoa na comunidade.

- i. De uma pessoa e uma ou mais amostras do ambiente.
- ii. Duas ou mais amostras do meio ambiente, se tiverem sido obtidas em mais de dois centros de coleta diferentes (sem sobreposição de áreas de cobertura), ou em um único centro se a coleta foi realizada com mais de dois meses de intervalo.

- iii. Um PVDV isolado que apresente características genéticas que indicam circulação prolongada, ou seja, um número de alterações de nuclueotídeos que indicam um período de 1,5 ano ou mais de circulação.

PVDV: no caso que um PVDV seja de origem ambiental, serão recolhidas amostras ambientais adicionais e também amostras de fezes da comunidade.

PVDV em espera de classificação: a estratégia considera os mesmos passos da resposta inicial. Campanhas de vacinação podem ser implementadas dependendo da avaliação de risco.

aPVDV: é pouco provável que as cepas classificadas como **aPVDV** deem lugar a um surto. A estratégia geral de resposta se reduz a investigação de casos e contatos. Campanhas de vacinação somente serão realizadas em situações consideradas de alto risco.

a. Busca de casos de PFA na comunidade (comunitário e institucional): uma amostra ambiental positiva deve desencadear a busca ativa de casos na comunidade que foi afetada ou na área de captação do centro de monitoramento ambiental. As amostras fecais devem ser obtidas dos casos de PFA detectados.

- O número de famílias a visitar dependerá da densidade da população local, assim como de outros fatores, tais como sistema de esgoto.
- A busca ativa institucional de casos de PFA, nos hospitais públicos e privados, deve incluir, pelo menos, a revisão dos diagnósticos dos últimos seis meses.

b. Vigilância reforçada: durante o período de investigação imediata, aumentar a frequência da vigilância ambiental, quando está ao alcance. A longo prazo, investigar com os aliados da GPEI a possibilidade de estabelecer centros de monitoramento ambiental locais ou ampliar os existentes.

c. Análise de cobertura: a análise das coberturas de vacinação de rotina e campanha, nos últimos cinco anos na área afetada, fornece informações importantes que devem ser consideradas em conjunto com informações epidemiológicas conhecidas para identificar o grau de suscetibilidade da população e o risco de transmissão.

9.5 AVALIAÇÃO DE RISCO

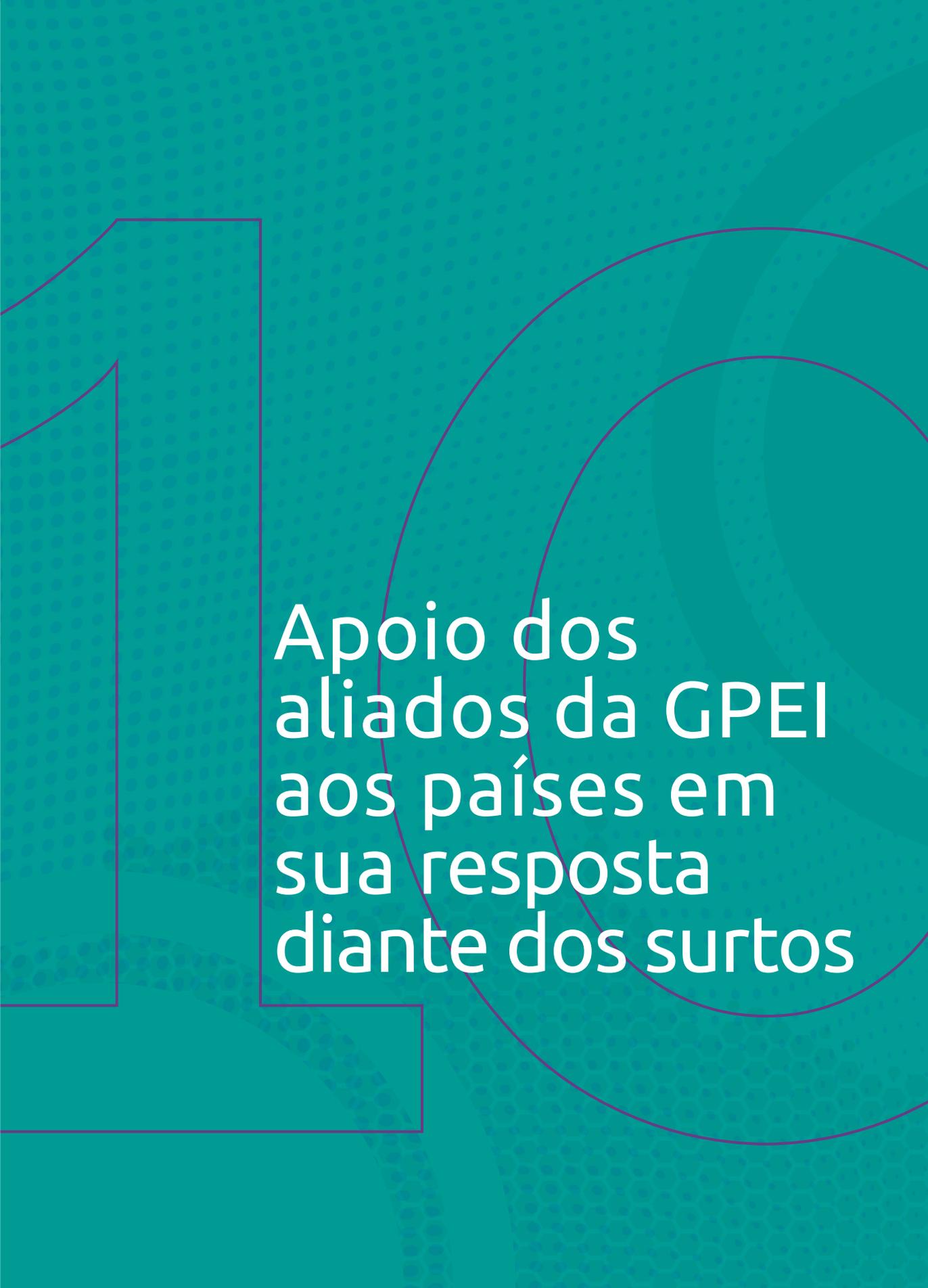
As amostras ambientais seguem a mesma metodologia para a avaliação de risco que é aplicada na avaliação de risco de eventos ou surtos de amostras coletadas em pessoas.

9.6 RESPOSTA

A detecção de uma amostra no ambiente justifica uma investigação completa da situação, incluída a investigação de possíveis falhas na retirada e na destruição da VOPT após a substituição, assim como a contenção em laboratórios, centros de produção ou pesquisa.

Conforme a situação, um evento ou um surto podem desencadear uma resposta de vacinação (Anexo D e E).

- **PVS 1 ou 3 no meio ambiente**, devem ser executadas as campanhas de vacinação em função da situação local. Ver item 7.4. – Resposta a detecção de poliovírus tipo 1 e 3.
- **PVS 2 no meio ambiente**, a implementação de ações de vacinação dependerá dos resultados da investigação, principalmente se for identificada transmissão pessoa a pessoa.
- **Sabin tipo 2 no meio ambiente**, neste caso não requer campanhas de vacinação.
- **PVDV em espera de classificação**, em geral, não requer campanhas de vacinação. Entretanto, campanhas de vacinação podem ser consideradas dependendo da avaliação de risco.
- **aPVDV**: é pouco provável que as cepas classificadas como **aPVDV** causem um surto. A estratégia geral de resposta se reduz a investigação de casos e contatos. Campanhas de vacinação somente serão realizadas em situações consideradas de alto risco.
- **cPVDV deve ser realizada campanha de vacinação em** todas as áreas de risco (ver Quadros 11 e 12, dependendo do tipo de poliovírus).

The background is a solid teal color. On the left side, there is a large, white, stylized number '1' with a thin teal outline. On the right side, there is a large, white, thin-lined circle. The text is centered within the circle.

Apoio dos aliados da GPEI aos países em sua resposta diante dos surtos

10.1 RESPONSABILIDADES DAS AUTORIDADES DE SAÚDE E SEUS ALIADOS

O país tem a responsabilidade final da resposta e deve conservar a liderança da ação ao longo do processo.

Os aliados da GPEI devem apoiar o país para que complete uma sólida avaliação de risco e uma resposta enérgica aos surtos causados por poliovírus.

Com o propósito de cumprir seus compromissos, descritos no Plano estratégico integral para a erradicação da poliomielite e a fase final 2013-2018, os aliados da GPEI respaldam seis funções-chave na resposta aos surtos.

1. Preparação para a resposta
2. Avaliação de risco e planejamento da resposta a eventos/surtos
3. Coordenação e articulação
4. Recursos técnicos e humanos
 - ◆ gestão da informação
 - ◆ comunicação, mobilização social e mudança de comportamento
 - ◆ atividades de vacinação
 - ◆ fortalecimento da vigilância
 - ◆ segurança e acesso
5. Financiamento e logística, incluindo a mobilização coordenada de recursos
6. Avaliação de resposta ao surto

10.2 POLÍTICAS FUNDAMENTAIS DA GPEI PARA OTIMIZAR A RESPOSTA AO SURTO

A classificação do surto por parte do EOMG ativará a resposta completa de emergência da GPEI e a política de "prevenção sem arrependimento" em matéria de apoio econômico, onde for necessário.

10.2.1 Política de reforço da resposta

O objetivo da política de reforço da resposta é fortalecer de imediato a capacidade do país e assegurar uma transição sem problema às seguintes equipes de apoio a resposta. A GPEI deve mobilizar rapidamente profissionais experientes ao país afetado, para que se unam a equipe de resposta nacional.

Esta mobilização de recursos humanos ocorre depois da investigação inicial, avaliação de risco e classificação do surto por parte do EOMG. Portanto, a mobilização da equipe A será iniciada somente depois de 72 horas após a notificação do resultado de laboratório.

A equipe B será mobilizada nas três primeiras semanas do surto e será assegurada a presença simultânea da equipe A e B, durante o tempo mínimo de uma semana, a fim de alcançar uma transição completa e minuciosa.

A política de reforço da resposta baseia-se nos seguintes princípios:

- A definição das funções-chave que precisam de uma dotação pessoal imediata e a longo prazo, segundo o grau do surto.
- A criação de uma equipe de resposta rápida, denominada equipe A, que possa deslocar-se a área de risco em um prazo de 72 horas.
- A criação de uma equipe de reforço da resposta, denominada equipe B, para os deslocamentos a maior prazo.
- A capacitação rápida de pessoal sobre os procedimentos adotados que incorporam os ensinamentos e os esforços de resposta a surtos anteriores e descrevem as diretrizes para a resposta diante dos eventos de detecção e os surtos causados por poliovírus do sorotipo 1, 2 e 3.
- A garantia que a equipe B ocupe seus postos nas primeiras três semanas de um surto e que conte com uma presença simultânea da equipe A, como mínimo durante uma semana, com o fim de alcançar uma transferência completa e minuciosa.

10.2.2 Política de “prevenção sem arrependimento”

A política de “prevenção sem arrependimento”, consiste que a GPEI ponha, de imediato, no começo das situações de emergência, à disposição do país, recursos humanos e financeiros suficientes, ainda que posteriormente fique claro que era necessária uma contribuição menos importante.

VOPm2
– manejo,
monitoramento,
destruição
e eliminação

O monitoramento rigoroso do armazenamento, a distribuição, o uso e a destruição da VOPm2 são essenciais para que a vacina não seja misturada ou confundida com outras vacinas e para que nenhum frasco dela seja deixado no país após a conclusão das campanhas de vacinação.

11.1 MANEJO DA VOPm2

A seguir são apresentadas considerações essenciais para o gerenciamento e o monitoramento do uso da VOPm2.

- Quando um evento ou surto de poliovírus do sorotipo 2 é detectado, **não existem reservas da VOPm2** no país.
- **A resposta de vacinação deve começar dentro de duas semanas**, após a confirmação laboratorial.
- O **informe da chegada da vacina** deve ser preenchido e enviado para a representação Opas/OMS, dentro de 24 horas após a chegada da vacina ao país.
- A VOPm2 **será armazenada e transportada separadamente** de outras vacinas na rede de frio.
- Assegurar que todos os frascos de VOPm2 da Central de Armazenamento de São Paulo sejam distribuídos devidamente, por meio da rede de frio, até o serviço de vacinação claramente identificados.
- Distribuir a **VOPm2 somente às áreas afetadas pelo surto, de acordo com o plano de vacinação e os termos e condições do formulário de solicitação da VOPm2.**
- No final de cada etapa de campanha de vacinação, as equipes de vacinação deverão assegurar a devolução de todos os **frascos abertos (usados no todo ou em parte), assim como os fechados** ao estabelecimento de saúde:
 - ◆ em seguida, no estabelecimento de saúde, deve ser realizada a inativação e a destruição de maneira segura, conforme as normas nacionais, de todos os **frascos abertos (usados no todo ou em parte)**. Se isso não puder ser feito no estabelecimento de saúde, deve-se enviá-los para a rede de frio municipal ou estadual;
 - ◆ Os **frascos fechados** devem ser armazenados de maneira segura no estabelecimento de saúde, se a rede de frio for confiável, caso contrário, devem ser enviados para a rede de frio municipal ou estadual.

No final da campanha, todos os **frascos fechados da VOPm2** devem ser devolvidos para o estabelecimento do nível municipal ou estadual, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, assegurando que sejam armazenados de maneira segura, separados e identificados, até que o Ministério da Saúde, de acordo com a Equipe de Avaliação da Resposta ao Surto, dê instruções sobre seu uso ou destruição.

Se a destruição for recomendada, deve-se inativar e descartar com segurança todos os frascos de vacina fechados para que não fiquem reservas na rede de frio.

O país utilizará instrumentos para controlar o número de frascos de VOPm2 distribuídos, abertos, fechados e destruídos.

O Comitê Nacional de Certificação da Erradicação da Poliomielite validará a documentação referente à retirada e à destruição da VOPm2.

11.2 MONITORAMENTO DA DISTRIBUIÇÃO DA VOPm2

Devido à necessidade de rastrear a distribuição e a utilização dos frascos da VOPm2, considerando os requisitos específicos para o manuseio, a destruição e a eliminação, os instrumentos para registro de dados serão adaptados a partir do FormSUS.

11.3 DESTRUIÇÃO E ELIMINAÇÃO SEGURA DA VOPm2

As localidades e/ou municípios que utilizarem a VOPm2 terão que recolher, inativar e destruir o resíduo da vacina no local, sendo necessária a inativação antes da destruição.

Segundo a RDC n.º 306, de 7 de dezembro de 2004, é responsabilidade de todo gerador de resíduos de serviços de saúde (RSS) elaborar seu Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSS), descrevendo as ações relativas ao manejo dos resíduos, contemplando geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte e disposição final. O município que não possua PGRSS implantado deve solicitar apoio complementar ao estado ou à União.

O resíduo resultante da VOPm2, segundo a resolução supracitada, é classificado como grupo A1 (resíduos com a presença de microrganismos vivos ou atenuados) e deve ser submetido a tratamento por autoclavagem, de acordo com a Nota Técnica n.º 002/2011 – UINNFS/GGTES/Anvisa e posteriormente incinerado, gerando resíduo do grupo D (lixo comum).

Considera-se que todo o processo de descarte da VOPm2 deverá atender a legislação vigente no país e, diante dos esforços despendidos para erradicação desta doença no Brasil, a disposição final do resíduo deve ocorrer conforme descrito na Resolução Conama RDC n.º 358/2005.

Ainda segundo a Nota Técnica n.º 002/2011 – UINNFS/GGTES/Anvisa, se a opção for a autoclavagem, o equipamento destinado ao tratamento dos resíduos resultantes de atividades de vacinação, apesar de possuir as mesmas características técnicas exigidas para os processos de esterilização, deve ser exclusivo para aquele fim.

O tratamento pode ser aplicado no próprio estabelecimento gerador ou em outro estabelecimento, observadas, neste caso, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local do tratamento disposto na legislação vigente.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota Técnica n.º 002/2011 – UINFS/GGTES/ANVISA**. Tratamento de resíduos resultantes de atividades de vacinação com microorganismos vivos ou atenuados. Brasília, DF: Anvisa, 12 abr. 2011. Disponível em: http://idisa.org.br/site/documento_4972_0_0_nota-tecnica-orienta-sobre-descarte-de-vacinas.html. Acesso em: 21 out. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n.º 04/2020, de 31 de março de 2023**. Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de Prevenção e Controle que devem ser adotadas durante a assistência aos Casos Suspeitos ou Confirmados de COVID-19. Brasília, DF: Anvisa, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/NT042020covid31.03.2023.pdf>. Acesso em: 18 set. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC n.º 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 237, p. 1, 10 dez. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html. Acesso em: 21 out. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução – RDC n.º 203, de 26 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre os critérios e procedimentos para importação, em caráter de excepcionalidade de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa. Brasília, DF: Anvisa, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2017/rdc0203_26_12_2017.pdf. Acesso em: 21 out. 2022.

BARBOSA, A.C.S.; PASSOS, S.G. Atuação do enfermeiro responsável técnico em sala de vacinas. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos – DF**, v. 6, n. 13, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n.º 10/2023 – CGVDI/DIMU/SVSA/MS**. Brasília, DF: MS, 2023a. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-10-2023-cgvdi-dimu-svsa-ms/pdf/view> . Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n.º 25/2023 – CGVDI/DIMU/SVSA/MS**. Brasília, DF: MS, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-25-2023-cgvdi-dimu-svsa-ms/view> . Acesso em: 29 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Políticas.html>. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017b. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 2 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.604, de 18 de outubro de 2023**. Brasília, DF: MS, 2023c. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html. Acesso em: 1 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.693**. Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH). Brasília, DF: MS, 2021a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1693_26_07_2021.html. Acesso em: 1 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 4.641, de 28 de dezembro de 2022. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS n.º 3 e 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Centro de Informações Estratégicas em

Vigilância em Saúde (CIEVS) e a Rede Nacional dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Rede CIEVS), ambos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 928, 29 dez. 2022a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria n.º 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Brasília, DF: MS, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 1 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.865, de 10 de agosto de 2006. Estabelece a Secretaria de Vigilância em Saúde para o Regulamento Sanitário Internacional (2005) junto à Organização Mundial de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 11 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: MS, 2023d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html. Acesso em: 9 de março de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. rev. e atual. Brasília, DF: MS, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. **Plano de Fortalecimento e Ampliação da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – Renaveh** – Brasília, DF: MS, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Centro Nacional de Epidemiologia. **Programa Nacional de Imunizações**: PNI 25 anos. Brasília, DF: MS, 1998. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_10.pdf. Acesso em: 18 set. 2024.

CALDAS, A. C.L. *et al.* Os desafios do profissional de enfermagem frente à baixa cobertura vacinal em criança. **Revista Foco**, Curitiba, v.16, n.10, p. 1-11, 2023.

CAMPOS, A. L. V. de; NASCIMENTO, D. R. do; MARANHÃO, E. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 10, p. 573-600, 2003. Supl. 2.

Disponível em <https://scielo.br/j/hcsm/a/9tFSfwSZjFX6NpSvxq9NZws/?lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2024.

CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE (Brasil). Resolução Conama n.º 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 84, p. 63-65, 4 maio 2005. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=102253>. Acesso em: 21 out. 2022.

FLORES, P. C. B.; MAGALHÃES, P. R.; FLORES, A. B.; BRAULINO, E. C.; NOGUERA, A. M. V.; SANTOS, J. T.; FERNANDES, I. T. G. P. Ações do enfermeiro na estratégia saúde da família frente a poliomielite no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 4, n. 4, p. 14539-14550, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/32370>. Acesso em: 6 mar. 2024.

IBGE. **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 14 out. 2022.

KERR L. Da erradicação ao risco de reintrodução da poliomielite no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 328, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.18972022>. Acesso em: 15 mar. 2024.

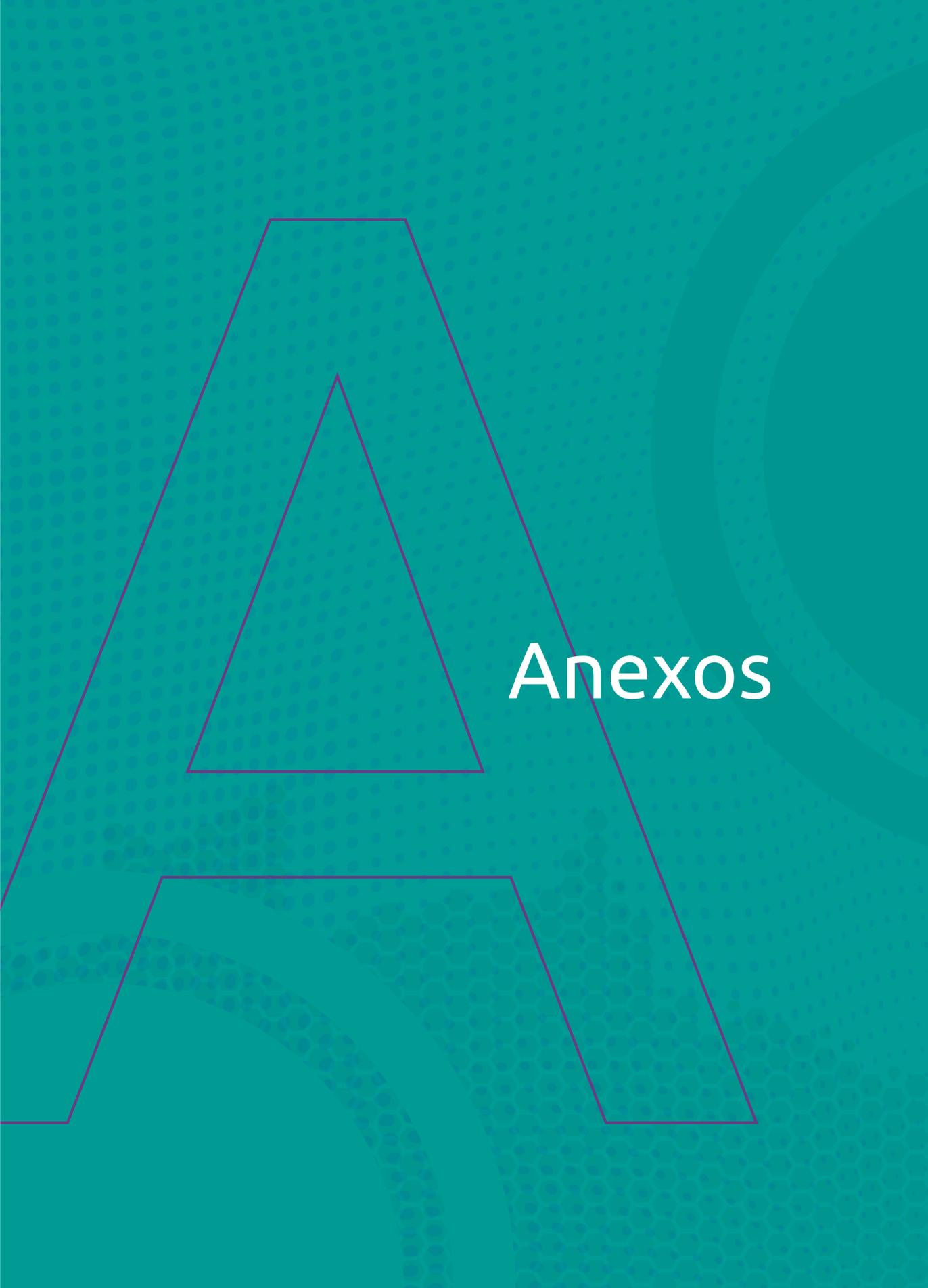
MATIAS, A.S.; YAVORSKI R.; SANTOS E CAMPOS, M.A. A Prática da Enfermeira na Sala de Vacina: reflexão acerca das atividades executadas. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 9, n. 3, 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Procedimentos Operacionais Padrão**: Resposta a um Evento ou Surto de Poliovírus. Brasília, DF: Opas, mar. 2022. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56489/9789275726259_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Poliomielite**. Brasília, DF: Opas, [2024]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/poliomielite>. Acesso em: 14 mar. 2024.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Fluxograma para notificação e investigação de caso suspeito de Paralisia Flácida Aguda**. Rio de Janeiro: SMS, 2024. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/SVS_CVE_Fluxograma_Notificacao_Investigacao_Paralisia_FL%C3%A1cida_Aguda_2024.pdf. Acesso em: 29 mar. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Joint external evaluation tool**: International Health Regulations (2005) – third edition. Geneva: WHO, 2022.



Anexos

ANEXO A

NOTIFICAÇÃO DA POLIOMIELITE SEGUNDO O REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

As principais referências deste anexo são as seguintes:

- A orientação da OMS para a utilização do Anexo 2 do Regulamento Sanitário Internacional de 2005.
- A declaração da OMS sobre a sétima reunião do Comitê de Emergências do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) para examinar a propagação internacional de poliovírus; declaração da OMS de 3 de dezembro de 2015.
- A definição de casos do Regulamento Sanitário Internacional, Anexo 2 do RSI.

a. Eventos e situações de notificação obrigatória relacionadas com o poliovírus

Os países têm a obrigação de notificar à OMS as três situações ou eventos que se apresentam a seguir, pois "podem constituir uma emergência de saúde pública", segundo o estabelecido no RSI:

1. **Uma cepa de PVS ou de PVDV isolada de um caso de PFA ou um contato de caso** é uma das quatro doenças primordiais que sempre devem ser notificadas a OMS, de acordo com o RSI, seja qual for o contexto em que elas ocorram.
2. **Uma cepa de PVS ou PVDV isolada de uma fonte que não seja um caso de PFA (amostra ambiental ou amostra humana sem paralisia)** também deve ser notificada à OMS, uma vez que atende a pelo menos dois dos quatro critérios de notificação do Anexo 2 do RSI (2005), a saber: (i) tem um grave impacto sobre a saúde pública; e ii) é um evento inusitado ou imprevisto. É possível que também cumpram com os dois critérios finais, a saber: (iii) representa um risco significativo de propagação internacional da doença; e (iv) comporta um risco significativo de restrições a viagens ou ao comércio internacional.

3. Uma cepa de vírus tipo Sabin do sorotipo 2 detectada após a substituição também deve ser notificada à OMS, quando mais de quatro meses se passaram desde a mudança de VOPT para VOPb, ou seja, a partir de setembro de 2016; pois este evento atende a pelo menos dois dos quatro critérios de relatório no Anexo 2 do RSI (2005)³.

b. O momento da avaliação e a notificação oficial

Em um país, todos os eventos de saúde pública que podem cumprir com algum dos quatro critérios do RSI devem ser avaliados com vistas a uma possível notificação, em um prazo de 48 horas desde o momento em que o país tenha conhecimento do evento no âmbito nacional. Essa avaliação regular dos eventos nacionais deve fundamentar-se na informação de saúde pública disponível e na aplicação dos princípios epidemiológicos estabelecidos por profissionais de saúde pública com experiência. Esse evento pode voltar a ser reavaliado no transcorrer do tempo, conforme seja necessário, e à medida que se conta com nova informação sobre ele.

Quando um país avalia um evento e considera que deve ser notificado de acordo com o instrumento de decisão do RSI, tem a obrigação de notificar a OMS dentro de 24 horas. Quando a avaliação inicial de um evento é negativa, mas em uma avaliação posterior são reunidos os requisitos de notificação, neste momento se deve notificar o evento a OMS nas primeiras 24 horas após essa reavaliação positiva.

c. Nota especial sobre um evento detectado fora do território nacional

De acordo com o artigo 9.2 do RSI "Outros relatórios", o país deve comunicar a OMS, dentro de 24 horas após o recebimento das provas, todo risco para a saúde pública que tenha sido detectado fora do seu território e que poderia causar a propagação internacional de uma doença.

ANEXO B

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA ANÁLISE DE RISCO

Item	Dados a ser coletados	Responsável pela coleta de dados
Informação epidemiológica	<p>Detalhes do caso/amostra</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tipo de vírus: selvagem/PVDV/Sabin 2. ■ Sorotipo do vírus: tipo1, 2 ou 3. ■ Fonte: PFA/Meio ambiente/pessoa assintomática. ■ Data de início da paralisia ou data de coleta da amostra ambiental. ■ Data de notificação a Opas Brasil/Opas Regional. ■ Data de notificação a OMS. ■ Lugar de início da PFA ou coleta da amostra ambiental. ■ Idade da pessoa e antecedente de vacinação com VOP e tipo de vacina. ■ Resultados do Sequenciamento Genético: natureza do vírus (número de nucleotídeos diferentes de Sabin e a sequência mais parecida se estiver disponível/aplicável) + Evidência de circulação. 	DPNI, LRN
	<p>Breve resumo do último PVDV/poliovírus selvagem e a resposta</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Detalhes do caso ou da amostra ambiental <ul style="list-style-type: none"> ◆ tipo de vírus: PVS/PVDV; sorotipo; ◆ data de início da PFA/data de coleta da amostra ambiental; ◆ localização geográfica. ■ Número de campanhas desde o último caso até o isolamento positivo no ambiente. 	DPNI, LR, Instituição que coletou amostra
Mapa de localização do caso(s)	-	DPNI

continua

Item	Dados a ser coletados	Responsável pela coleta de dados
<p>Desempenho do Programa de Imunização</p>	<p>a. Vacinação de rotina contra poliomielite (VIP/VOP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Situação vacinal dos casos de PFA notificados de 6–59 meses (gráfico de barras) ■ Nos âmbitos nacional e estadual ■ No âmbito municipal: <ul style="list-style-type: none"> ◆ % de doses zero, ◆ % de 3 ou mais doses. <p>b. Campanhas</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Número de campanhas durante o ano presente e tipo de vacina utilizada [indicar se a(s) área(s) afetada(s) alcançaram cobertura vacinal ≥95%]. ■ Informação das campanhas do ano anterior e tipo de vacina utilizada [indicar se as áreas afetadas alcançaram cobertura vacinal ≥95%]. <p>c. Estimativa da cobertura de rotina realizada pela OMS/Unicef</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pólio3 (VIP/VOP) e DTP3/Penta3 no ano presente. ■ Pólio3 (VIP/VOP) e DTP3/Penta3 nos 5 anos anteriores. <p>d. Data da substituição da VOPl-VOPb</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tempo transcorrido após a interrupção do uso da VOPl (semanas/meses/anos transcorridos e a detecção do poliovírus). <p>e. Data de introdução da VIP e esquema utilizado</p> <p>f. Análises e conclusões</p>	<p>DPNI</p>
<p>Qualidade da vigilância de PFA</p>	<p>a. Indicadores de qualidade da vigilância da PFA (últimos 5 anos)</p> <p>b. Análises e conclusões</p>	<p>DPNI</p>
<p>Evento sentinela</p> <p>Um evento sentinela é uma informação ou uma ocorrência de qualquer natureza, relacionada ou não a pólio, que sugere que a comunidade ou a área geográfica geral pode estar em risco de um surto de pólio</p>	<p>Os eventos do Sentinela podem incluir:</p> <p>a. Casos de doença imunoprevenível (por exemplo, sarampo, difteria e/ou PVDV de qualquer tipo) que sugira baixas coberturas de vacinação.</p> <p>b. Casos de doença que sugira risco de transmissão pessoa a pessoa, por exemplo, cólera.</p> <p>c. Deslocamento rápido ou movimento contínuo desde comunidades não adequadamente vacinadas.</p> <p>As comunidades ou as áreas administrativas com eventos sentinela devem ser incluídas na investigação e na avaliação de risco.</p>	

continua

Item	Dados a ser coletados	Responsável pela coleta de dados
Contexto do Brasil	<p>a. População</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ População <5 e <15 anos de idade por UF, município e Dsei ■ Movimentos populacionais dentro do país e na área afetada: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Movimento interno de pessoas, focado na área afetada. ◆ Populações deslocadas. ■ População de alto risco em áreas afetadas: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Características das populações deslocadas, comunidades de difícil acesso. ◆ Razões para considerar de "alto risco". ■ As fronteiras internacionais, país(es) vizinho(s) e movimento da população: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Proximidade das áreas afetadas às fronteiras. ◆ Os padrões de comércio e viagem. <p>b. Segurança: desastres naturais, instabilidade política e criminalidade</p> <p>c. Eventos próximos no país que possam afetar a resposta (ex.: eleições, eventos que possam envolver pessoal-chave do Ministério da Saúde)</p>	DPNI/SES/SMS/Dsei
Capacidade do país	<p>Prestação de serviços de imunização:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sistema de imunização: forte/moderado/débil (especificar). ■ Recursos humanos para a gestão em todos os níveis: adequado/inadequado/escasso (especificar). ■ Recursos humanos para a prestação de serviços: adequado/inadequado/escasso (especificar). ■ Experiência anterior na realização de campanhas nacionais de vacinação. 	Imunização nos três âmbitos de gestão

continua

continuação

Item	Dados a ser coletados	Responsável pela coleta de dados
<p>Informação detalhada da investigação de casos de pólio (a ser completada pelo escritório regional e do país, uma vez que informação estiver disponível)</p>	<p>a. As principais conclusões da investigação de campo.</p> <p>b. Casos não notificados de PFA encontrados por meio da busca ativa de casos na comunidade e nos serviços de saúde.</p> <p>c. Situação da cobertura da VIP/VOP avaliada por meio de Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal (MRC) na comunidade.</p> <p>d. Número e resultados de testes laboratoriais de casos e contatos de PFA ou amostras do ambiente na comunidade.</p> <p>e. Resumo da busca ativa realizada.</p> <p>f. Conexões de viagem e movimento da população:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Viagens para outras áreas do país: nome dos municípios e localidades. ■ Viagens para outros países: nome dos países, províncias e distritos. 	<p>DPNI/SES/SMS/Dsei</p>
<p>Proposta de linha de ação</p>	<p>A ser preenchida em conjunto com a Opas e escritório regional, quando as informações estiverem disponíveis.</p> <p>a. Investigação de campo</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Investigação laboratorial. ■ Exaustiva busca e investigação de casos. <p>b. Reforçar as medidas de vigilância de PFA/meio ambiente.</p> <p>c. Alcançar cobertura de rotina $\geq 95\%$ (incluindo VPOb e VIP).</p> <p>d. Planos para a resposta de vacinação</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ VOPm2 solicitada: SIM/NÃO: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Justificativa (breve). ◆ População-alvo, área geográfica, faixa etária. ◆ Doses solicitadas para cada campanha. ◆ Datas propostas das campanhas 1 e 2. <p>e. Planos para informar os países vizinhos: [quem, quando, como, por quem].</p>	<p>Ministério da Saúde e Opas</p>
<p>Mapa da área proposta para a intervenção com VOPm2</p>	<p>-</p>	<p>DPNI</p>

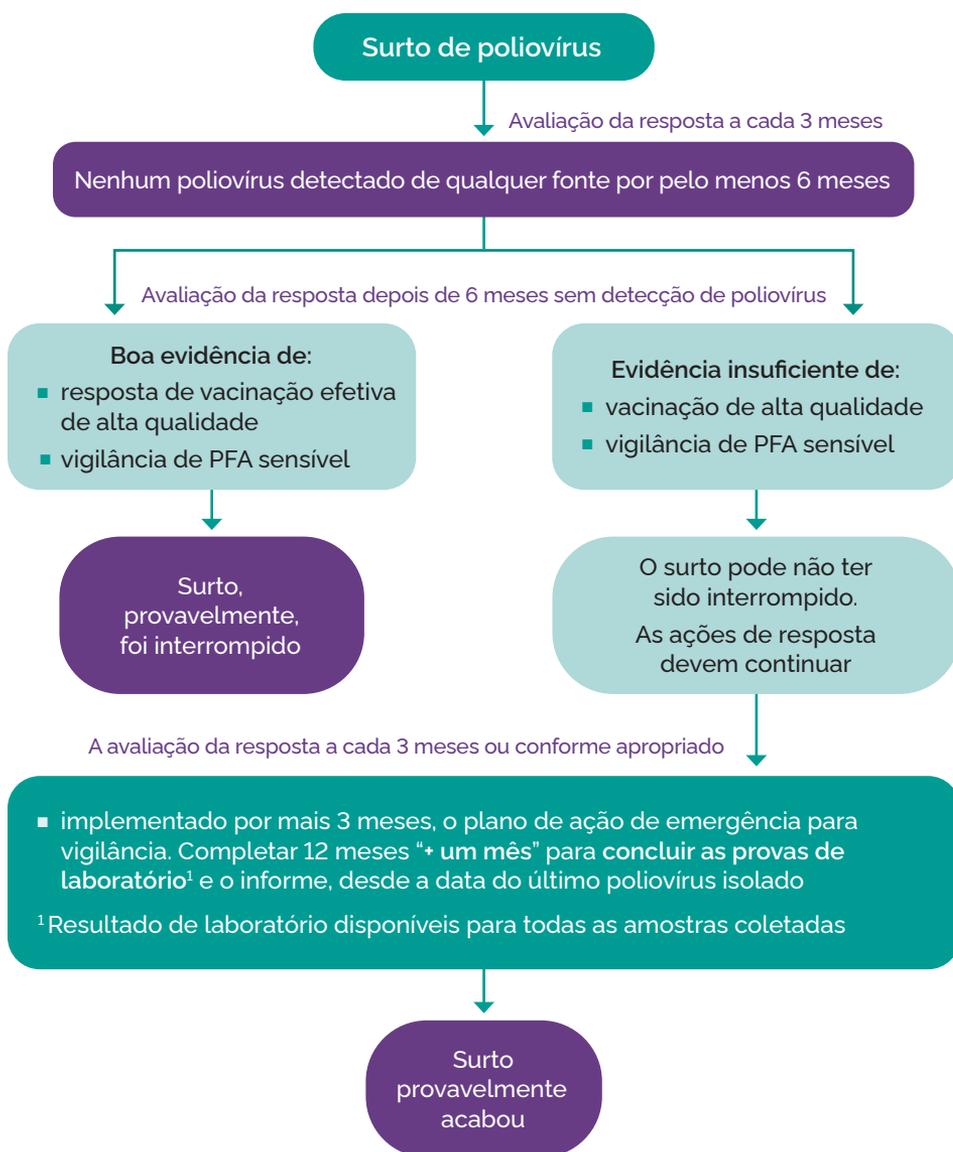
continua

Item	Dados a ser coletados	Responsável pela coleta de dados
Grupo assessor	<p>Discussão, conclusão e recomendações:</p> <ol style="list-style-type: none">a. Avaliar o risco<ul style="list-style-type: none">■ Risco virológico.■ Risco de propagação.■ Risco de propagação internacional.b. Avaliar a necessidade do uso da VOPm2, o número de doses, as etapas, a área a ser vacinada e a faixa etária-alvo.c. Enviar recomendação a diretor(a)-geral da OMS.d. Enviar recomendações ao país.e. Enviar instruções para a Divisão de Suprimentos da Unicef.	

Fonte: WHO, 2022 adaptado.

ANEXO C

ENCERRAMENTO DO SURTO POR PVS E CPVDV



O período "mais 1 mês" garante que:

- Todas as amostras de fezes das pessoas (casos ou contatos de PFAs notificados ou de pessoas) cuja data de início ou coleta de amostra ocorreram nos últimos 12 meses tiveram um resultado negativo para poliovírus.
- Todas as amostras ambientais coletadas durante os últimos 12 meses tiveram resultado negativo para poliovírus.

ANEXO D

VACINAÇÃO DE RESPOSTA A EVENTO POR TIPO DE POLIOVÍRUS

Cepa	Fonte	Resposta geral	Resposta de vacinação	Prazo**
PVS				
PVS 1 ou 3	Meio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> ■ Busca ativa de casos na comunidade e de evidências de transmissão viral. ■ Avaliação da imunidade da população. ■ Vigilância reforçada. ■ Avaliação da resposta ao evento, se foram realizadas campanhas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Planejamento e execução de campanhas de vacinação, dependendo da situação local, como recomendada pela OMS e pelos aliados da GPEI. 	-
PVS2	Meio ambiente (sem evidência de uma pessoa eliminando o vírus)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Busca ativa de casos na comunidade e de evidências de transmissão viral. ■ Avaliação da imunidade da população. ■ Vigilância reforçada. ■ Avaliação da resposta ao evento, se foram realizadas campanhas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Planejamento e execução de campanhas de vacinação, em função da situação local. ■ Realizar campanhas somente em situações de alto risco. Neste caso, planejar 2 campanhas de vacinação de alta qualidade. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Grupo de idade: <5 anos. ◆ Tamanho da população: depende da área afetada. ◆ Vacina escolhida: VOPm2. ◆ Solicitação de vacina à diretora-geral da OMS. 	Em situação de alto risco: primeira campanha dentro de 14 dias.

continua

continuação

Cepa	Fonte	Resposta geral	Resposta de vacinação	Prazo**
Sabin 2				
Sabin-like 2	<ul style="list-style-type: none"> Ser humano Meio ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> Investigação epidemiológica e social Avaliação da imunidade da população Vigilância reforçada 	<p>Não são requeridas atividades de vacinação, exceto se for situação de alto risco</p>	-
PVDV				
aPVDV2 ou VDPV2 (pendente de classificação)	<ul style="list-style-type: none"> Ser humano Meio ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> Investigação epidemiológica e social. Busca ativa de casos na comunidade e de evidências de transmissão viral. Avaliação da imunidade da população. Vigilância reforçada. GPEI assessora sobre risco virológico. Fortalecimento da vacinação de rotina com VIP. Avaliação da resposta ao evento, se foram realizadas campanhas. 	<ul style="list-style-type: none"> Planejamento e execução de campanhas de vacinação, em função da situação local. Em situações de alto risco executar primeira campanha na área afetada + 2 campanhas de alta qualidade + "operação limpeza" (se necessária). <ul style="list-style-type: none"> Grupo de idade: <5 anos. Tamanho da população: depende da área afetada. Vacina escolhida: VOPm2. Solicitação de vacina à diretora-geral da OMS. 	<p>Em situação de alto risco: primeira campanha dentro de 14 dias.</p> <p>A oportunidade é fundamental.</p>
iPVDV 2	Ser humano	Investigação clínica e epidemiológica.	<p>Não são requeridas atividades de vacinação</p> <ul style="list-style-type: none"> Tratamento com imunoglobulina por via intravenosa para o caso + anticorpos monoclonais ou medicamentos antivirais, se disponíveis. VIP para os membros da família e os contatos próximos. 	-

continua

conclusão

Cepa	Fonte	Resposta geral	Resposta de vacinação	Prazo**
PVDV 1 ou 3 (em espera de classificação)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ser humano ■ Meio ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Investigação epidemiológica e social. ■ Busca ativa de casos na comunidade e de evidências de transmissão viral. ■ Avaliação da imunidade da população. ■ Vigilância reforçada ■ Avaliação da resposta ao evento se foram realizadas campanhas. 	Campanhas podem ser consideradas.	-
aPVDV 1 ou 3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ser humano ■ Meio ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Investigação epidemiológica e social. ■ Busca ativa de casos na comunidade e de evidências de transmissão viral. ■ Avaliação da imunidade da população. ■ Vigilância reforçada. ■ Avaliação da resposta ao evento, se foram realizadas campanhas. 	Campanhas podem ser consideradas.	-
iPVDV 1 ou 3	Ser humano	Investigação epidemiológica e social.	Não são requeridas campanhas de vacinação.	-

Fonte: WHO, 2022.

ANEXO E

VACINAÇÃO DE RESPOSTA A SURTO POR TIPO DE POLIOVÍRUS

Tipo de vírus envolvido	Estratégia de campanha	Alcance da campanha	Grupo etário	Vacina	Prazo a partir do Dia 0 (dia do resultado de sequenciamento laboratorial)
cPVDV					
cPVDV2 <ul style="list-style-type: none"> ■ Ser humano ■ Meio ambiente 	Campanha 1 (rodada zero)¹ Pequena zona geográfica de risco imediato (epicentro do surto)	Depende da área afetada.	< 5 anos	VOPm2 Solicitar ao diretor-geral da OMS por meio do Grupo Assessor sobre a VOPm2 (<i>mOPV2 Advisory Group</i>).	Dentro de 14 dias. A resposta oportuna é fundamental.
	Campanha 2 Microplanejamento de alta qualidade	Dependendo da área afetada, considerar todas as zonas em risco.	< 5 anos	VOPm2	Dentro de 28 dias.
	Campanha 3 Com melhorias adicionais da qualidade	Dependendo da área afetada, considerar todas as zonas em risco.	< 5 anos	VOPm2	Dentro de 6–8 semanas.
	Operação limpeza² Necessária em todas as áreas/zonas de saúde que não cumpriram os padrões de qualidade (por exemplo: cobertura <95%)	Conforme necessário.	< 5 anos	VOPm2	Operação limpeza dentro de 3 meses (90 dias) a partir da notificação dos resultados do sequenciamento de vírus, em todas as áreas de saúde que não cumpriram os padrões de qualidade.

continua

continuação

Tipo de vírus envolvido	Estratégia de campanha	Alcance da campanha	Grupo etário	Vacina	Prazo a partir do Dia 0 (dia do resultado de sequenciamento laboratorial)
<p>cPVDV2</p> <ul style="list-style-type: none"> Ser humano Meio ambiente 	Operação limpeza seletiva adicional ² ou ampliação do número de campanhas, se o surto não for interrompido dentro de 120 dias. Campanhas 4 e 5 podem ser realizadas caso necessário, até que duas campanhas tenham sido realizadas, após a última detecção do poliovírus ³	Consulta continua à GPEI e ao <i>mOPV2 Advisory Group</i> para revisar a estratégia e seu alcance.			
<p>cPVDV1 ou 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Ser humano Meio ambiente 	<p>Campanha 1 (rodada zero)¹ Pequena zona geográfica de risco imediato (epicentro do surto)</p>	Depende da área afetada.	<5 anos	VOPb	Dentro de 14 dias. A resposta oportuna é fundamental.
	<p>Campanha 2 Microplanejamento de alta qualidade</p>	Dependendo da área afetada, considerar todas as zonas em risco	<5 anos (ou faixa etária ampliada, se justificada)	VOPb	Dentro de 28 dias.
	<p>Campanha 3 Com melhorias adicionais da qualidade</p>	Dependendo da área afetada, considerar todas as zonas em risco	<5 anos	VOPb	Dentro de 6–8 semanas.
	<p>Operação limpeza² Necessária em todas as áreas/zonas de saúde que não cumpriram os padrões de qualidade (por exemplo: cobertura <95%)</p>	Conforme necessário.	<5 anos	VOPb	Operação limpeza dentro de 3 meses (90 dias) a partir da notificação dos resultados do sequenciamento de vírus, em todas as áreas de saúde que não cumpriram os padrões de qualidade.

continua

continuação

Tipo de vírus envolvido	Estratégia de campanha	Alcance da campanha	Grupo etário	Vacina	Prazo a partir do Dia 0 (dia do resultado de sequenciamento laboratorial)
cPVDV1 ou 3 <ul style="list-style-type: none"> ■ Ser humano ■ Meio ambiente 	Operação limpeza seletiva adicional ² ou ampliação do número de campanhas, se o surto não for interrompido dentro de 120 dias. Campanhas 4 e 5 podem ser realizadas, caso necessário, até que duas campanhas tenham sido realizadas, após a última detecção do poliovírus ³	Consulta contínua à GPEI para revisar a estratégia e seu alcance.			
PVS					
PVS 1 ou 3 <ul style="list-style-type: none"> ■ Ser humano ■ Meio ambiente 	Campanha 1 (rodada zero)¹ Pequena zona geográfica de risco imediato (epicentro do surto)	Depende da área afetada.	<5 anos	VOPb	Dentro de 14 dias. A resposta oportuna é fundamental.
	Campanha 2 Microplanejamento de alta qualidade	Dependendo da área afetada, considerar todas as zonas em risco.	<5 anos	VOPb	Dentro de 28 dias.
	Campanha 3 Com melhorias adicionais da qualidade	Dependendo da área afetada, considerar todas as zonas em risco.	<5 anos	VOPb	Dentro de 6-8 semanas.

continua

continuação

Tipo de vírus envolvido	Estratégia de campanha	Alcance da campanha	Grupo etário	Vacina	Prazo a partir do Dia 0 (dia do resultado de sequenciamento laboratorial)
PVS 1 ou 3 <ul style="list-style-type: none"> ■ Ser humano ■ Meio ambiente 	Operação limpeza ² Necessária em todas as áreas/zonas de saúde que não cumpriram os padrões de qualidade (por exemplo: cobertura <95%)	Conforme necessário.	<5 anos	VOPb	Operação limpeza dentro de 3 meses (90 dias) a partir da notificação dos resultados do sequenciamento de vírus, em todas as áreas de saúde que não cumpriram os padrões de qualidade.
	Operação limpeza adicional ² ou ampliação do número de campanhas, se o surto não for interrompido dentro de 120 dias. Campanhas 4 e 5 podem ser realizadas, caso necessário, até que duas campanhas tenham sido realizadas, após a última detecção do poliovírus ³	Consulta contínua à GPEI e ao <i>mOPV2 Advisory Group</i> para revisar a estratégia e seu alcance.			
PVS 2 <ul style="list-style-type: none"> ■ Ser humano Depende da situação local e se o vírus é proveniente de uma falha de contenção identificada ou de uma reemergência de fonte desconhecida	Campanha 1 (rodada zero)¹ Pequena zona geográfica de risco imediato (epicentro do surto)	Depende da área afetada	<5 anos	VOPm2 Solicitar ao diretor-geral da OMS por meio do Grupo Assessor sobre a VOPm2 (<i>mOPV2 Advisory Group</i>).	Dentro de 14 dias. A resposta oportuna é fundamental.
	Campanha 2 Microplanejamento de alta qualidade	Dependendo da área afetada, considerar todas as zonas em risco.	<5 anos	VOPm2	Dentro de 28 dias.

continua

continuação

Tipo de vírus envolvido	Estratégia de campanha	Alcance da campanha	Grupo etário	Vacina	Prazo a partir do Dia 0 (dia do resultado de sequenciamento laboratorial)
<p>PVS 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ser humano <p>Depende da situação local e se o vírus é proveniente de uma falha de contenção identificada ou de uma reemergência de fonte desconhecida</p>	<p>Campanha 3 Com melhorias adicionais da qualidade</p>	<p>Dependendo da área afetada, considerar todas as zonas em risco.</p>	<p><5 anos</p>	<p>VOPm2</p>	<p>Dentro de 6–8 semanas.</p>
	<p>Operação limpeza² Necessária em todas as áreas/zonas de saúde que não cumpriram os padrões de qualidade (por exemplo: cobertura <95)%</p>	<p>Conforme necessário.</p>	<p><5 anos</p>	<p>VOPm2</p>	<p>Operação limpeza dentro de 3 meses (90 dias) a partir da notificação dos resultados do sequenciamento de vírus, em todas as áreas de saúde que não cumpriram os padrões de qualidade.</p>
	<p>Operação limpeza adicional² ou ampliação do número de campanhas, se o surto não for interrompido dentro de 120 dias. Campanhas 4 e 5 podem ser realizadas caso necessário, até que duas campanhas tenham sido realizadas, após a última detecção do poliovírus³</p>	<p>Consulta contínua à GPEI e ao <i>mOPV2 Advisory Group</i> para revisar a estratégia e seu alcance.</p>			

continua

conclusão

Tipo de vírus envolvido	Estratégia de campanha	Alcance da campanha	Grupo etário	Vacina	Prazo a partir do Dia 0 (dia do resultado de sequenciamento laboratorial)
PVS2 Falha de contenção	Consultar a orientação para gestão de saúde pública diante da exposição a poliovírus vivos relacionados com os estabelecimentos ^j	Infecção por PVS ou caso de PFA: verificar a situação vacinal e administrar VOPm2 ou VIP no indivíduo exposto/caso, familiares e contatos próximos. Analisar opções de resposta mais ampla.			
PVS 2 Ambiente		Investigar com ênfase um possível descumprimento das normas de contenção; a resposta depende de muitos fatores.			

Fonte: WHO, 2022

Somente a Campanha 1 pode ser chamada de "rodada zero" para ressaltar que a velocidade é a prioridade número um.

Uma operação limpeza será necessária se houver evidência de <95% de cobertura, se há persistentemente crianças não vacinadas (por exemplo, reveladas por monitoramento independentemente de grupos de difícil acesso, habitantes de aldeias recém-descobertas ou recusa vacinal contumaz) ou qualquer outra evidência que sugira alcance ou qualidade inadequados da campanha. Quaisquer informações anedóticas que sugiram lacunas na vacinação devem ser investigadas minuciosamente.

A escala e o alcance das campanhas dependerão das circunstâncias locais. Por exemplo, em situações específicas, uma etapa de campanha e uma operação limpeza podem ser suficientes se a operação cobrir a área de detecção do último poliovírus isolado.

^j Ver *Public Health Management of Facility-Related Exposure to Live Polioviruses: Interim guidance in managing exposed persons for countries hosting facilities that maintain live polioviruses*, disponível no site da GPEI; <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>.

ANEXO F

PRINCIPAIS PASSOS E CRONOGRAMA PARA COMPONENTES CRÍTICOS PARA RESPOSTA A UM EVENTO OU SURTO DE POLIOMIELITE

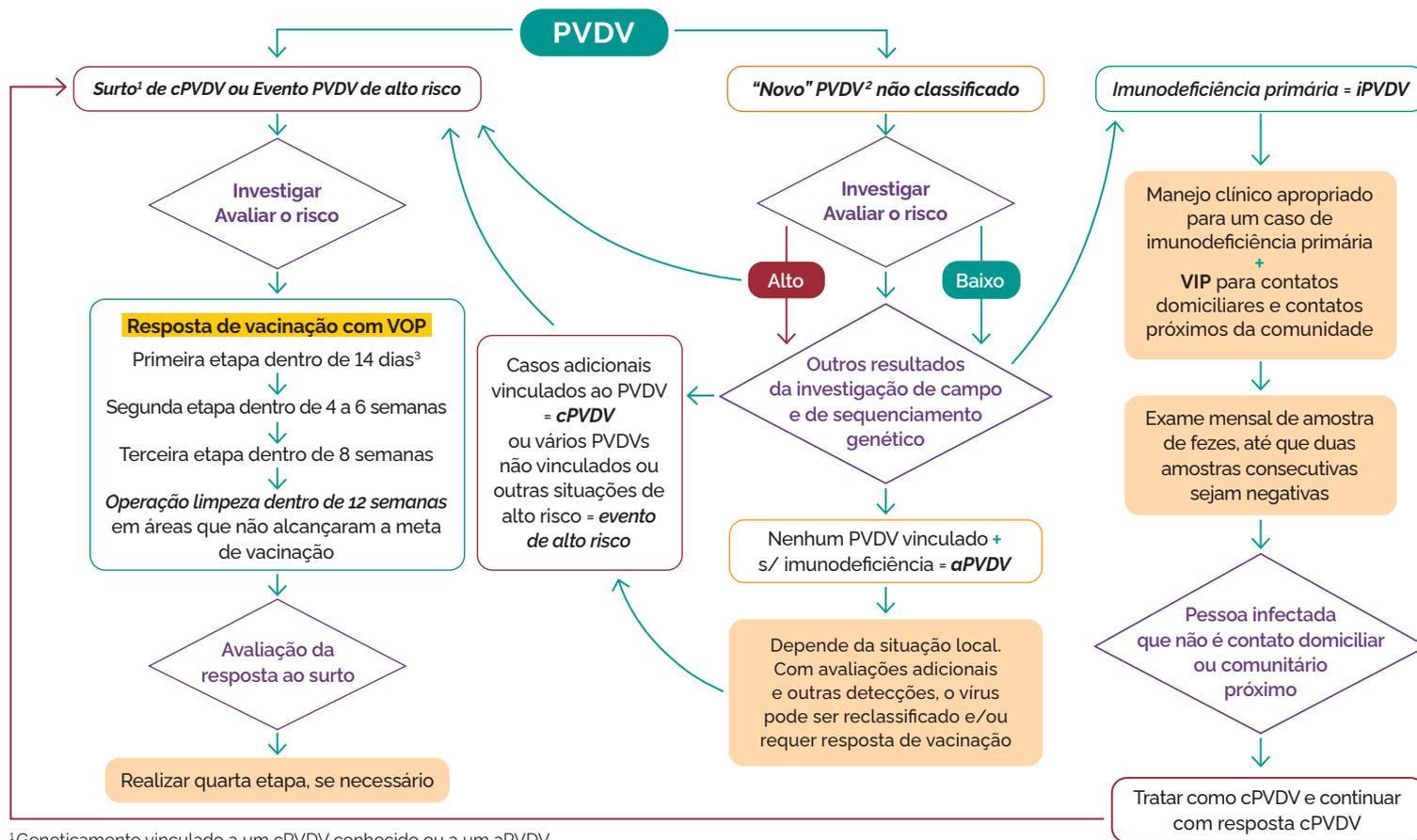
Medidas a serem tomadas	
Resposta a todos os isolamentos	Prazo (a partir da notificação dos resultados de laboratório)
Investigação de casos e contatos.	Dentro de 24 horas.
Busca de casos na comunidade.	Dentro de 24 horas.
Avaliação da cobertura vacinal.	Dentro de 24 horas.
Vigilância reforçada.*	Dentro de 72 horas.
Avaliação e classificação de risco (por parte do Grupo de Erradicação e Gerenciamento de Surtos).	Dentro de 72 horas.
Solicitação da VOPm2, se aplicável.	Dentro de 72 horas.
Declaração de Emergência em Saúde Pública.	Dentro de 72 horas.
Mobilizar, quando necessário (por parte da Equipe de Trabalho sobre a Preparação e Resposta a um Surto): <ul style="list-style-type: none">■ A equipe de resposta rápida (equipe A) e■ A equipe de reforço da resposta (equipe B).	<ul style="list-style-type: none">■ 72 horas para iniciar a mobilização da equipe A.■ 3 semanas para a mobilização da equipe B.
Primeira etapa de vacinação.	Dentro de 14 dias.
Segunda e terceira campanha de vacinação. Operação limpeza em áreas não adequadamente vacinadas, se necessário.	Dentro de 90 dias.
Avaliação da cobertura vacinal com garantia de qualidade.	Mediante MRC, de acordo com as normas utilizadas habitualmente em Campanhas.
Avaliações independentes da resposta ao surto.	<ol style="list-style-type: none">1. Primeira avaliação independente em 3 meses: deve ser executada 3 meses após a detecção do primeiro caso de surto de poliomielite.2. Avaliações trimestrais de seguimento: 3 meses após a primeira avaliação trimestral e deve ser repetida a cada 3 meses enquanto o surto estiver ativo.3. Avaliação do final do surto: 12 + 1 mês de margem, após detecção do último poliovírus.

Fonte: WHO, 2022.

*Vigilância da PFA alcançando uma taxa anual de pelo menos 3 casos por 100 mil menores de 15 anos de idade, no nível estadual, no período de duração do surto e com mínimo de 12 meses após o último caso.

ANEXO G

ESTRATÉGIAS DE RESPOSTA APÓS A DETECÇÃO DE UM POLIOVÍRUS DERIVADO DA VACINA



¹ Geneticamente vinculado a um cPVDV conhecido ou a um aPVDV.

² Amostra de vigilância ambiental ou de caso de PFA não vinculado a um aPVDV conhecido.

³ Desde o dia zero, que é o dia em que foi conhecido o resultado laboratorial de um sequenciamento genético de um PVDV2.

ANEXO H

VALIAÇÃO DA QUALIDADE DA RESPOSTA: FATORES A SEREM CONSIDERADOS ANTES, DURANTE E APÓS A IMPLEMENTAÇÃO

Vigilância	Vacinação	Comunicação e mobilização social
Planejamento e preparação		
<ul style="list-style-type: none">■ Revisão rápida dos dados de vigilância disponíveis.■ Aumento da frequência de amostragem ambiental para cada duas semanas.■ Iniciar nova vigilância ambiental, se apropriado.■ Validar a coleta de amostra de casos de PFA e de esgoto.	<ul style="list-style-type: none">■ Indicadores do painel de controle da preparação >90%.■ Evidência de treinamento para todo pessoal.■ Microplanos rigorosos com mapeamento detalhado, complementado por inovações tais como, imagens de sistema de informação geográfica (GIS) e validação cruzada, quando viável.	<ul style="list-style-type: none">■ Evidência de articulação com a comunidade, grupos de mulheres e líderes religiosos.■ Compromisso do governo nacional com um suporte ativo para a resposta.■ Estratégias detalhadas e atualizadas dirigidas a populações especiais.■ Detalhada investigação de caso (s) e/ou comunidade para identificar populações especiais ou crianças com esquema de vacinação incompleto.
Implementação		
<ul style="list-style-type: none">■ Taxa de notificação anual >3 casos de PFA / 100 mil menores de 15 anos na área do surto e área de risco imediata.■ Impacto da vigilância fortalecida (por exemplo, fonte e número de casos de PFA notificados, busca ativa).■ Indicadores de processo e desempenho de vigilância ambiental¹.	<ul style="list-style-type: none">■ Cobertura >95% em monitoramento independente durante a campanha de vacinação.■ Cobertura >95% em verificações aleatórias e inquéritos de cobertura (por exemplo, em mercados, rodoviárias, aeroportos, paradas de ônibus).■ Uso de estratégias para garantir que as fronteiras estão cobertas (por exemplo, encontro entre as equipes de ambos os lados).	<ul style="list-style-type: none">■ Estratégias direcionadas a otimizar as atividades de resposta em populações especiais.■ Evidência de um aumento da sensibilidade da população a PFA e a importância da vacinação.■ Apoio ativo da comunidade incluindo grupos de mulheres e líderes religiosos, durante as campanhas de vacinação.■ Nenhum grupo recusando a vacinação.

continua

Vigilância	Vacinação	Comunicação e mobilização social
Seguimento pós-campanha		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Vigilância da PFA >3 casos/100 mil por, pelo menos, 12 meses após o último poliovírus detectado. ■ Análise específica da taxa de PFA para todas as populações de alto risco. ■ Evidência de impacto da vigilância em populações de difícil acesso, inacessíveis e de alto risco. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cobertura $\geq 95\%$ em monitoramento independente pós-campanha. ■ Nenhuma evidência de crianças persistentemente não vacinadas ou áreas geográficas descobertas. ■ Relatórios robustos e oportunos, usando inovações, tais como, coleta de dados on-line e uso de GPS para mapeamento de áreas de acordo com a cobertura vacinal, quando possível. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Provas de que o conhecimento da população sobre a campanha era >90% em todos os domicílios (monitoramento e amostragem por conglomerado). ■ Cobertura $\geq 95\%$ em populações especiais. ■ Análise de dados desagregados para: populações de alto risco, gênero, crianças não vacinadas e recusas a vacinação, para orientar intervenções.

Fonte: WHO, 2022.

Para obter orientações detalhadas, consulte o *Plano de Ação Global de Vigilância da Pólio* e o documento *Fortalecimento da Vigilância Ambiental da Pólio após a detecção de Poliovírus Tipo-2* relacionado à vacina, na biblioteca da GPEI (<http://polioeradication.org/tools-and-library/>).

ANEXO I

AVALIAÇÃO DE RISCO: RESUMO DOS ELEMENTOS PARA A AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DE RISCO DE UM NOVO ISOLAMENTO PVDV, PVS OU SABIN LIKE2

Categoria de risco	Alto	Baixo	Observações
Virologia			
cPVDV	Automaticamente definido como situação de alto risco		Procurar um especialista em virologia para avaliação
Fatores virológicos	Substancial	Não substancial	
■ Variação genética do poliovírus Sabin (alterações nucleotídicas).	Relacionado	Não relacionado	
■ Relação, se houver, com isolamentos anteriores.	Sim	Não	
■ Caracterização/ interpretação do virologista.	Sim	Não	
■ Cocirculação com PVS.			
■ Detecção de outros PVDVs (não relacionados) na região.	Sim	Não	
Fonte Humana	Sim	Não	
■ Coisolamento com outro poliovírus Sabin ou enterovírus.	Não	Sim	
■ Evidência de imunodeficiência primária.			
Fonte ambiental			
■ Número/densidade do vírus na amostra.	Alto	Médio/baixo	
■ Mistura de poliovírus, vírus Sabin e outros vírus entéricos na amostra.	Sim	Não	

continua

continuação

Categoria de risco	Alto	Baixo	Observações
Contexto			
Características do caso			
<ul style="list-style-type: none"> ■ Membro de conhecida população de "alto risco"/população desassistida (favela, minorias, refugiados, móvel, deslocados internos etc.). 	Sim	Não	Revisão e discussão por expertos, entre país, região e nível mundial
<ul style="list-style-type: none"> ■ Não vacinado ou com esquema incompleto. 	Sim	Não	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Idade acima de 5 anos. 	Sim	Não	
Dados de cobertura			
<ul style="list-style-type: none"> ■ Cobertura de rotina (VIP se disponível – caso contrário, DPT3) no nível municipal da área afetada. ■ Qualidade de campanhas de vacinação prévias (>5% de crianças não vacinadas). 	Baixa	Boa/alta	"Imunidade da população" para poliovírus tipo 2, de acordo com o tempo desde a substituição da VOPT pela VOPb para estimar a população não protegida e uso da VIP para fazer uma estimativa da população não imunizada frente ao tipo 2
	Baixa	Adequada/boa	
Qualidade da vigilância			
<ul style="list-style-type: none"> ■ Falhas na vigilância (por exemplo, indicadores de PFA abaixo da meta, vigilância ambiental pouco frequente ou ausente, vírus órfãos) no nível municipal da área afetada. ■ Outra detecção recente de poliovírus. 	Evidente	Adequada/boa	
	Sim	Não	

continua

continuação

Categoria de risco	Alto	Baixo	Observações
Contexto do âmbito estadual			
■ Área grande e densamente povoada.	Sim	Não	
■ Populações de alto risco conhecidas (por ex.: móveis, refugiados, comércio, peregrinos, deslocadas).	Sim	Não	
■ Área insegura e/ou inacessível afetando a vigilância e/ou a vacinação.	Sim	Não	
■ Qualquer tipo de evento sentinela sugerindo alto risco de rápida disseminação.	Sim	Não	
■ Evidência de falha de contenção.	Sim	Não	
■ Achado de VOpt/ VOPm2 na cadeia de distribuição.	Sim	Não	
■ Condições ambientais associadas com alto nível de transmissão fecal-oral.	Precária condição de água e saneamento	Adequada/boa condição de água e saneamento	
Propagação internacional			
Vínculo com Fronteira Internacional			
■ Vínculo de transporte direto ou contíguo a fronteira internacional (especialmente se outra área é conhecida como de alto risco).	Sim	Não	Investigação local do caso/ baseada em dados disponíveis
■ Vínculos entre o local ou pessoa com poliovírus com outros países (por exemplo, mercados, rotas de transporte).	Sim	Não	Revisão e discussão por expertos da GPEI em consulta com o país no âmbito regional

continua

conclusão

Categoria de risco	Alto	Baixo	Observações
<ul style="list-style-type: none"> História de viagem do caso de poliovírus ou contato domiciliar (por exemplo, refugiados, nômades, peregrinos, exilado). 	Sim	Não	
<ul style="list-style-type: none"> História de outro evento sentinela compartilhado entre fronteiras. 	Sim	Não	
<ul style="list-style-type: none"> História prévia de padrões de transmissão de pólio (cólera) e surtos entre países. 	Sim	Não	
Mobilidade da população – migração			
<ul style="list-style-type: none"> Pontos de serviço comuns entre a área infectada e áreas vizinhas, como mercados, locais de peregrinação, pontos de coleta de água para grupos nômades (por ex.: indígenas). 	Sim	Não	
<ul style="list-style-type: none"> Evidência de altos níveis de migração (a partir dos dados do sequenciamento, dados de telefone móveis disponíveis, padrões de migração anteriores etc.). 	Sim	Não	
Contexto de áreas vizinhas			
<ul style="list-style-type: none"> Evidência de falhas na vigilância ou outros fatores de alto risco em áreas vizinhas suscetíveis à importação desde a área afetada. 	Sim	Não	
<ul style="list-style-type: none"> Imunidade populacional em países vizinhos. 	Baixo	Bom/alto	
<ul style="list-style-type: none"> Conflito. 	Presente	Nenhum	

Fonte: WHO, 2022.

ANEXO J

CRONOGRAMA E AÇÕES NO PRIMEIRO MÊS APÓS A DETECÇÃO DO POLIOVÍRUS

Ações	Número de dias após os resultados do sequenciamento																
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15-30	30+
Notificação																	
A GPLN ¹ informa as autoridades nacionais de saúde do país afetado e ao escritório da Opas/Brasil, regional e sede da OMS.	■																
O país informa as autoridades nacionais de saúde, a sede da OMS informa os parceiros relevantes da GPEI.		■	■														
O ponto focal do RSI notifica a OMS.		■	■	■													
Investigação																	
A equipe do país inicia a investigação epidemiológica/social.		■	■	■													
Coordenação																	
Estabelecidos os mecanismos de resposta a eventos/surtos nos escritórios regionais e sede da OMS, incluindo o OPRTT para coordenação dos parceiros da GPEI.			■	■													
Ativação da resposta rápida e mobilização o mais pronto possível. Equipe A		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Ativado e mobilizado o suporte para resposta ao surto, o mais pronto possível. Equipe B															■	■	■

continua

continuação

Ações	Número de dias após os resultados do sequenciamento																
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15-30	30+
Avaliação de risco e diretrizes para resposta																	
A equipe do país apresenta a avaliação de risco e a proposta de resposta aos parceiros da GPEI (Grupo Assessor para VOPm2/EOMG).			■	■													
A equipe do país submete a solicitação de vacina VOPm2, se aplicável.				■	■												
Os parceiros da GPEI fornecem recomendações para a equipe do país.			■	■													
Classificação do surto pela Equipe de Emergência em Saúde da OMS.				■													
A equipe do país finaliza e envia o orçamento e as diretrizes para resposta a surto.							■	■									
Gestão de vacinas																	
Diretora-geral da OMS autoriza a liberação de VOPm2 do estoque global, se aplicável.			■	■													
VOPm2 enviada ao país, se aplicável.							■	■	■	■							
VOPm2 enviada a área a ser vacinada, se aplicável.									■	■	■	■					

continua

conclusão

Ações	Número de dias após os resultados do sequenciamento																
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15-30	30+
Atividades de resposta																	
Financiamento "sem arrependimento" (até \$ 500.000) enviados ao escritório de país e regional da Opas para financiar as atividades iniciais de resposta.				■	■												
Declaração de surto de poliomielite como uma emergência de saúde pública nacional.				■													
Desenvolver e implementar um plano nacional de articulação e comunicação.					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Iniciar atividades de vigilância fortalecida.					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implementar "Primeira etapa"(Campanha 1).													■	■	■		
Orçamento de resposta a surtos endossado e liberação de fundos para o país.																■	■
Implementar as etapas de campanha 2, 3 e de operação limpeza, se necessário.																	■

Fonte: WHO, 2022.

¹GPLN – Rede Global de Laboratórios de Diagnóstico de Pólio.

ANEXO K

CRONOGRAMA E RESPONSABILIDADE PELAS ATIVIDADES DE RESPOSTA AO SURTO DESDE O DIA 0 ATÉ O TÉRMINO DO SURTO

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Notificação de vírus pelo laboratório – Dia 0	Coordenação do surto	Estabelecer uma equipe de gestão de surto com representação de todas as agências relevantes.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	
	Recursos	Aceder as diretrizes para preparação e resposta a um surto de pólio.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio dos escritórios nacionais da OMS e do Unicef no país.	
		Identificar pessoas treinadas ou experientes em resposta a surtos de poliomielite no país/região.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio dos escritórios nacionais da OMS e do Unicef no país.	Contatar escritórios regionais/sedes da OMS e do Unicef para fornecer rapidamente os documentos necessários.
		Ler todos os relatórios ou documentos de atividades anteriores de resposta a surtos.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	
Em até 24 horas após a notificação	Recursos	Assegurar que a equipe do país tenha os documentos de orientação técnica para apoiar a investigação e a resposta.	Escritórios regionais e sedes da OMS e do Unicef.	
	Investigação	Iniciar investigação epidemiológica e social conjunta.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Em até 24 horas após a notificação	Comunicação	Informar autoridades nacionais e outros parceiros relevantes.	Autoridades nacionais de saúde.	Sede da OMS informa os parceiros da GPEI (OPRTT, EOMG, Comitê de Estratégia).
Em até 24 horas após a notificação	Coordenação de surto e articulação	Briefing do ministro da Saúde, chefe de governo/estado e outros funcionários relevantes sobre as etapas específicas necessárias para uma resposta urgente para interromper o surto: 1. Declarar uma emergência nacional de saúde pública dentro de 72 horas em caso de surto ou aconselhar sobre a necessidade em potencial de declarar uma emergência se o evento de poliovírus for reclassificado como surto.	Autoridades nacionais de saúde, com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Com o apoio dos parceiros da GPEI para assegurar que as autoridades nacionais de saúde tenham a informação necessária para comunicar de forma efetiva as partes interessadas.
	Coordenação de surto e articulação	2. Estabelecer um Centro de Operações de Emergência (COE) nacional se não houver estrutura de coordenação de emergência existente, liderada por um alto funcionário do governo como ponto focal designado e apoiada por pessoal administrativo, de comunicação estratégica, operacional, logística, gestão de insumos e finanças.		
	Coordenação de surto e articulação	3. Implementar as operações de resposta necessárias para interromper a transmissão do vírus de acordo com os procedimentos operacionais padronizados (POPs) de resposta a surtos, tipo de vírus e classificação.		

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Em até 24 horas após a notificação	Coordenação de surto e articulação	4. Garantir mecanismo de monitoramento sistemático em todos os âmbitos (nacional, estadual e municipal) para monitorar o progresso do planejamento, a implementação e o seguimento das ações durante as atividades de resposta. 5. Enviar relatórios oportunos e regulares sobre o progresso das atividades de resposta ao surto aos chefes de governo dos diferentes níveis e parceiros da GPEI.		
Em até 24 horas após a notificação	Comunicação	Alertar a divisão de suprimentos do Unicef se o poliovírus for tipo 2.		Sedes da OMS e do Unicef.
	Coordenação do surto	Iniciar mecanismos de resposta a eventos/surtos nos escritórios regionais e nas sedes. Compartilhar qualquer informação disponível com a equipe do país (avaliação preliminar de riscos, avaliações de vigilância, cobertura histórica, avaliações de segurança, grupos de alto risco etc.).		Parceiros da GPEI.
	Coordenação do surto	Equipe de Preparação e Resposta a Surtos (OPRTT): estabelecer conferências telefônicas semanais entre OMS, Unicef e parceiros da GPEI.	OMS e Unicef devem participar.	OPRTT tomará a iniciativa e liderará as conferências.
	Reforço de recursos humanos	Avaliar a capacidade de RH em campo do sistema nacional de saúde, da OMS, do Unicef e de outros parceiros nacionais para implementar as operações de resposta.	Autoridades nacionais de saúde, escritórios da OMS e do Unicef no país.	
Em até 24 horas após a notificação	Reforço de recursos humanos	Solicitar brevidade na emissão de vistos no ponto de entrada para quaisquer membros estrangeiros da equipe de resposta ao surto.	Autoridades nacionais de saúde.	Contatar escritórios regionais/sedes da OMS e do Unicef para fornecer rapidamente os documentos necessários.

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Em até 24 horas após a notificação	Reforço de recursos humanos	Ativar os processos da equipe de reforço; enviá-la ao local assim que estiver disponível (meta: 72 horas para Equipe de Resposta Rápida; 21 dias para Equipe de Reforço).	Escritórios da OMS e do Unicef no país para tomar as providências necessárias no país.	OPRTT coordena.
Em até 24 horas após a notificação	Avaliação de risco e resposta	Iniciar a avaliação de risco com uma proposta de estratégia de vacinação de resposta.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Com apoio dos escritórios regionais e sedes da OMS e do Unicef.
Em até 24 horas após a notificação	Comunicação	Identificar um ponto focal na mídia para atuar como porta-voz do surto.	Autoridades nacionais de saúde, escritórios da OMS e do Unicef no país para aprovar/nomear.	
		Trabalhar com parceiros e contrapartes do governo para: <ul style="list-style-type: none"> ■ Realizar análise do cenário de mídia. ■ Realizar coletiva de imprensa/emitir comunicado à imprensa. ■ Iniciar monitoramento da mídia. 	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios nacionais da OMS e do Unicef no país.	Com apoio dos escritórios regionais e sedes da OMS e do Unicef.
	Emergências complexas (se aplicável)	Informar o coordenador residente das Nações Unidas e a Equipe Humanitária no país.	Escritório da OMS no país.	
Em até 24 horas após a notificação	Emergências complexas (se aplicável)	Coordenar com o Departamento de Salvaguarda e Segurança das Nações Unidas (UNDSS) em missões de campo.	Representantes da OMS e Unicef.	

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Em até 24 horas após a notificação	Emergências complexas (se aplicável)	Avaliar segurança e acesso na área do isolamento do vírus e áreas adjacentes. Solicitar ao consultor de segurança que realize uma avaliação de campo.	UNDSS, em colaboração com as autoridades nacionais.	Consultores de segurança do escritório regional e da sede da OMS dão apoio, conforme necessário.
Em até 72 horas (3 dias) após a notificação	Avaliação de risco e planejamento de resposta	1) Finalizar a avaliação de risco e a proposta de resposta , com todas as informações disponíveis, inclusive dos países vizinhos. 2) Apresentar a avaliação de risco e a proposta de resposta à OPRTT/EOMG (poliovírus tipo 1 ou tipo 3) ou ao Grupo Consultivo de VOPm2 (poliovírus tipo 2) para retroalimentação e recomendações.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Escritório regional e sede da OMS com apoio da OPRTT.
	Planejamento logístico	Elaborar um plano de logística que inclua: previsão de consumo de vacinas, rede de frio, armazenamento, distribuição, monitoramento da utilização, prestação de contas da vacina e descarte.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios nacionais da OMS e do Unicef no país.	Com apoio da sede do Unicef.
	Pedido de vacina	Enviar o formulário de solicitação de vacina VOPm2 para autorização de liberação da vacina pelo diretor-geral da OMS.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios nacionais da OMS e do Unicef no país.	Secretaria do Grupo Consultivo de VOPm2 analisará e enviará à Divisão de Suprimentos do Unicef.
	Resposta ao surto	Declaração do surto de poliomielite como emergência nacional de saúde pública.	Autoridades nacionais de saúde.	
Em até 72 horas (3 dias) após a notificação	Notificação do RSI	Enviar notificação do RSI para a OMS; um resumo pode ser publicado no site da OMS como Notificação de Surto de Doença (<i>Disease Outbreak Notification – DON</i>).	Ponto focal nacional do RSI.	Com apoio da sede da OMS.

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Em até 72 horas (3 dias) após a notificação	Classificação	Preparar e participar da conferência de nível 3 da OMS para classificação de surto pelo Programa de Emergências Sanitárias da OMS, escritório regional e escritório nacional da OMS, conforme o Marco de Resposta a Emergências.	Escritórios nacionais da OMS e Unicef, com autoridades nacionais de saúde.	Sede da OMS coordena, sede do Programa de Emergências realiza a classificação em consulta com o escritório regional.
	Financiamento	Liberar financiamento "sem arrependimento" (até US\$ 500.000) para o escritório regional/do país para financiar as atividades de resposta iniciais.		Sede da OMS coordena e libera.
	Logística	Iniciar o envio da vacina de acordo com as diretrizes para de resposta.	Escritório do Unicef no país.	Divisão de Suprimentos do Unicef.
Em até 72 horas (3 dias) após a notificação	Resposta ao surto	Comunicar as diretrizes preliminares a todos os níveis envolvidos nas atividades de resposta.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	
Em até 72 horas (3 dias) após a notificação	Resposta ao surto	<p>Ajustar as diretrizes para resposta ao surto.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes e risco de transmissão adicional. ■ Estratégia proposta para campanha de vacinação (alcance, cronograma etc.). ■ Atividades de fortalecimento da vigilância. ■ Atividades de articulação, comunicação e mobilização social. ■ Coordenação e parcerias. 	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	OPRTT facilita a análise e recomendações dos parceiros da GPEI.

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Em até 72 horas (3 dias) após a notificação	Resposta ao surto	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avaliação dos recursos humanos. ■ Monitoramento, avaliação e avaliações da resposta ao surto (ARS). ■ Orçamento. <p>Solicitar retroalimentação e aportes de equipes estaduais e municipais.</p>	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	OPRTT facilita a análise e recomendações dos parceiros da GPEI.
		<p>Ativar o centro de operações de emergência (COE) nacional ou a estrutura de coordenação de emergência existente para implementar as atividades necessárias para a primeira resposta de imunização e atividades subsequentes no marco das diretrizes para resposta a surtos.</p>	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Com apoio dos escritórios regionais da OMS e do Unicef.
	Articulação e comunicação	<p>Ajustar o plano nacional de articulação e comunicação com enfoque no envolvimento da comunidade, mobilização social e estratégias gerais de divulgação de informações durante o período de resposta ao surto. Incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sessões de conscientização pré-campanha dirigidas a populações de alto risco e de difícil acesso. ■ Comunicação proativa visando garantir que as comunidades e os profissionais de saúde sejam conscientizados dos perigos da doença e dos benefícios da vacina. 	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Com apoio dos escritórios regionais/sedes da OMS e do Unicef.

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Em até 72 horas (3 dias) após a notificação	Articulação e comunicação	<ul style="list-style-type: none"> Envolver influenciadores-chave e partes interessadas (incluindo líderes políticos, religiosos, comunitários e celebridades) para obter acesso a comunidades difíceis de alcançar. Elaborar um plano especial de comunicação de crise para abordar boatos em caso de resistência à vacinação e orientar ações rápidas de resposta a eventos adversos após a vacinação. 		
		Fornecer briefing às mais altas autoridades do governo do mais alto nível (por exemplo, memorando para o gabinete ou briefing presidencial). Outros parceiros estratégicos essenciais para uma resposta bem-sucedida (ministérios relevantes, parlamentares, líderes políticos/religiosos/civis, ONGs e parceiros atuantes no epicentro do surto).	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	
Em até 72 horas (3 dias) após a notificação	Comunicação	Realizar uma sessão informativa de seguimento para os meios de comunicação sobre os planos e as propostas de resposta ao surto.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Com apoio do escritório regional e sede do Unicef.
	Comunicação para Desenvolvimento (C4D), mobilização social e comunicação	Compartilhar o kit de ferramentas de C4D para poliomielite e a lista de contratos de longo prazo que o escritório do país pode alavancar imediatamente para acelerar as atividades de resposta.		Escritório regional e sede do Unicef.

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Em até 72 horas (3 dias) após a notificação	Comunicação para Desenvolvimento (C4D), mobilização social e comunicação	Completar o perfil social do caso e do contexto usando ferramentas especiais de investigação do país para orientar o projeto de intervenções de C4D.	Autoridades nacionais de saúde e escritórios nacionais do Unicef.	Escritório regional e sede do Unicef com apoio da OPRTT.
Em até 7 dias após a notificação	Reforço dos recursos humanos	Determinar os requisitos de reforço de recursos humanos junto à OPRTT, com base na classificação do surto e nas necessidades do país.	Autoridades, com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	OPRTT facilita o apoio dos parceiros da GPEI.
	Resposta ao surto	Desenvolver um painel de controle da preparação para avaliar o grau de preparação para a "Campanha 1". Iniciar o rastreamento de atividades (por exemplo, usando um painel de controle disponíveis para orientação).	Autoridades nacionais de saúde.	
Em até 7 dias após a notificação	Reforço da vigilância	<p>Iniciar atividades de fortalecimento de vigilância:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Notificar e sensibilizar os profissionais de saúde das unidades de vigilância nacionais e subnacionais sobre os requisitos de notificação. ■ Implementar atividades suplementares de busca de casos de PFA. ■ Revisar e reclassificar os estabelecimentos da rede de notificação negativa de PFA. ■ Garantir que o laboratório nacional esteja envolvido no planejamento de resposta a surtos para garantir que a capacidade seja fortalecida. ■ Aumentar a frequência de amostragem ambiental em locais já existentes, quando viável e apropriado. 	Autoridades nacionais de saúde, com apoio do escritório da OMS no país.	Com apoio dos parceiros da GPEI.

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Em até 7 dias após a notificação	Articulação e comunicação	Elaborar um plano de articulação externa para garantir compromisso político de alto nível do país afetado e complementar os esforços de ativismo no país.	Autoridades, com apoio dos escritórios nacionais da OMS e do Unicef no país.	OPRTT, escritórios regionais e sedes da OMS/Unicef.
		Diretores regionais da OMS e do Unicef enviam ofício ao ministro da Saúde destacando a emergência e o total apoio dos representantes e organizações no país para orientação e apoio.	Escritórios da OMS e do Unicef no país.	Diretores regionais da OMS/Unicef.
Em até 7 dias após a notificação	Comunicação	Iniciar a elaboração de um relatório de situação conjunto OMS/Unicef para atualizar semanalmente os parceiros da GPEI a respeito do andamento das atividades de investigação, planejamento e resposta.	Escritórios da OMS e Unicef no país.	Com apoio dos escritórios regionais e sedes da OMS e do Unicef.
		Informar a comunidade de doadores em geral de que houve uma detecção de poliovírus e o estado das atividades de resposta, incluindo imunização e vigilância.	Escritórios da OMS e Unicef nos países, juntamente com doadores e mídia nos países.	
		Finalizar um <i>mídia</i> kit com as principais mensagens; produzir briefings para a mídia e outros produtos de comunicação relevantes para uso local e regional/global durante o surto.	Autoridades nacionais de saúde com apoio do escritório do Unicef no país.	Com apoio do escritório regional e sede do Unicef.
		Iniciar um briefing semanal da mídia sobre as diretrizes para resposta e o estado das atividades de vacinação e vigilância.	Autoridades nacionais de saúde com apoio do escritório do Unicef no país.	

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Em até 7 dias após a notificação	Emergências complexas (se aplicável)	<p>Iniciar desenvolvimento de um plano de acesso, a incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mapeamento de líderes comunitários, atores-chave, partes interessadas e identificação de influenciadores. ■ Planejamento de estratégias de pontos de vacinação permanentes ou móveis, em torno de áreas inacessíveis. ■ Planejamento de estratégias de vacinação oportunista para alcançar populações em áreas inacessíveis. 	Autoridades nacionais de saúde com apoio do UNDSS.	Escritórios regionais da OMS.
	Coordenação com parceiros	Iniciar coordenação entre parceiros e outras agências das Nações Unidas e agências humanitárias em campo.	Escritório da OMS no país.	Escritórios regionais da OMS.
Em até 14 dias após a notificação	Diretrizes para resposta ao surto e orçamento	Finalizar as diretrizes para resposta ao surto e orçamento para 6 meses, em um prazo de uma semana.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	OPRTT coordena com os parceiros da GPEI a análise retroalimentação e orçamento.
		Iniciar o monitoramento da atividade das diretrizes para resposta a surtos para acompanhar a implementação (por exemplo, mediante uso de painel de controle).	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	
	Coordenação com parceiros	Estabelecer uma reunião semanal com as partes interessadas na decisão no país para coordenar e monitorar a implementação das diretrizes para resposta a surtos.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Em até 14 dias após a notificação	Plano de operações de resposta ao surto	Iniciar o desenvolvimento do macroplano de operações nacionais para a "Campanha 1", o qual deve detalhar estratégia, estrutura de coordenação, vacinas, logística, recursos humanos, supervisão, mobilização social, comunicação e necessidade de treinamento etc. Revisar o macroplano para as etapas subsequentes de Campanha (2 e 3) e uma "operação limpeza".	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Escritórios regionais da OMS/Unicef.
	Microplanejamento	Desenvolver ferramentas e treinamento para o microplanejamento para a "Campanha 1", detalhando estratégias, estrutura de coordenação, vacinas, logística, recursos humanos, supervisão, mobilização social, comunicação e necessidade de treinamento etc. Revisar os microplanos para as campanhas subsequentes (2 e 3) e "operação limpeza".	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Escritórios regionais da OMS/Unicef.
	C4D, mobilização social e comunicação	Implementar um plano de articulação e comunicação para envolver todas as partes interessadas nas atividades de resposta a surtos nos diferentes níveis.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	OPRTT facilitará o apoio dos parceiros.
Em até 14 dias após a notificação	Comunicação	Assegurar que o relatório de situação conjunto da OMS/Unicef seja gerado e distribuído entre os parceiros.	Escritórios da OMS e Unicef no país.	

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Em até 14 dias após a notificação	Emergências complexas (se aplicável)	Iniciar o processo para preencher vagas em áreas infectadas e de alto risco.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Com apoio dos escritórios regionais da OMS e do Unicef.
		Acionar um agente de segurança de campo.	Autoridades nacionais de saúde.	Com suporte técnico da sede da OMS.
		Implementar plano de acesso (a seguir, alguns exemplos e estratégias): <ul style="list-style-type: none"> ■ Envolver os líderes da comunidade e identificar influenciadores. ■ Negociar acesso por meio de atores-chave, influenciadores e partes interessadas. ■ Planejamento de estratégias de pontos de vacinação permanentes ou móveis, em torno de áreas inacessíveis. ■ Implementar estratégias de vacinação oportunista para alcançar populações em áreas inacessíveis. 	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Escritório regional da OMS.
Em até 14 dias após a notificação	Vacinação	Em até 14 dias, implementar a "Campanha 1" de resposta de vacinação.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Escritórios regionais da OMS/Unicef.
	Gestão de vacinas	Para a resposta com VOPm2, assegurar a gestão minuciosa de todos os frascos. São necessários monitoramento e notificação detalhados de todos os frascos disponibilizados, recebidos, remanescentes e não contabilizados ao final de cada atividade de vacinação.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Escritório regional e sede do Unicef.

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
14 dias até a conclusão das atividades de imunização (75 a 90 dias)	Financiamento	OPRTT e EOMG devem aprovar as diretrizes para resposta a surtos e orçamento (dentro de 20 dias) e acionar os mecanismos para liberação de fundos. Dentro de 28 dias, os fundos devem estar disponíveis no país.		OPRTT facilitará o processo.
	Monitoramento da preparação	Desenvolver painel de controle de monitoramento da preparação da campanha, a ser usado para avaliar o grau de preparação das campanhas nos diferentes níveis.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	
	Monitoramento da preparação	Realizar avaliações do grau de preparação 2 semanas, 1 semana e 3 dias antes da implementação da campanha, para fundamentar um suporte técnico direcionado visando garantir a qualidade da campanha.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	
	Monitoramento da articulação	Acompanhar a implementação dos planos de articulação interna e externa. Tomar nota de intervenções bem-sucedidas e comunicar necessidades adicionais à OPRTT.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	OPRTT facilitará o apoio junto aos parceiros da GPEI.
14 dias até a conclusão das atividades de imunização (75 a 90 dias)	Monitoramento da imunização	Estabelecer monitoramento para as campanhas: <ul style="list-style-type: none"> ■ Supervisão. ■ Monitoramento independente (intra e pós-campanha). ■ Reuniões diárias de revisão (desempenho da equipe, relatórios diários). 	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Com apoio do escritório regional/sede da OMS.

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
14 dias até a conclusão das atividades de imunização (75 a 90 dias)	Monitoramento da imunização	<ul style="list-style-type: none"> Amostragem para garantia da qualidade de lotes (LQAS). Análises de cada etapa da campanha, incluindo recusas à vacinação, questões relacionadas à desconfiança etc. 	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Com apoio do escritório regional/sede da OMS.
	Monitoramento da comunicação	Estabelecer o monitoramento das intervenções de comunicação.	Autoridades nacionais de saúde, escritórios da OMS e do Unicef no país.	Com apoio do escritório regional e sede do Unicef.
	Microplanejamento	Desenvolver ferramentas e treinamento para o microplanejamento, detalhando estratégias, estrutura de coordenação, vacinas, logística, recursos humanos, supervisão, mobilização social, comunicação e necessidades de capacitação etc.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	
14 dias até a conclusão das atividades de imunização (75 a 90 dias)	Capacitação	Realizar capacitação de trabalhadores da linha de frente (vacinadores, supervisores, mobilizadores sociais), com foco em habilidades técnicas, de comunicação e interpessoais para as áreas-alvo das Campanhas 2 e 3.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	
	Gestão de informações	Articular com os gestores de dados do país para identificar e resolver problemas de formato e integridade dos dados.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Escritório regional da OMS.
	Gestão de vacinas	Avaliar a capacidade da rede de frio e as capacidades de gestão de vacinas e tomar medidas urgentes para preencher quaisquer lacunas antes do início da Campanha 2.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Com apoio do escritório regional e sede do Unicef.

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
14 dias até a conclusão das atividades de imunização (75 a 90 dias)	Coordenação com parceiros	Realizar reuniões periódicas com os doadores e atividades de articulação.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	
14 dias até a conclusão das atividades de imunização (75 a 90 dias)	Coordenação com parceiros	Assegurar uma discussão aprofundada e alinhamento com outros parceiros de saúde para considerar intervenções adicionais a serem realizadas concomitantemente com a vacinação oral, como vitamina A e tratamento em massa com anti-helmínticos, quando possível, especialmente durante surtos do tipo 1 e 3 (a integração para surtos do tipo 2 só deve ser considerada em casos excepcionais).	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Com apoio da OPRTT.
	Vacinação	Implementar atividades de vacinação subsequentes (Campanha 2, Campanha 3, operação limpeza), conforme as diretrizes para resposta a surtos	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	OPRTT facilitará o apoio junto aos parceiros da GPEI.
14 dias até a conclusão das atividades de imunização (75 a 90 dias)	Vacinação	Empreender atividades para melhorar a qualidade da campanha em cada etapa subsequente: <ul style="list-style-type: none"> ■ Triangulação de dados, incluindo: áreas de baixo desempenho, dados sociais sobre recusas/crianças não vacinadas ou outras barreiras sociais observadas, dados de vigilância etc. ■ Realizar capacitação adicional de vacinadores e supervisores para aprimorar suas habilidades interpessoais. 	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	OPRTT, escritórios regionais e sedes da OMS/Unicef.

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
14 dias até a conclusão das atividades de imunização (75 a 90 dias)	Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fortalecer a supervisão, o monitoramento e as reuniões regulares de revisão durante a campanha. ■ Acionar estratégias especiais para alcançar populações não vacinadas, de alto risco ou móveis. ■ Empreender atividades para melhorar a qualidade da campanha, incluindo microplanejamento detalhado com apoio de mapeamento e dados de SIG, quando apropriado e viável. 	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	OPRTT, escritórios regionais e sedes da OMS/Unicef.
	Diretrizes para resposta ao surto	Revisar e adaptar as diretrizes para resposta ao surto, incluindo as atividades de vacinação, vigilância e comunicação, para as fases subsequentes. Acompanhar o progresso realizado e/ou o suporte necessário para preencher quaisquer lacunas remanescentes.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Com recomendações da OPRTT.
	Gestão de informações	Assegurar que os dados de vigilância, campanha e monitoramento sejam preenchidos e enviados aos escritórios regionais e sedes da OMS e Unicef, nos prazos acordados (dentro de 14 dias para todas as campanhas e semanalmente para os dados de PFA).	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	
	Informe do uso de vacinas e prestação de contas	Elaborar relatórios completos de utilização e prestação de contas de vacinas, após cada etapa, incluindo a Campanha 1.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Com apoio do escritório regional e sede do Unicef.

continua

continuação

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
14 dias até a conclusão das atividades de imunização (75 a 90 dias)	Descarte de vacinas	Descartar frascos de vacina usados e parcialmente usados na resposta de imunização do poliovírus tipo 2. Os frascos não abertos devem ser armazenados de forma segura em locais estratégicos com instalações de controle de acesso até que o surto seja considerado encerrado.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Com apoio do escritório regional e sede do Unicef.
Até o encerramento do surto	Análise de dados	Triangular (compartilhar) e analisar todos os dados para avaliar a imunidade da população, a sensibilidade da vigilância e o progresso rumo à interrupção da transmissão.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	OPRTT facilitará o apoio junto aos parceiros da GPEI.
	Vacinação de rotina: recuperação e fortalecimento	Ampliar o apoio à imunização durante o período de resposta ao surto, maximizando o uso da capacidade de escalonamento da resposta para fortalecer a gestão do programa, o microplanejamento, a mobilização da comunidade e o monitoramento do desempenho. O COE deve maximizar efetivamente o benefício do apoio por tempo limitado à vacinação de rotina, por meio de ações selecionadas de acordo com os componentes operacionais da abordagem <i>Reaching Every District</i> (RED)* ou alcançando todos os municípios.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e Unicef no país e dos recursos humanos de reforço no país.	
Até o encerramento do surto	Reforço da vigilância	Continuar atividades de fortalecimento da vigilância: <ul style="list-style-type: none"> ■ Conscientizar e sensibilizar os profissionais de saúde das unidades de vigilância nos diferentes níveis sobre os requisitos de notificação. ■ Revisar e reclassificar os estabelecimentos da rede de notificação negativa de PFA. 	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	Força-Tarefa de Vigilância (STT).

continua

conclusão

Cronograma	Função	Atividades	Responsabilidade	
			País	Regional/Global
Até o encerramento do surto	ARS – 3 meses	<p>Realizar uma avaliação independente da resposta ao surto. Continuar fortalecendo as atividades de vigilância:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Conscientizar e sensibilizar os profissionais de saúde das unidades de vigilância nos diferentes níveis sobre os requisitos de notificação. ■ Revisar e reclassificar os estabelecimentos da rede de notificação negativa de PFA. <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar e fortalecer os esforços para aumentar a imunidade da população. 2. Avaliar e fortalecer a sensibilidade da vigilância. 3. Avaliar o progresso no sentido de interromper a transmissão do poliovírus 	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	OPRTT coordenará.
	ARS – 6, 9, 12 meses etc.	Completar os informes de uso e prestação de contas de vacinas após cada etapa, incluindo a Campanha 1.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	OPRTT coordenará.
	Revisão da classificação – 3 meses	A classificação do evento ou surto será reanalisada a cada 3 meses; se o grau mudar, a resposta será adaptada de acordo.		Sede da OMS coordena, sede do Programa de Emergências realiza a classificação em consulta com o escritório regional.
	Lições aprendidas	Documentar a resposta e compartilhar as lições aprendidas.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do Unicef no país.	

Fonte: WHO, 2022

Acesse a obra na BVS
por meio do QR Code



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsm.s.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal