

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**Secretaria de Estado da Saúde
Gerência Executiva de Vigilância em Saúde
Gerência Operacional de Vigilância Epidemiológica
Núcleo de Doenças Transmissíveis Aguda**

**Plano Estadual de Resposta a um Evento de Detecção de Poliovírus e um
Surto de Poliomielite: Estratégia da Paraíba**

8

**João Pessoa – PB
Novembro de 2019**

Elaboração:

Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba
Gerência Executiva de Vigilância em Saúde
Gerência Operacional de Vigilância
Epidemiológica
Núcleo de Doenças Transmissíveis Agudas
CEP: 58040-440 – João Pessoa/PB

Produção:

Núcleo de Doenças Transmissíveis Agudas –
SES/PB

Organização:

Rejane Barbosa Ciriaco Pinheiro
Técnica de Paralisia Flácida
Aguda/Poliomielite – SES/PB

Colaboração:

Geraldo Antônio de Medeiros
Secretario de Estado da Saúde – PB

Talita Tavares Alves de Almeida
Gerente Executiva de Vigilância em
Saúde – SES/PB

Talitha Emanuelle B. G. de Lira Santos
Gerente Operacional de Vigilância
Epidemiológica – SES/PB

Sandra Gomes de Abreu
Geotecnóloga – SES/PB

Janayra A. Bento
Técnica da Rede de Urgência e
Emergência – SES/PB

Rayanna Wanessa G. Coelho
Gerente Operacional da Atenção
Primária – SES/PB

Isiane Queiroga Silva Cândido
Chefe de Imunização – SES/PB
Diana de Fátima Alves Pinto

Gerente Operacional de Resposta Rápida
– SES/PB

Júlia Freitas S. Azevedo
Coordenadora Estadual do Núcleo de
Vigilância Epidemiológica Hospitalar –
SES/PB

Vagner Matias da Silva
Coordenador da ANVISA/PB

Vanessa Cristina Locatelli de Sousa
Chefe dos Distritos Sanitários Especiais
Indígenas – DSEI/MS

Soraya Galdino de A. Lucena
Presidente do Conselho de Secretarias
Municipais de Saúde – SES/PB

Ana Lúcia de Sousa
Núcleo de Programação da Assistência –
SES/PB

Dalane Loudal Florentino Teixeira
Laboratório Central – SES/PB

Flaviana Moribondo Gonçalves
Coordenadora de Comunicação – SES/PB

Sumário

Lista de Abreviaturas	4
Apresentação	6
1-INTRODUÇÃO	6
Características Geográficas e Populacionais da Paraíba	7
1.2 Rede de Atenção à Saúde.....	9
1.3 Poliomielite - A Doença	11
1.4 Poliovírus - O Vírus.....	13
2-PLANO DE RESPOSTA	15
2.1 Risco Potencial Poliomielite	15
2.2 Equipe de Resposta Rápida e de apoio institucional	21
2.3 Preparando a Resposta Rápida	24
3-RESPOSTA	29
3.1 Vacinação.....	30
3.2 Vigilância Epidemiológica.....	33
3.3 Comunicação.....	35
Referências Bibliográficas	38
ANEXOS	38
Anexo 01 - Notificação da poliomielite segundo o Regulamento Sanitário Internacional- RSI	39
Anexo 02 - Cobertura Vacinal Poliomielite (D3) em menores de 1 ano de idade, por município de residência. Paraíba, 2014 a 2018.....	40
Anexo 03: Ficha de Notificação/Investigação PFA.	45
Anexo 04: Resposta a EVENTO por tipo de poliovírus.....	48
Anexo 05: Estratégias de resposta após a detecção de um poliovírus derivado da vacina.....	52

Lista de Abreviaturas

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

aPVDV - Poliovírus de origem ambígua derivado da vacina atenuada

CGLAB - Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública

CGPNI - Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

Conama - Conselho Nacional do Meio Ambiente

CVPAF - Coordenação de Vigilância de Portos e Aeroportos Fronteira e recintos alfandegados

cPVDV - Poliovírus circulante Derivado da Vacina Atenuada

CTAI - Comitê Técnico Assessor em Imunizações

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 atenuada que se mantem e são eliminados por indivíduos com imunodeficiência

Lacen - Laboratório Central de Saúde Pública

MRC - Monitoramento Rápido de Coberturas

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OPRTT - Equipe de Tarefas de Preparação e Resposta diante de Surtos Epidêmicos

PFA - Paralisia Flácida Aguda

PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde

PNI - Programa Nacional de Imunizações

PVDV - Poliovírus Derivado da Vacina

PVS - Poliovírus selvagem

RSI - Regulamento Sanitário Internacional

SES - Secretaria de Estado da Saúde

Sinan - Sistema de Informações de Agravos de notificação

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

UF - Unidade Federada

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

VIP - Vacina Inativada contra poliomielite sorotipos 1,2,3

VOPb - Vacina Oral bivalente atenuada contra poliomielite sorotipos 1 e 3

VOPm2 - Vacina Oral poliomielite monovalente tipo 2 (vírus Sabin tipo 2)

VOPt - Vacina Oral trivalente atenuada contra poliomielite sorotipos 1,2,3

Apresentação

O Plano Estadual de Resposta a um Evento de Detecção de Poliovírus e um Surto de Poliomielite - PEREDP: a Estratégia da Paraíba apresentado neste documento corresponde a necessidade de coordenar a execução de ações frente a uma possível detecção de poliovírus ou de reintrodução da poliomielite no Estado da Paraíba.

Foi construído como preparação de equipes de técnicos responsáveis capazes de agir de modo oportuno e eficaz envolvendo ações de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e vigilância sanitária, imunização, atenção primária, laboratório, comunicação, atenção hospitalar, entre outros. Para a avaliação da situação foi usado como instrumento uma matriz para análise de risco.

O PEREDP deve ser um guia ou um manual de embasamento para a tomada de decisões durante a execução do mesmo, com o objetivo de orientar os municípios da Paraíba na operacionalização, em tempo oportuno, para a resposta de evento de detecção ou surto causado por poliovírus selvagem ou derivado da vacina, assim como pelo poliovírus Sabin tipo 2. Desta forma, este plano foi desenvolvido segundo as orientações emanadas do Ministério da Saúde.

Conforme estabelecido neste Plano Estadual, as atividades que serão desenvolvidas necessitam de uma preparação para a execução adequada como instrumento de gestão de modo a ser possível detectar desvios entre o planejado e o executado e proceder com as devidas correções.

Geraldo Antonio de Medeiros
Secretario de Estado da Saúde – PB

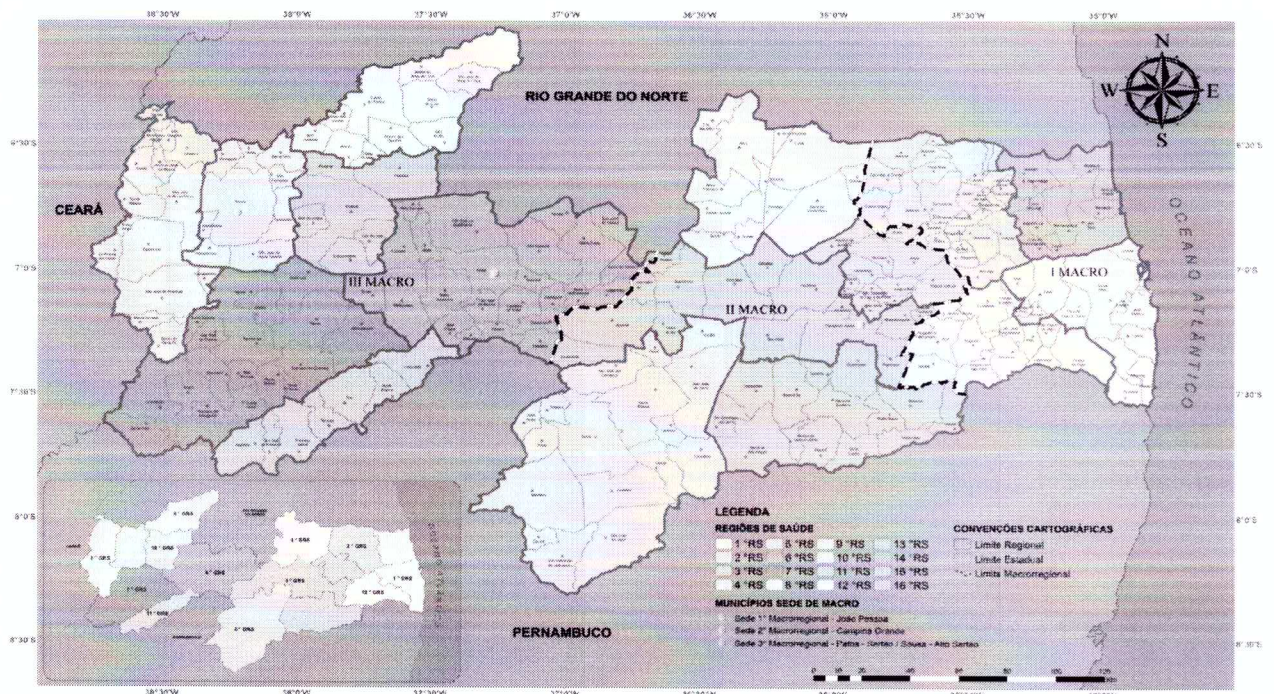
1-INTRODUÇÃO



Características Geográficas e Populacionais da Paraíba

O Estado da Paraíba está situado a leste da Região Nordeste e tem como limites ao norte o Estado do Rio Grande do Norte, a leste o Oceano Atlântico, ao sul Pernambuco e a Oeste o Ceará. Está organizado em 16 Regiões de Saúde distribuídas em 03 Macrorregiões de Saúde, contemplando os seus 223 municípios (Figura 01).

Figura 01 - Conformação das 16 Regiões de Saúde, 03 Macrorregiões de Saúde e 223 municípios. Paraíba, 2019.



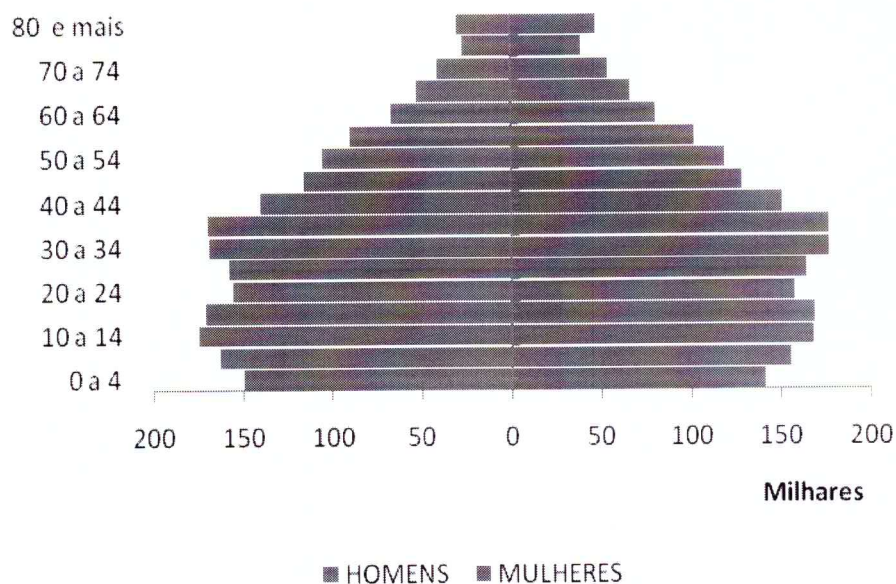
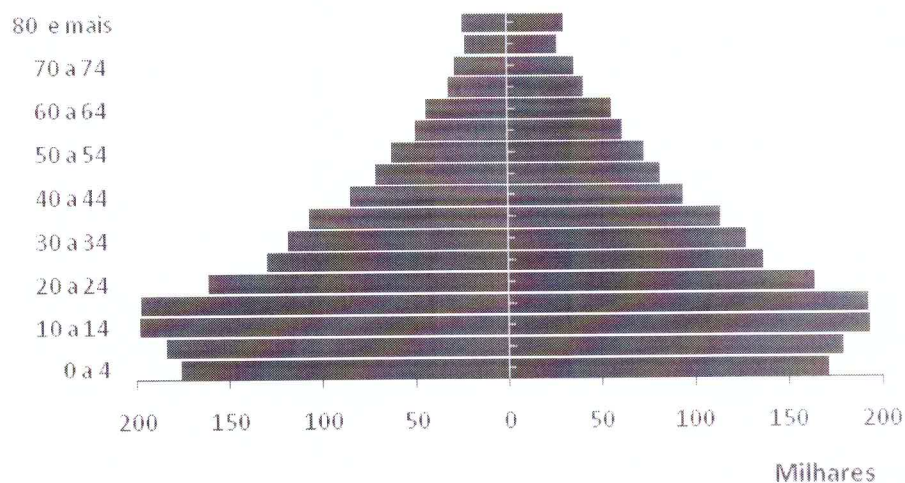
Fonte: GEPLAG/SES/PB.

Segundo a estimativa de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Paraíba possui uma população de 4.018.127 habitantes distribuída em uma área de 56.469 km², predominante urbana (80%) distribuída em uma área de 56.469 km², com densidade demográfica de 70,77 habitantes/km².

A pirâmide etária apresentada no Gráfico 01 quando comparada há 10 anos atrás reflete a transição demográfica, com redução da população de 0 a 14 anos, representando 23% da população

e aumento considerável da população idosa (acima de 60 anos) que representa 12,5% da população total em 2019. Do total da população os menores de 15 anos representam 23,7% (951.201).

Gráfico 01 - Distribuição da população por sexo e faixa etária. Paraíba, 2000 e 2019.



Fonte: IBGE. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030. A Paraíba abriga dois povos indígenas, os Potiguaras e os Tabajaras, totalizando atualmente 13.754 indígenas aldeados, distribuídos em 34 aldeias. Destas, trinta e duas de etnia potiguara, nos

municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto (13.649 indígenas) e duas de etnia tabajara (105 indígenas, no município do Conde).

Foram identificadas na Paraíba 2.693 famílias em 37 comunidades quilombolas contando-se apenas três quilombos urbanos: “Paratibe”, em João Pessoa; “Os Daniel” em Pombal e “Talhado Urbano” em Santa Luzia.

No sertão do Estado vivem aproximadamente 1.500 ciganos com maior concentração no município de Sousa e não contam com nenhum serviço de infraestrutura, saneamento básico e esgotamento sanitário e convivem ainda com o desemprego.

Estima-se que 13.549 pessoas vivam em situação de privação de liberdade, distribuídas em 78 Unidades Prisionais, sendo 12.942 (95,5%) do sexo masculino e 607 (4,4%) do sexo feminino.

1.2 Rede de Atenção à Saúde

A configuração da regionalização da saúde na Paraíba ocorreu em 2015 (Resolução CIB nº 13/2015) e foi atualizada em 2018 com a organização do Estado em 16 Regiões de Saúde e 03 Macrorregiões de Saúde segundo a Resolução CIT nº 37 e Resolução CIB Nº 43/2018, de 25 de junho de 2018.

1.2.1 Atenção Primária

As unidades básicas de saúde são a principal porta de entrada para o sistema de saúde, e devem ter uma alta resolutividade. Atualmente, encontram-se cadastradas no Departamento de Saúde da Família (DESF) do Ministério da Saúde, 1.441 equipes de Saúde da Família e 8.285 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nos 223 municípios do Estado, com uma cobertura populacional de 97,84%. A Atenção Primária à Saúde (APS) da Paraíba conta, ainda, com 283 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

1.2.2 Unidade de Pronto Atendimento - UPA

As Unidades de Pronto Atendimento - UPA funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e resolvem grande parte das urgências e emergências da população, podendo manter o paciente em observação por até 24 horas. Os demais serão encaminhados a um hospital.

Na Paraíba, existem 17 Unidades UPA 24h em funcionamento (Cajazeiras, Guarabira,

Monteiro, Pombal, Princesa Isabel, Santa Rita, João Pessoa (04), Bayeux, Piancó, Campina Grande (2), Sousa, Patos e Ingá). Outras 12 unidades estão em fase de implantação.

1.2.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

O SAMU 192 funciona 24 horas, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado telefone número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. Realiza o atendimento em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas.

Toda a população do Estado tem cobertura do SAMU 192, para atendimento pré-hospitalar móvel de urgência. Atualmente, a Paraíba dispõe de sete Centrais de Regulação Médica de Urgência (CRMU) do SAMU 192, instaladas e habilitadas nos municípios de: João Pessoa, Campina Grande, Patos, Monteiro, Piancó, Sousa e Cajazeiras, que regulam as 102 bases descentralizadas.

1.2.4 Rede de Atenção Hospitalar

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (agosto de 2019) a Rede Hospitalar - SUS conta com 122 Unidades Hospitalares, sendo 32 da esfera administrativa Estadual e 90 da Municipal. Em relação à Média e Alta Complexidade, há uma concentração de serviços especializados ambulatoriais e hospitalares nos dois maiores municípios do Estado, João Pessoa e Campina Grande.

1.2.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Os Centros Especializados em Reabilitação - CER habilitados na Paraíba são:

CER II - Modalidade física e intelectual nas 1^a, 5^a, 6^a, 7^a e 8^a Regiões de Saúde;

CER III - Modalidade física, intelectual e visual na 11^a Região de Saúde;

CER IV- Modalidade auditiva, física, intelectual e visual em cada município sede de Macrorregiões de Saúde: João Pessoa, Campina Grande e Sousa.

Existem três oficinas ortopédicas já aprovadas, aguardando implantação, sendo uma em cada município sede das três Macrorregiões de Saúde: João Pessoa, Campina Grande e Sousa.

1.2.6 Rede de Laboratório de Saúde Pública - Lacen

O Laboratório Central de Saúde Pública da Paraíba Dra. Telma Lobo atende os 223 municípios do Estado e trabalha com o Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL. Para o isolamento viral de poliomielite o Lacen recebe as amostras de fezes coletadas e, semanalmente, encaminha para o laboratório de referência nacional a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, no Rio de Janeiro.

1.2.7 Serviço de Verificação de Óbito - SVO

O Serviço de Verificação de Óbitos - SVO compõe a Gerência Executiva de Vigilância em Saúde - GEVS, responsável pela execução de necropsias em vítimas de morte natural com ou sem assistência médica, emissão de laudos histopatológicos e apoio didático às atividades de ensino das disciplinas de patologia, anatomia humana e anatomia patológica de instituições de ensino parceiras. O SVO conta com a colaboração de laboratórios, como o Centro Especializado de Diagnóstico do Câncer CEDC e o LACEN - PB, para a realização de exames que corroboram com o diagnóstico do patologista no momento do exame necroscópico.

1.3 Poliomielite - A Doença

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda descrita desde a Antiguidade, porém reconhecida como problema de saúde pública, somente no final do século XIX, quando epidemias começaram a ser registradas em vários países do mundo. Sua etiologia infecciosa foi descoberta em 1908.

A doença é causada por três tipos de poliovírus 1, 2 e 3 e manifesta-se em grande parte em 90 a 95% dos casos, por infecções inaparentes ou quadro febril inespecífico. Nos quadros mais severos, a poliomielite pode manifestar-se com meningite asséptica, formas paralíticas e até levar ao óbito. A vacinação é sua principal forma de prevenção.

O vírus é encontrado nas secreções da orofaringe após 36 a 72 horas a partir da instalação da infecção. Em indivíduos infectados, a eliminação do vírus pela orofaringe persiste por um período de aproximadamente uma semana, e nas fezes, por cerca de 3 a 6 semanas, enquanto nos indivíduos reinfetados a eliminação do vírus ocorre em menor quantidade por períodos mais reduzidos (BRASIL, 2017).



Quanto a imunidade, o recém-nascido apresenta proteção nos primeiros meses de vida, devido aos anticorpos séricos maternos da classe IgG, transferidos da mãe sensibilizada para o feto por via placentária. A vacinação é a principal medida de prevenção da poliomielite (BRASIL, 2017).

No final de 1979, o Brasil iniciou as campanhas nacionais de vacinação em resposta a uma importante epidemia de poliomielite no sul do país. Naquela ocasião foram notificados 2.564 casos de poliomielite e 1.290 casos no ano seguinte, demonstrando a eficácia da vacinação.

Em 1988, quando começou a Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI), a poliomielite paralisava mais de mil crianças em todo o mundo. Desde então, mais de 2,5 bilhões de crianças foram imunizadas contra a poliomielite, graças à cooperação de mais de 200 países e milhões de voluntários.

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.

A adoção de ações coordenadas contra a doença culminou com a detecção do último caso de poliomielite no Brasil, no município de Souza, na Paraíba em 1989 e no Perú em 1991.

Em 1994, a Região das Américas foi declarada livre de transmissão autóctone do poliovírus selvagem.

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 está sendo 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 parálitica associada à vacina.

Posteriormente o grupo GPEI orientou aos países que usavam o esquema de vacinação somente a VO_{Pt} a introduzir pelo menos uma dose da vacina injetável (VIP) antes de passar a usar a vacina VO_{Pb}, sem o componente tipo 2 e que contém apenas os sorotipos 1 e 3.

Em 2015, na 68ª Assembleia Mundial de Saúde, em Genebra, como já existiam compromissos para a erradicação da Poliomielite e evitar a reintrodução da doença, o Brasil e os países membros endossaram o compromisso internacional de contribuir para a erradicação global da doença e evitar reintrodução do poliovírus.

Posteriormente o grupo GPEI orientou aos países que usavam no esquema de vacinação somente a vacina oral poliomielite trivalente (VOPT) a introduzir pelo menos uma dose da vacina inativada poliomielite (VIP), injetável, antes de passar a usar a vacina oral poliomielite bivalente (VOPb), contendo apenas os sorotipos 1 e 3.

Em abril de 2016, foi retirada então, do esquema básico, a VOPb e substituída pela VIP. Com essa substituição ocorre a possibilidade de diminuição da imunidade intestinal para o sorotipo 2 o que aumenta o risco de um surto epidêmico, em caso de exposição de um indivíduo a um poliovírus do tipo 2.

1.4 Poliovírus - O Vírus

Poliovírus Selvagem 2 (PVS2) - Dado o longo período decorrido desde a última detecção de PVS2, a possibilidade de que esse vírus reapareça é muito remota. Entretanto, 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. Situações possíveis:

- 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, em um centro de investigação ou em local de produção de vacina. É necessário realizar uma investigação minuciosa na comunidade e na área de influência de onde esta amostra foi colhida, assim como em qualquer laboratório ou centro de pesquisa próximo, para identificar a existência de algum caso de PFA ou para descartar que exista qualquer pessoa com infecção subclínica e 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*.

Poliovírus Sabin 2 - Estima-se que os poliovírus Sabin do sorotipo 2 sigam sendo detectáveis, aproximadamente, durante 3 meses nas fezes e 4 meses em amostras de águas residuais, após o último uso da VOpt (ou do uso da VOPm2). A detecção de pólio Sabin do tipo 2 após este período de 4 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.

Em caso de surto por Sabin like 2, não são requeridas atividades de vacinação, exceto se for situação de alto risco.

Poliovírus Derivado Vacinal (PVDV2) - No período imediatamente após a mudança da vacina, além das cepas Sabin do sorotipo 2, o PVDV tipo 2 será possivelmente o poliovírus que se detecte com maior frequência. Dado que um cPVDV (circulante) conhecido ou um PVDV vinculado a um aPVDV (ambíguo), anteriormente detectado, constitui prova de circulação ativa e de *transmissão confirmada* na comunidade, seu isolamento representa para a saúde pública a mesma ameaça do isolamento de PVS.

PVDV2 em Investigação - Uma única amostra com PVDV2 sem indícios de uma circulação prolongada, ou de um único caso PVDV2 não vinculado com um aPVDV previamente detectado, pode apenas representar um episódio isolado sem maiores consequências. No entanto, dado o grande risco que implica uma 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 o caso individual de PVDV é um portador de poliovírus, a longo prazo, com imunodeficiência.

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

Se for descoberta uma pessoa infectada por um iPVDV, esta deve ser tratada 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.

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 circulação* na comunidade seja baixa na maioria dos países.

2-PLANO DE RESPOSTA

O objetivo do PEREDP é estabelecer diretrizes e orientar os municípios da Paraíba, para a operacionalização, em tempo oportuno, de resposta a um evento de detecção ou surto causado por poliovírus selvagem ou derivado da vacinal.

2.1 Risco Potencial Poliomielite

2.1.1 Países Endêmicos

Atualmente, ainda existem três países endêmicos que nunca interromperam a transmissão da poliomielite: o Afeganistão, Paquistão e Nigéria com risco de distribuição global de poliovírus.

A emissão de documentos, por exemplo, da Portaria Circular SVS/MS nº 92/2019 que faz menção a Nota Informativa 204/2019 alerta sobre rumores de casos de poliomielite em países fronteiras com os países endêmicos, portanto com risco de reintrodução da Poliomielite no Brasil e recomenda a intensificação e fortalecimento das ações de vacinação e de vigilância epidemiológica.

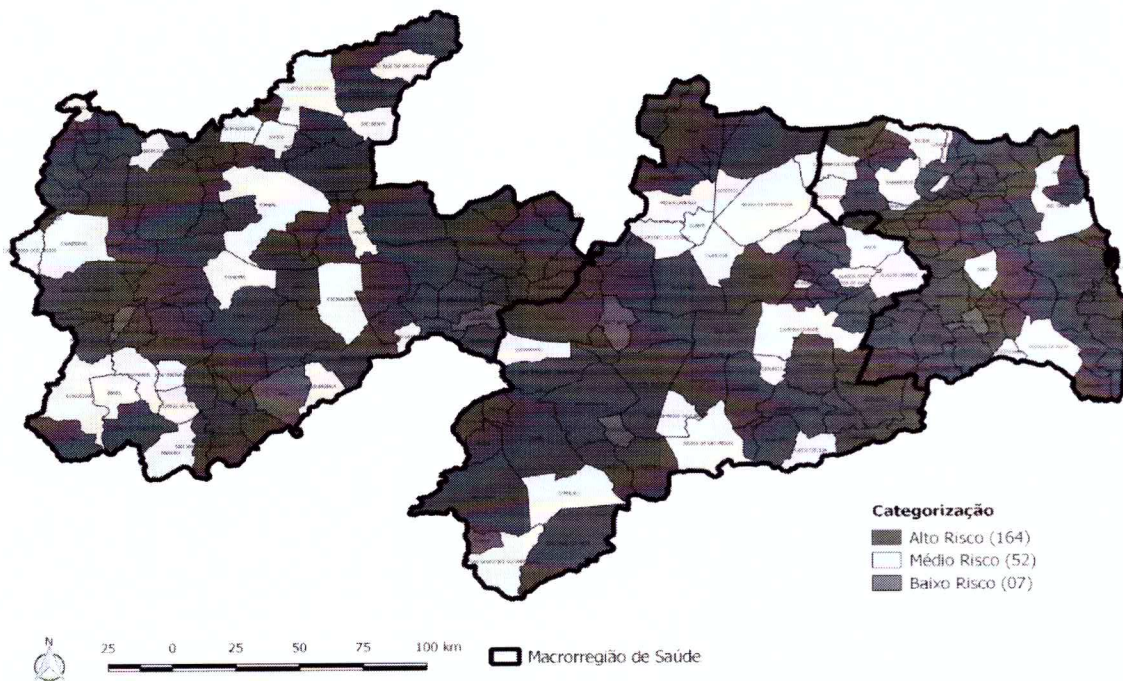
2.1.2 Cobertura Vacinal

Há baixas coberturas vacinais e falta de homogeneidade de cobertura vacinal em praticamente todo o Brasil.

Na Paraíba, a cobertura vacinal de poliomielite avaliada segundo os parâmetros da matriz de risco da Organização Pan Americana de Saúde - OPAS, nos últimos cinco anos, demonstra que apenas 3,1% dos municípios (07/223) foram considerados de baixo risco, 23,3% (52/223) com

médio risco e os demais 73,5% (164/223) considerados com alto risco para reintrodução de poliomielite no Estado (Figura 02, Anexo 2).

Figura 02 - Distribuição de cobertura vacinal de Poliomielite 3 segundo município de residência e classificação de risco da matriz OPAS. Paraíba, 2014 a 2018.



Fonte: Si-pni SES/PB.

2.1.3 Turismo

O turismo é uma fonte de divisas que contribui para o desenvolvimento de uma região, de forma mais ou menos intensa, conforme sejam os recursos disponíveis, naturais e culturais, além da infra-estrutura montada para este fim.

Na Paraíba, onde o sol nasce primeiro e por apresentar uma diversidade de paisagem, que varia desde praias de águas mornas e areia branca até as serras e depressões sertanejas, o turismo vem cada vez se desenvolvendo.

Atualmente, devido aos múltiplos atrativos, o Estado recebe turistas do mundo inteiro, visitam vários municípios em busca do nosso rico acervo culturais (evento esportivo, peregrinação, conferencia, shows, comércio exterior, cultura local, entre outros), a facilidade de acesso a viagens promove uma grande circulação de pessoas, e possibilidades de reintrodução da poliomielite.

O aeroporto internacional de João Pessoa - Aeroporto Presidente Castro Pinto, localizado no município de Santa Rita, é uma porta de entrada para os turistas brasileiros e estrangeiros. O aeroporto recebe regularmente vôo internacional procedente da Argentina e turistas, em trânsito internacional desembarcam nos aeroportos do sul ou sudeste e vem conhecer e explorar as belezas naturais do Nordeste.

O porto de Cabedelo, localizado no município de Cabedelo é estratégico para o comercio marítimo entre Brasil, Europa, África, América do Norte e Ásia e para a entrada e saída de viajantes em trânsito internacional. Além disso, o porto apresenta grande potencial para exploração do turismo de navios de cruzeiros.

O Porto de Cabedelo é considerado uma Fronteira Internacional, pois as embarcações que operam o embarque e desembarque de carga, em trânsito internacional, no referido porto procede ou transitam por países tais como: Togo, Gana, Nigéria, Angola, África do Sul, Estados Unidos, Canadá, México, França, Bélgica, Rússia, Argentina, Uruguai, Venezuela, Colômbia.

A maioria dos navios que operam o embarque e desembarque de mercadorias no Porto de Cabedelo possuem tripulação natural dos seguintes países: Filipinas, Índia, Grécia, Croácia, Russo, China, entre outros.

Definições/Conceitos:

- **Fronteira:** É uma linha imaginária, ou um marco histórico ou geográfico que separa duas ou mais nações. As fronteiras podem ser terrestres, marítimas, fluviais, lacustres e aéreas.
- **Aeroporto/Porto Internacional** - Aquele pertencente ao país em cujo território está situado um ponto de entrada ou saída para o tráfego aéreo/marítimo internacional, onde são

satisfeitas as formalidades aduaneiras, de imigração, de saúde pública e controle zôo e fitossanitário e demais formalidades análogas.

- **Trânsito Internacional:** Aquele no qual a embarcação/aeronave realiza seu deslocamento para o território nacional, a partir de portos/aeroportos instalados no exterior ou vice-versa.
- **Controle Sanitário:** Conjunto de medidas caracterizadas por ações de fiscalização, regulamentação, educação e informação que visam prevenir ou minimizar riscos para a saúde pública.

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. Mesmo no caso de epidemias importantes tem sido demonstrado que as restrições as viagens locais são 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 a investigação e a vigilância permanente dos familiares e/ou colegas de trabalho, durante ao menos 60 dias após a detecção do caso inicial.
- Levando 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.

Risco de Importação e de Propagação:

O componente 3 da matriz de risco OPAS, avalia a vulnerabilidade social, medindo o risco de importação e de propagação da doença. De acordo com essa avaliação, nenhum município da Paraíba foi classificado como alto risco de propagação, entretanto mais da metade (57,4%) foi classificado como médio risco (128/223) e os demais, com baixo risco.

2.1.1 Vigilância de Paralisia Flácida Aguda - PFA



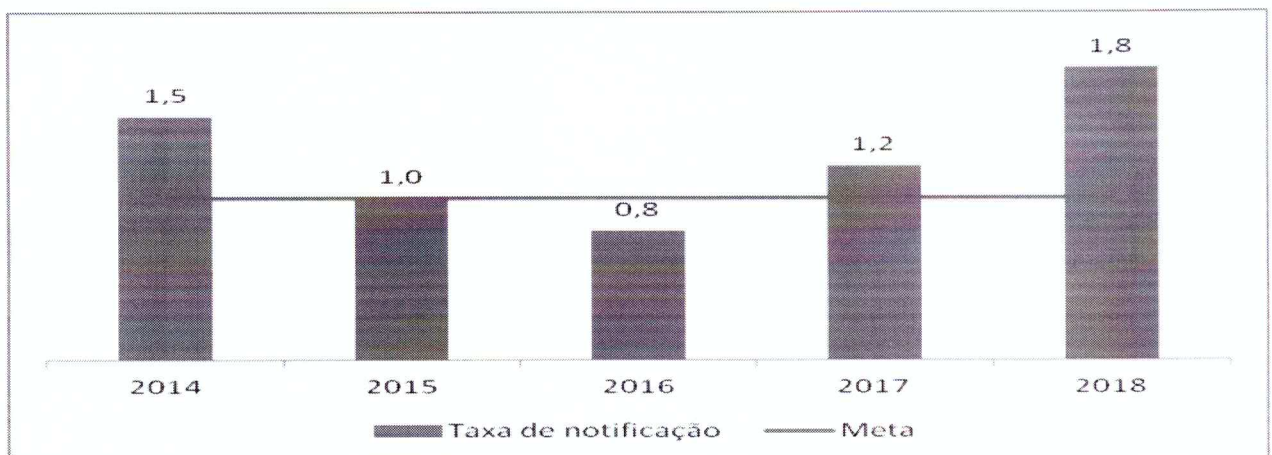
A vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas está inserida na Gerência Executiva de Vigilância em Saúde, na Gerência Operacional de Vigilância Epidemiológica no Núcleo de Doenças Transmissíveis Agudas e conta com profissional responsável pela doença.

A qualidade da VE de PFA/Pólio é avaliada com base nos seguintes indicadores de desempenho operacional:

- 1- Taxa de notificação anual de pelo menos 1 caso PFA para cada 100.000 menores de 15 anos;
- 2- Investigação epidemiológica iniciada em até 48 horas;
- 3- Coleta de amostras oportuna (até o 14º dia do déficit motor) e adequada de fezes;
- 4- Encerramento oportuno de caso até 60 dias do início do déficit motor;
- 5- Percentual de notificação positiva/negativa semanal recebida.

Na Paraíba, a taxa anual de notificação de casos de PFA é de no mínimo 1 caso/100.000 habitantes menores de 15 anos de idade. Para os demais indicadores a meta mínima esperada é de 80%. No período de 2014 a 2018, apenas em 2016 a meta da notificação de casos de PFA e coleta oportuna não foram atingidas (Gráficos 02 e 03).

Gráfico 02 - Taxa de notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda - PFA (100 mil hab. < de 15 anos). Paraíba, 2014 a 2018.

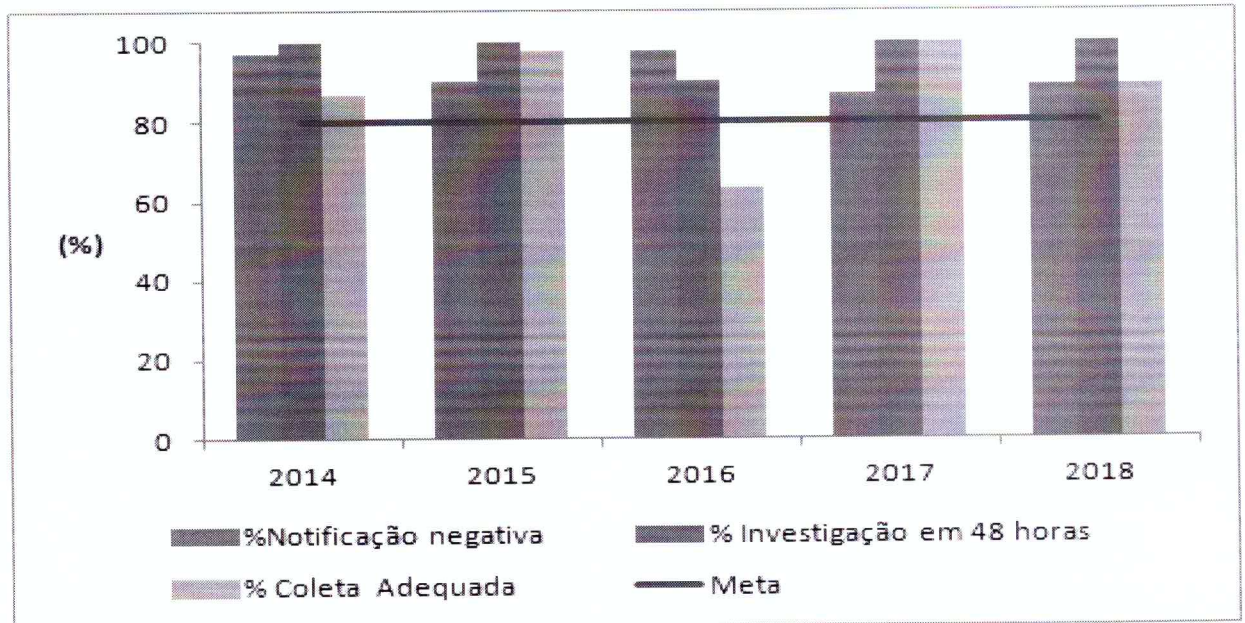


Fonte: Sinan/SES – PB.

[Assinatura]

[Assinatura]

Gráfico 03 - Percentual de Notificação Negativa, Investigação e Coleta oportunas de PFA. Paraíba, 2014 a 2018.



Fonte: Sinan/SES - PB.

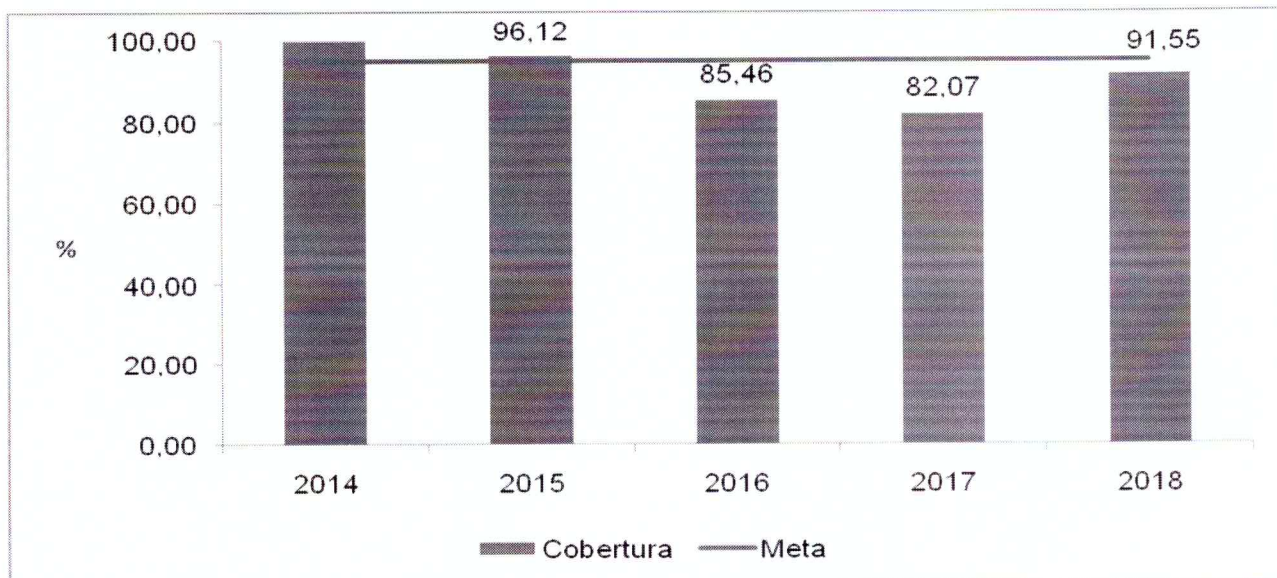
Para garantir que todos os casos de PFA consigam atingir o indicador do critério de coleta adequada de fezes, a Paraíba **manteve** a coleta de duas amostras de fezes. Uma amostra é enviada para Fiocruz e a outra fica no Lacen até que a Fiocruz informe ao Lacen que a amostra chegou em condições adequadas, só então o Lacen descarta a segunda amostra.

2.1.2 Imunização

O núcleo Estadual de imunização está inserido na Gerência Executiva de Vigilância em Saúde, na Gerência Operacional de Vigilância Epidemiológica, coordena as ações de imunização e realiza o monitoramento mensal das coberturas vacinais nos municípios, buscando cumprir com o compromisso de atingir a meta de vacinar no mínimo 95% das crianças menores de 1 ano com a 3ª dose da vacina contra a pólio e assim garantir que o território paraibano permaneça livre do poliovírus.

As coberturas Estaduais de vacinação contra a poliomielite nos últimos cinco anos apresentaram uma queda de 2014 a 2018 embora com um sinal de recuperação em 2018 mesmo assim sem conseguir a meta mínima de 95% (Gráfico 04).

Gráfico 04 - Percentual de Cobertura Vacinal para Poliomielite (D3) em menores de 1 ano na Paraíba - 2014 a 2018.



Fonte: Sipi SES-PB.

Quanto à homogeneidade de cobertura vacinal em 2018, um pouco mais da metade dos municípios 57,85% atingiu a cobertura de vacinação de no mínimo 95% (Anexo 02).

2.2 Equipe de Resposta Rápida e de apoio institucional

A Secretaria de Estado da Saúde tem um profissional que integra a Rede de Centros de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde - CIEVS que deve coordenar as ações de resposta às emergências em saúde pública.

O plano de resposta estadual será ativado pela SES em conjunto com os municípios, quando da ocorrência de evento ou surto. A seguir encontra-se descrita a equipe estadual que deve ser acionada em caso de um evento ou surto de poliomielite.

Quadro 01 - Equipe Estadual de resposta imediata a um evento ou surto de Poliomielite no Estado da Paraíba.

FUNÇÃO/CARGO	NOME	FONE	E-MAIL
Secretário de Saúde	Geraldo Antonio	32119019	oficio.gabinete@ses.pb.gov.br
Secretária Executiva	Renata Nóbrega	32119064	secretariaexecutivasespb@gmail.com

Gerente Executiva de Vigilância em Saúde	Talita Tavares	99259326	talita.tavares@ses.pb.gov.br
Gerente Operacional de Vigilância Epidemiológica	Talitha Lira	88015695	talitha.lira@ses.pb.gov.br
*Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - CIEVS	Diana Pinto Coordenadora das ações de resposta a evento ou surto	99813058	cievs@ses.pb.gov.br dianapinto@uol.com.br
Infectologista SES -PB	Monnara Lúcio	98342552	monnara.lucio@ses.pb.gov.br
Coordenadora dos Núcleos Hospitalares de Vigilância Epidemiológica	Júlia Freitas	99824498	juliafreitas_jp@hotmail.com
Chefe do Núcleo Doenças Transmissíveis Aguda		3211 9103 3211-9104	
Responsável Técnica pela Vigilância de PFA	Rejane Círiaco	8874-0065	pfasespb@gmail.com
Gerente de Imunização	Isiane Queiroga	99700073	isiane.queiroga@ses.pb.gov.br
Gerente de Atenção Primária	Rayanna Coelho	32119070	rayanna.coelho@gmail.com
Gerente SEAS	Isabel Sarmento	32119106	rue@ses.pb.gov.br
Diretora do Lacen - PB	Marta Rejane	88264141	marta.felinto@ses.pb.gov.br
Técnica de Planejamento	Ana Lúcia	32119031	planejamento@ses.pb.gov.br
Assessoria de Comunicação	Flaviana/Mariana	99993028	comunicacaosaudepb@gmail.com
Agevisa	Jória Viana	32185927	joremigio@agevisa.pb.gov.br
Anvisa - CVPAF	Francisco das Chagas	9185 0924 32503328 9146 2125	cvpaf-pb@anvisa.pb.gov.br
Dsei	Vanessa Cristina Locatelli de Souza	96614311	vanessa.locatelli@saude.gov.br

*O responsável técnico da Rede do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde - Cievs será o coordenador das ações de resposta a evento ou surto de poliomielite no Estado da Paraíba (Fonte: Plano Nacional de Resposta a um Evento de Detecção de Poliovírus e um Surto de Poliomielite: Estratégia do Brasil, 2019).

Quadro 02 - Equipe EpiSUS fundamental de resposta imediata a um evento ou surto de Poliomielite no Estado da Paraíba.

NOME	Local de trabalho	E-MAIL
------	-------------------	--------

Rejane Ciriaco	NDTA - SES	pfasespb@gmail.com
Vanja Lemos	NDANT - SES	vanjalemos@gmail.com
Gianeide da Silva	Saúde da Mulher - SES	gianeidedias@gmail.com
Liliane de Araújo	GOVA - SES	lilianeufpb@hotmail.com
Manuela Germoglio	SMS - Cabedelo	Manu_germoglio@hotmail.com
Maria de Lourdes Leite	SMS - Sousa	lourdeslimaleite@hotmail.com
Alcir Paiva	SMS - Itabaiana	allpaviva@yahoo.com.br
Danielle Carmem	SMS - João Pessoa	danielle_pe@hotmail.com
Francielia Carvalho	NHVE - Frei Damião	francielia29@gmail.com
Hayla Savana	SMS - Monteiro	hayla_tones@hotmail.com
Keila das Graças	SMS - Santa Rita	gilinha@gmail.com
Luana Rodrigues	NHVE - Cruz das Armas	luana.rodrigues86@hotmail.com
Luciane de Fátima	SMS - Santa Rita	lucienefatimafernandes@gmail.com
Maria do Socorro	SMS - Campina Grande	socorrobandeira1@hotmail.com
Maria Lindalva	SMS - Cuité	marialindalvasilva@hotmail.com
Nívea Trindade	CEREST - PB	nívea_trindade@hotmail.com
Pollyana Rodrigues	SMS - Campina Grande	pollyana.rdros@gmail.com
Heysa Maria de Lima	SMS - Santa Rita	heysa.lima@hotmail.com

2.2.1 Definição de ações/atribuições nível Municipal e Estadual

Investigação: Será realizada pela equipe de vigilância epidemiológica do nível Municipal com apoio do nível Estadual e Nacional, se necessário, e coordenado pela Vigilância Epidemiológica Estadual.

Vacinação: Será realizada pela equipe de vacinação da área de abrangência onde foi detectado o evento ou surto, sendo esta orientada pela coordenação municipal de imunizações, com o apoio do nível Estadual e Nacional se necessário. Dependendo da situação, outras equipes de vacinação poderão ser integradas às ações de resposta.

Comunicação: Será realizada pelo Núcleo de Comunicação Estadual, ouvindo o técnico responsável pelas ações no Município do evento ou surto.

Capacitação: A capacitação dos técnicos de nível local é de responsabilidade da respectiva equipe Municipal de Vigilância e de Imunização com o apoio do nível Estadual.

Supervisão: As diferentes etapas do plano de resposta, tais como, preparação, investigação, vacinação, retirada da VOPm2, serão executadas pelo nível municipal supervisionadas pelo nível Estadual com apoio do nível Nacional.

Planejamento: O planejamento local é de responsabilidade da equipe de gestão do respectivo Município com apoio dos níveis Estadual e Nacional.

2.2.2 Plano de preparação de pessoas (recursos humanos) a nível Estadual.

Preparação de Profissionais para enfrentamento no Estado da Paraíba de um Evento ou Surto de Poliomielite	
Coordenação do Plano de Preparação	GOVA/GEVS/SES-PB ou CIEVS
Objetivo do Plano	Preparar profissionais nos níveis Estaduais e Municipais para resposta a um possível evento ou surto de poliomielite na Paraíba.
População Alvo	Equipe Estadual, Equipe EpiSUS Fundamental, Gerências Regionais e de Saúde (vigilância epidemiológica e imunização), Técnicos dos Núcleos Hospitalares de Vigilância Epidemiológica e de UPA e Apoiadores Regionais.
Conteúdo	Natureza do vírus selvagem, Sabin ou derivado vacinal. Notificação e Investigação de casos, análise de risco; busca ativa institucional e comunitária, análise de cobertura vacinal; coleta, acondicionamento e transporte de material para isolamento viral e encerramento de surto (Anexo 1).
Operacionalização	Sensibilização/Capacitação dos apoiadores regionais a fim de formar multiplicadores da PEREDP.
Metodologia	Exposição oral e visual; exercícios de simulação de evento e de surtos.
Custo	O MS apoiará tecnicamente as capacitações estaduais a serem realizadas.
Fonte de financiamento	O MS presta suporte aos estados e aos municípios, dispondo de recurso financeiro específico para apoiá-los no enfrentamento da situação de emergência (pag. 19 do Plano Nacional).
Atualização	Anual ou semestral se necessário.

2.3 Preparando a Resposta Rápida

2.3.1 Definições

Evento: Não há evidência de transmissão. É uma situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, quando ainda não há transmissão comprovada e sim indícios. Podem se transformar em surto.

Surto: Existe evidência clara de transmissão de pessoa a pessoa ou detecção de poliovírus no meio ambiente em dois locais independentes ou em diferentes momentos.

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.

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

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:

- De pelo menos uma pessoa (não necessariamente caso de PFA) e que não seja contato na casa;
- De uma pessoa e uma ou mais amostras do meio ambiente;
- Um PVDV isolado que apresente características genéticas que indicam circulação prolongada, ou seja, um número de alterações de nucleotídeos que indicam um período de 1,5 ano ou mais de circulação.

c) PVDV associado com imunodeficiência (iPVDV): PVDV isolados das 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 indicarem que não deriva de uma pessoa com imunodeficiência primária dos linfócitos B (iPVDV) ou que não faz parte de uma cadeia de transmissão e nem é um PVDV circulante (cPVDV).

2.3.2 Avaliação de Risco

Em caso de detecção de um evento ou de um surto de poliomielite o Estado, com o apoio do Ministério da Saúde realizará uma avaliação de risco.

A avaliação de riscos está fundamentada em dois critérios:

- 1) Na 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 VOPt) 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, por exemplo).
 - 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 comporta os seguintes elementos:
 - a. O nível da infraestrutura de saúde do estado;

- b. A capacidade de mobilização dos recursos humanos; e
- c. A situação de segurança, incluída a existência de conflitos armados ou zonas extensas de insegurança ou inacessíveis.

São objetivos da avaliação:

- Caracterizar a transmissão viral e o risco de propagação;
- Avaliar os fatores fundamentais que influenciarão no tipo e na magnitude da resposta;
- Formular as recomendações sobre as medidas a serem adotadas e;
- Identificar as populações que se encontram fora da área afetada, porém com risco transmissão.

Quadro 03 - Componentes, Indicadores e Classificação de Risco para Análise de Riscos em Municípios da América.



D	E	F	G	H	I	J	K
Componente e ponderação por componente	Aplicável a:	Indicador	%	Pontuação	Categorização de risco por pontos		
1. Imunidade / Susceptibilidade (60%)	Todos os municípios	Coberturas vacinação VIP 1ª dose (2018)	20%	$\geq 95\% = 5$ $80\% \text{ a } 94\% = 10$ $< 80\% = 20$	Alto risco: 31 a 60 Médio risco: 16 a 30 Baixo risco: 15		
		Menor cobertura de Polio 3ª registrada nos últimos 05 anos (2014-2018)	40%	$\geq 95\% = 10$ $80\% \text{ a } 94\% = 20$ $< 80\% = 40$			
2. Qualidade da Vigilância de PFA (25%)	Aplica a municípios com população menor de 100.000 menores de 15 anos	Percentual de unidades que notificaram todas as semanas	5%	$\geq 80\% = 1$ $< 80\% = 5$	Alto riesgo: 12 a 25 Médio riesgo: 9 a 11 Baixo riesgo: 6 a 8		
	Aplica a municípios com população maior de 100.000 menores de 15 anos	Taxa de 1 caso de PFA 100.000 habitantes < 15 anos		$\geq 1 \text{ caso PFA} = 1$ $< 1 \text{ caso} = 4$			
	Todos os municípios	Realizou nos últimos 12 meses busca ativa institucional de casos de PFA pelo menos em	4%	Sí = 0 No = 4			
		Percentual de casos de PFA notificados oportunamente	4%	$\geq 80\% = 1, < 80\% = 4$			
		Percentual de casos de PFA investigados < 48 horas	4%	$\geq 80\% = 1, < 80\% = 4$			
		Percentual de casos de PFA com amostra de fezes adequada	4%	$\geq 80\% = 1, < 80\% = 4$			
	Percentual de casos de PFA com seguimento nos 60 dias	4%	$\geq 80\% = 1, < 80\% = 4$				
3. Outros (15%)	Todos los municipios	Nível de Preparação para a	Realizou uma capacitação sobre o que fazer diante de um caso suspeito de pólio no município	1%	Sí = 0 No = 1		
		Risco de importação	Existência de aeroporto nacional e internacional	1%	Sí = 1, No = 0		
			Porto marítimo internacional	1%	Sí = 1, No = 0		
			Passagem terrestre de fronteira (município com fronteira internacional)	1%	Sí = 1, No = 0		
		Risco de propagação	Percentual estimado de lugares com acesso a água potável	2%	$\geq 80\% = 0, < 80\% = 2$		
			Porcentaje estimado de lugares com destino adecuado de esgoto	2%	$\geq 80\% = 0, < 80\% = 2$		
			Município afetado por catástrofe natural nos últimos 12 meses	1%	Sí = 1, No = 0	Alto riesgo: 10 a 15 Mediano riesgo: 5 a 9 Bajo riesgo: 0 a 4	
			**Município turístico	1%	Sí = 1, No = 0		
			Sede de eventos (peregrinação, acontecimento desportivo, conferências, concertos)	1%	Sí = 1, No = 0		
			Presença de imigrantes, albergues, refugios	1%	Sí = 1, No = 0		
			Município sede de comercio internacional	1%	Sí = 1, No = 0		
		Insegurança	Presença de comunidades ou bairros com situações de delinquência organizada que não seja possível realizar atividades de vacinação e ou de vigilância.	2%	Sí = 12, No = 0		
Total				100%		Alto riesgo: 57 a 100 Médio risc: 38 a 56 Baixo risc: 21 a 37	

*1 caso de PFA por 100.000 menores de 15 anos.

**Município com locais ou atrações de mobilização significativa para viajantes nacionais e internacionais.

A 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).

Quadro 04 - 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 VOPT.	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

Quadro 05 - Risco de Transmissão e Classificação de Capacidade de Resposta a 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

Após a detecção inicial, diferenciação intratípica e sequenciamento, uma cepa de poliovírus pode ser incluída em alguma dessas três categorias: PVS, poliovírus Sabin (cepa da VOP) ou PVDV.

3-RESPOSTA

Detecção de Poliovírus tipo 2

Detectado*	Amostra	Situação
-------------------	----------------	-----------------

Evento	Humana/PFA (A pessoa infectada pode ser um caso de paralisia flácida aguda (PFA) ou uma pessoa assintomática ou sã).	PVDV2 em investigação aPVDV2 iPVDV2 Sabin 2 PVS2 com exposição documentada em um laboratório ou centro de produção de vacinas.
Surto	Humana/PFA (A pessoa infectada pode ser um caso de paralisia flácida aguda (PFA) ou uma pessoa assintomática ou sã).	cPVDV2 PVS2 sem exposição documentada em um laboratório ou centro de produção de vacinas.

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

A decisão de definir se o isolamento de uma cepa de poliovírus é um evento ou um surto resultará do diálogo entre o Estado onde se detectou o poliovírus e o Ministério da Saúde, após terem concluído a avaliação de risco.

3.1 Vacinação

Uso da vacina monovalente 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 procedimentos para importação, em caráter de excepcionalidade de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro da Anvisa.

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, por meio do Unicef. A OMS enviará a vacina acompanhada da seguinte documentação: Protocolo resumido de fabricação/controle e Certificado de liberação de lote emitido pela autoridade reguladora nacional do país de origem.

Uso de VIP

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

O uso da VIP é recomendada somente para a vacinação dos contatos de um caso de iPVDV2. Nestes casos, será utilizada a dose completa por via IM. O estoque de doses para assegurar a vacinação deste grupo será de responsabilidade da CGPNI.

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, vigilância laboratorial e as ações de vacinação de acordo com as normas estabelecidas neste plano.

Organização para a vacinação

ATIVIDADE	SETOR RESPONSÁVEL
Implementação da sala de situação, até o encerramento do surto.	GEVS/GOVE/NDTA/ Imunização e GRS.
Definição de equipes de vacinação.	Coordenadores de Imunização da SES-PB e do Município afetado.
Preparação da equipe de supervisão	GOVE/NDTA e Vigilância do Município.
Cronograma de execução.	GOVE/ /NDTA/Imunização.
Monitoramento e acompanhamento da meta de vacinação programada	Coordenadores de Imunização da SES-PB, da GRS e do Município.
Destruição da vacina	Município sob a supervisão da Imunização SES-PB

- **População alvo a ser definida:**

Os esforços estarão centrados em nos menores de cinco anos de idade, exceto se houver evidência de que outros grupos de idade foram afetados.

- **Número de campanhas de vacinação:**

Poderão ser realizadas até 3 campanhas de vacinação em cada grupo alvo e a vacina será utilizada de acordo com o quadro abaixo.

Quadro 06 - 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)	VOPm2	Até 14 dias do caso.

rápida)		
Segunda	VOPm2	Dentro de 28 dias após a primeira.
Terceira	VOPm2	Dentro de 6 a 8 semanas após a segunda.
Operação limpeza*	VOPm2	Dentro de 90 dias.

* Para áreas onde a meta de vacinação não foi alcançada.

- **Área a vacinar**

A vacinação deve ser iniciada imediatamente na área afetada, área 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.

- **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 Estado apresentará ao PNI uma solicitação de VOPm2, nas primeiras 72 horas seguintes o resultado laboratorial de um sorotipo 2, para autorização a liberação da VOPm2.

- A resposta de vacinação deve começar dentro de duas semanas após a confirmação laboratorial do caso;
- Assegurar que todos os frascos de VOPm2 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.

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 a imunização estadual que deverá realizar a inativação e destruição de maneira segura, conforme as normas nacionais, de todos os frascos abertos (usados no todo ou em parte).

Os frascos fechados devem ser enviados para a rede de frio estadual. 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.

3.2 Vigilância Epidemiológica

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 ou derivado da vacina em uma amostra coletada no país.

Cabe ao Ministério da Saúde declarar o evento ou surto de poliovírus como uma potencial Emergência Nacional de Saúde Pública.

A detecção de qualquer cepa de poliovírus deve desencadear uma investigação imediata com o objetivo de coletar informação que permita definir se é um evento ou um 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.

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. Usar o formulário único de notificação/investigação de caso de PFA (Anexo 3).

Atividades de Vigilância

Deteção de Poliovírus Tipo 1 ou 2 ou 3 ou Derivado Vacinal
1-NOTIFICAÇÃO
O Ministério da Saúde informará de imediato a OMS que é responsável pela declaração do evento ou surto de poliovírus tipo 2 como uma potencial Emergência Nacional de Saúde Pública.
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 ou de um derivado da vacina em uma amostra coletada no país.
Quando o Laboratório de Referência da Fiocruz detectar uma amostra positiva de poliovírus procedente de outro país, deverá notificar de imediato a autoridade de saúde do país de onde procede a amostra. Se em 24h, o país não tiver realizado a notificação internacional, o ponto focal de emergência do MS deverá notificar a OMS e simultaneamente a OPAS do país de onde procede a amostra.
A notificação oportuna da detecção de um poliovírus selvagem é chave para desencadear as ações de resposta e evitar a propagação do poliovírus. Deve ser feita para o nível nacional e deste para o internacional.
2-INVESTIGAÇÃO

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

Investigação do caso ou casos: 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 sobre o ambiente social e o contexto comunitário, se contato/trabalhador de laboratório clínico e produção de vacinas. Para preenchimento dos dados usar a Ficha de notificação/investigação de caso de PFA (Anexo 3).

Investigação de contatos:

Coleta de amostras: Deverá ser coletado uma amostra de fezes de três contatos diretos (irmãos, contatos domiciliares e amigos próximos, preferencialmente não vacinados ou com esquema de vacinação incompleto) e de pelo menos 20 crianças menores de cinco anos de idade, preferencialmente, menores de dois 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.

3-Cobertura Vacinal

Avaliar a cobertura vacinal da área, do município e do estado e realizar campanhas para atualização de doses de vacina, se necessário.

4-BUSCA ATIVA

Busca ativa institucional: Realizar busca de outros casos em hospitais públicos e/ou privados do município afetado. Revisar os diagnósticos dos últimos seis meses.

Busca ativa comunitária: Efetuar busca ativa na comunidade da área de residência do caso. O número de famílias a serem visitadas dependerá da densidade populacional local e de outros fatores determinantes ou condicionantes de risco, mas deve abranger, pelo menos, 200 agregados familiares. A busca ativa deve também contar com o apoio de líderes comunitários, como religiosos, comerciantes, professores, entre outros.

5-COLETA DE AMOSTRA

Coleta de amostras: Coletar uma amostra de fezes de pelo menos três contatos diretos do caso confirmado de Poliomielite (irmãos, contatos domiciliares e amigos próximos, preferencialmente não vacinados ou com esquema de vacinação incompleto) e de pelo menos 20 crianças menores de cinco anos de idade, especialmente, menores de dois anos, selecionadas de forma aleatória, que vivam na mesma comunidade do caso.

A coleta de amostras de contatos pode ser interrompida quando comprovada a transmissão em uma determinada área (transmissão sustentada), ou seja, dentro dos últimos 12 meses

Laboratório de referência: 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 trata de um poliovírus derivado da vacina, por quanto tempo o vírus pode estar circulando ou sendo excretado no caso do isolamento de um PVDV.

Encerramento de Surto*

Passados pelo menos 6 meses sem se detectar nenhuma fonte (caso de PFA, contato ou ambiente) do vírus que causou o surto.

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

3.3 Comunicação

Objetivos Gerais:

- Informar e mobilizar a população;
- Informar sobre as datas da campanha;
- Estabelecer confiança na capacidade dos profissionais de saúde e na segurança e eficácia das vacinas;
- Elevar a percepção do risco de pólio de modo a não causar pânico;
- Mobilização social.

Públicos Prioritários:

- Profissionais de Saúde;
- Pais e responsáveis por crianças menores de 5 anos;
- Comunidade escolar;
- Imprensa.

Ações de Comunicação:

- Agenda de entrevistas nos principais veículos de comunicação reforçando a importância da vacinação;
- Posts nos perfis em redes sociais reforçando o calendário de vacinação da criança;
- Matérias especiais nos jornais impressos;
- Desenvolvimento de material impresso educativo sobre o calendário de vacinação.
- Ações outdoor de mobilização para atualização do cartão de vacinação da criança.



Cronograma das Atividades de Resposta

A small, stylized handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a horizontal stroke.A larger, more complex handwritten signature in blue ink, featuring a large loop and several vertical strokes. The number 36 is written to the right of the signature.

Tempo	Quem	Atividades
Notificação do poliovírus pelo laboratório DIA O	Coordenador do Surto	Convoca a equipe de gestão de surto com representação de todas as agências relevantes.
		Identifica as pessoas que foram treinadas
		Busca informações com o nível nacional
Em até 24h da Notificação	Equipe	Aciona o Gestor do município
		Assegurar que as equipes da SES/SMS tenham os documentos de orientação técnica para apoiar a investigação e a resposta
	Coordenador do Surto	Iniciar investigação epidemiológica institucional e comunitária conjunta
		Iniciar mecanismos de resposta a eventos/surtos no município, Gerência Regional de Saúde e Região de saúde
		Informar autoridades nacionais e outros parceiros relevantes.
		Garantir o monitoramento sistemático no nível local, regional e estadual sobre o seguimento das ações durante as atividades de resposta.
	Comunicação	Enviar relatórios regulares sobre o progresso das atividades de resposta ao surto aos chefes de governo
		Organizar um local de operações de emergência estadual
		Escrever um Briefing para o Secretário de Estado da Saúde e outros funcionários relevantes sobre as etapas específicas necessárias para uma resposta urgente para interromper o surto:
		Identificar o ponto focal para falar na mídia e atuar como porta-voz do surto.
Em até 72 horas (3 dias) após a notificação	Imunização	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.
		Ajustar o plano de resposta ao surto: Estratégia proposta para campanha de vacinação (alcance, cronograma, etc.); Atividades de fortalecimento da vigilância; Avaliação dos recursos humanos; Monitoramento, avaliação e avaliações da resposta ao surto
	Equipe	Fortalecimento de vigilância: sensibilizar os profissionais de saúde das unidades sobre os requisitos de notificação;
		Implementar atividades suplementares de busca de casos de PFA; Revisar os estabelecimentos de notificação negativa de PFA.
	Imunização	Iniciar desenvolvimento de um plano de acesso, a incluir: identificar as lideranças comunitárias, atores-chave, partes interessadas e identificação de influenciadores; Planejar estratégias de pontos de vacinação permanentes ou móveis, em torno de áreas de difícil acesso.
		Campanhas de vacinação em 3 etapas e realizar operação limpeza
Em até 14 dias após a notificação	Coordenador do Surto	Revisar e adaptar o plano de 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.
		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.
14 dias até a conclusão das atividades de imunização (75 a 90 dias)	Imunização	Analisar todos os dados para avaliar a imunidade da população, a sensibilidade da vigilância e o progresso rumo à interrupção da transmissão.
		Documentar a resposta e compartilhar as lições aprendidas.
Até o encerramento do surto	Coordenador do Surto	

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume 1/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços.** – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional de Resposta a um Evento de Detecção de Poliovírus e um Surto de Poliomielite: Estratégia do Brasil.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2019

Organização Mundial de Saúde. **Regulamento Sanitário Internacional.** 3 ed. Genebra, 2005

ANEXOS



Anexo 01 - Notificação da poliomielite segundo o Regulamento Sanitário Internacional- RSI

As principais referências desse 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; e
- 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 4 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 a nível nacional. Esta 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. O mesmo evento pode voltar a ser reavaliado no transcorrer do tempo, conforme seja necessário, e na medida que se conta com nova informação sobre o mesmo.

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 02 - Cobertura Vacinal Poliomielite (D3) em menores de 1 ano de idade, por município de residência. Paraíba, 2014 a 2018.

Poliomielite



Município	2014	2015	2016	2017	2018
250010 Água Branca	132,08	134,09	128,13	114,58	95,59
250020 Aguiar	115,69	109,26	106,06	93,94	83,33
250030 Alagoa Grande	82,93	95,06	97,25	97,8	102,37
250040 Alagoa Nova	90,39	92,4	85,71	81,25	98,78
250050 Alagoinha	50,22	54,78	62,5	68,33	86,25
250053 Alcantil	107,06	110,23	65,79	97,37	66,41
250057 Algodão de Jandaíra	133,33	112,82	136,84	136,84	93,1
250060 Alhandra	59,9	100	63,79	82,01	97,3
250070 São João do Rio do Peixe	79,56	85,03	88,61	85,64	104,69
250073 Amparo	36,36	74,29	84,62	89,74	92,11
250077 Aparecida	102	109,9	44,92	72,03	114,74
250080 Araçagi	78,79	99,5	81,58	54,82	172,64
250090 Arara	101,9	74,17	102,27	52,27	99,11
250100 Araruna	45,87	51,32	58,33	77,5	113,83
250110 Areia	105,07	102,49	96,44	98,9	95,77
250115 Areia de Baraúnas	96	78,79	90,48	166,67	87,1
250120 Areial	85,71	61,86	30,89	88,62	89,62
250130 Aroeiras	102,9	89,58	79,94	72,09	87,99
250135 Assunção	33,33	79,1	100	104,48	151,67
250140 Baía da Traição	80,7	143,15	67,7	104,35	54,74
250150 Bananeiras	97,89	102,47	89,29	95,45	93,45
250153 Baraúna	98,61	90,77	70,59	111,76	121,28
250157 Barra de Santana	77,98	82,86	103,06	105,1	106,14
250160 Barra de Santa Rosa	113,71	84,71	115,86	104,83	110,14
250170 Barra de São Miguel	113,16	83,72	101,45	86,96	143,94
250180 Bayeux	176,62	81,29	72,49	62,14	80,45
250190 Belém	74,22	65	84,81	77,64	101,44
250200 Belém do Brejo do Cruz	65,06	83,65	64,77	72,73	59,77
250205 Bernardino Batista	103,77	112,77	67,74	79,03	101,82
250210 Boa Ventura	100	130	80,56	130,56	103,49
250215 Boa Vista	86,61	111,76	71,96	71,03	142,7
250220 Bom Jesus	103,03	100	105,71	68,57	82,93
250230 Bom Sucesso	86,27	108,89	107,27	80	93,88
250240 Bonito de Santa Fé	52,12	52,9	73,99	58,38	104,48
250250 Boqueirão	95,13	77,17	84,12	109,46	110,2
250260 Igaracy	103,45	116,18	62,37	77,42	113,43
250270 Borborema	90,91	94,37	95,59	86,76	124,14
250280 Brejo do Cruz	74,85	105,81	105,92	81,66	104,02
250290 Brejo dos Santos	51,52	85,33	130,56	106,94	63,64
250300 Caaporã	109,04	105,19	79,4	79,4	71,53
250310 Cabaceiras	119,67	94,29	93,85	67,69	114,58
250320 Cabedelo	103,42	105,7	75,05	73,13	78,48
250330 Cachoeira dos Índios	93,28	96,3	107,09	92,13	106,2
250340 Cacimba de Areia	96,77	114,63	74,55	69,09	82,69
250350 Cacimba de Dentro	103,03	110,1	89,04	98,17	102,4
250355 Cacimbas	114,18	96,99	135,71	104,29	125,58

250360 Caiçara	103,88	86,67	70,94	70,94	83,33
250370 Cajazeiras	101,86	99,78	101,66	92,27	99,88
250375 Cajazeirinhas	100	87,93	75,93	96,3	111,9
250380 Caldas Brandão	131,88	143,68	111,01	66,06	85,54
250390 Camalaú	121,88	145,88	97,73	84,09	119,18
250400 Campina Grande	100,47	95,24	98	98,46	102,83
250403 Capim	88,89	70,48	63,64	82,83	85,19
250407 Caraúbas	62,71	76,27	129,55	111,36	98,25
250410 Carrapateira	55,56	104,55	68,42	73,68	194,44
250415 Casserengue	93,02	93,83	84,62	98,9	115,46
250420 Catingueira	114,86	111,48	98,25	82,46	98,53
250430 Catolé do Rocha	95,26	101,03	87,5	93,06	95,24
250435 Caturité	116,87	82,05	120,9	98,51	97,4
250440 Conceição	110	95,67	100	83,15	107,02
250450 Condado	61,9	93,75	59,09	67,05	98,77
250460 Conde	98,47	91,82	93,63	81,98	61,55
250470 Congo	67,31	86,36	48,08	60,58	67,31
250480 Coremas	92,34	105,29	102,03	113,2	105,26
250485 Coxixola	113,64	107,14	123,81	104,76	133,33
250490 Cruz do Espírito Santo	41,6	47,89	79,23	116,91	94,77
250500 Cubati	132,22	153,92	104,67	87,85	96,77
250510 Cuité	121,2	123,53	61,33	70,31	102,06
250520 Cuitegi	59,41	66,97	61,42	127,56	59,54
250523 Cuité de Mamanguape	81,01	78,57	6,17	102,47	119,57
250527 Curral de Cima	25,84	100	70	128	114,08
250530 Curral Velho	143,48	90,63	112	104	112,5
250535 Damião	163,08	96,97	103,39	106,78	103,85
250540 Desterro	140,83	104,35	78,95	97,37	106,92
250550 Vista Serrana	76,47	71,43	70,83	70,83	65,38
250560 Diamante	106,94	130,56	88,37	84,88	141,89
250570 Dona Inês	86,09	92,48	88,34	71,17	100,68
250580 Duas Estradas	115,87	132,69	84	72	111,76
250590 Emas	136,36	119,44	111,63	76,74	122,5
250600 Esperança	83,88	85,6	75,27	79,03	108,38
250610 Fagundes	90,86	107,89	72,92	91,15	114,72
250620 Frei Martinho	136,67	121,88	96,67	56,67	128,57
250625 Gado Bravo	126	92,06	86,82	65,12	82,11
250630 Guarabira	127,96	79,89	84,8	91,76	90,41
250640 Gurinhém	64,74	65,42	70,91	86,82	82
250650 Gurjão	69,57	127,27	105	97,5	88,89
250660 Ibiara	83,15	102,99	110,77	83,08	95,71
250670 Imaculada	133,33	131,43	154,3	101,32	79,43
250680 Ingá	100	72,44	106,93	87,88	99,6
250690 Itabaiana	79,29	88,29	79,66	84,24	91,09
250700 Itaporanga	132,77	98,53	75,33	88,33	115,43
250710 Itapororoca	100,39	145,49	70,08	112,7	107,14
250720 Itatuba	41,18	62,65	84,28	59,12	85,82
250730 Jacaraú	94,79	107,04	43,39	97,88	115,53

250740 Jericó	94,23	121,51	112,2	113,41	123,86
250750 João Pessoa	103,16	91,16	75,07	62,58	78,89
250760 Juarez Távora	52,42	52,63	47,32	72,32	106,82
250770 Juazeirinho	92,57	85,62	52,96	64,2	104,94
250780 Junco do Seridó	135,29	77,68	97,85	72,04	81,52
250790 Juripiranga	102,86	110,64	82,32	125,41	115,71
250800 Juru	156,52	117,8	98,28	100	100,85
250810 Lagoa	66,13	91,8	83,33	70,37	120,45
250820 Lagoa de Dentro	62,77	101,82	83,59	91,41	142,71
250830 Lagoa Seca	74,88	92,36	93,67	89,37	95,38
250840 Lastro	74,42	80	106,82	97,73	91,67
250850 Livramento	117,86	122,09	80	87,83	114,43
250855 Logradouro	120,75	163,04	125,45	85,45	157,78
250860 Lucena	67,39	78,5	123,57	129,3	102,28
250870 Mãe d'Água	78	88,37	123,26	83,72	75
250880 Malta	112,99	82,56	90,8	87,36	108,7
250890 Mamanguape	45,9	60,34	42,43	82,53	99,86
250900 Manaíra	101,81	97,04	147,77	84,08	87,76
250905 Marcação	105,26	103,13	59,71	142,45	88,2
250910 Mari	138,35	123,83	87,02	88,55	88,81
250915 Marizópolis	75	75,51	70,21	38,3	91,89
250920 Massaranduba	140,54	101,49	61,76	70,1	92,4
250930 Mataraca	72,86	71,22	85,53	86,18	71,6
250933 Matinhas	102,99	133,33	92,68	75,61	107,14
250937 Mato Grosso	85,71	78,26	66,67	66,67	83,33
250939 Maturéia	135,82	132,53	102,86	88,57	117,2
250940 Mogeiro	118,91	111,73	60	31,82	59,28
250950 Montadas	96,26	111,7	92,31	106,59	155,88
250960 Monte Horebe	235,48	158,21	84,06	63,77	91,94
250970 Monteiro	59,16	69,25	71,66	74,09	92,37
250980 Mulungu	71,53	77,94	64,34	79,02	74,84
250990 Natuba	78	70,97	116,67	58,33	79,59
251000 Nazarezinho	76,15	100,94	78,5	55,14	102,3
251010 Nova Floresta	67,3	84,35	91,84	95,92	97,96
251020 Nova Olinda	60	98,68	186,54	153,85	78,82
251030 Nova Palmeira	159,52	69,77	118,6	88,37	108,89
251040 Olho d'Água	79,82	110,2	69,47	75,79	134,67
251050 Olivados	101,61	108	84,31	100	95,83
251060 Ouro Velho	70,73	92,31	51,35	78,38	153,57
251065 Parari	50	50	90,48	57,14	106,67
251070 Passagem	147,62	78,05	111,76	64,71	175,86
251080 Patos	105,02	115,22	98,06	82,69	53,43
251090 Paulista	114,39	90,3	95,6	74,21	93,59
251100 Pedra Branca	102,17	167,57	79,37	93,65	98,33
251110 Pedra Lavrada	81,05	91,43	86,96	90,22	105,13
251120 Pedras de Fogo	112,94	124,73	113,53	106,19	83,3
251130 Piancó	98,35	82,59	96,53	75,72	120,81
251140 Picuí	141,64	97,72	67,68	85,93	104,58

251150 Pilar	121,67	124,73	52,83	88,05	114,65
251160 Pilões	95,65	107,14	75,74	72,79	85,61
251170 Pilõezinhos	37,5	72,73	96,59	94,32	123,68
251180 Pirpirituba	43,21	106,25	49,35	65,58	105,98
251190 Pitimbu	121,55	53,42	17,51	89,88	56,21
251200 Pocinhos	118,62	86,12	81,61	72,91	83,75
251203 Poço Dantas	89,8	104,76	140,35	110,53	85,92
251207 Poço de José de Moura	100	108,89	68,89	102,22	119,51
251210 Pombal	95,61	98,22	82,24	86,68	104,75
251220 Prata	93,48	72,22	89,58	87,5	88,89
251230 Princesa Isabel	104,45	79,79	80,13	83,01	75,93
251240 Puxinanã	93,36	100,98	74,32	104,5	110,95
251250 Queimadas	67,56	99,37	62,7	69,87	80,7
251260 Quixabá	158,33	154,55	86,96	108,7	73,08
251270 Remígio	71,93	70,07	71,63	95,5	93,14
251272 Pedro Régis	50,72	72,46	103,13	93,75	93,75
251274 Riachão	146,67	96,3	83,64	69,09	97,67
251275 Riachão do Bacamarte	100	101,56	81,25	96,88	78,95
251276 Riachão do Poço	89,29	64,52	86	92	155,77
251278 Riacho de Santo Antônio	50	55,81	93,02	69,77	107,69
251280 Riacho dos Cavalos	74,78	108,25	93,5	51,22	96,85
251290 Rio Tinto	114,56	110,67	103,57	127,14	101,68
251300 Salgadinho	95,74	104,76	111,11	75,56	69,23
251310 Salgado de São Félix	69,4	84,4	56,06	78,79	91,49
251315 Santa Cecília	90,57	109,2	112	93	150
251320 Santa Cruz	81,08	49,25	92,31	82,05	92,31
251330 Santa Helena	103,08	128,57	95,52	47,76	90,14
251335 Santa Inês	111,63	81,82	89,8	63,27	89,8
251340 Santa Luzia	129,76	120,87	78,44	69,72	93,22
251350 Santana de Mangueira	67,61	81,67	96,67	91,67	98,44
251360 Santana dos Garrotes	55,34	98,63	105,13	93,59	86,9
251365 Joca Claudino	164	78,13	166,67	180,95	90,63
251370 Santa Rita	135,53	124,2	147,96	97,17	80,67
251380 Santa Teresinha	129,63	134,09	87,5	71,25	78,57
251385 Santo André	118,42	125,93	111,54	107,69	100
251390 São Bento	92,17	184,79	163,78	103,33	105,77
251392 São Bentinho	55,38	107,55	112	78	130,95
251394 São Domingos do Cariri	94,29	118,92	111,76	88,24	91,18
251396 São Domingos	100	89,19	89,47	76,32	92,11
251398 São Francisco	104,26	60,78	114,63	97,56	65,22
251400 São João do Cariri	11,11	82,35	88,14	67,8	93,1
251410 São João do Tigre	59,42	96,15	116	114	68,42
251420 São José da Lagoa Tapada	76,92	113,79	103,37	100	116,85
251430 São José de Caiana	88,3	78,1	88,61	96,2	89,77
251440 São José de Espinharas	79,17	75	100	119,57	98
251445 São José dos Ramos	100	142,65	156,94	101,39	120,65
251450 São José de Piranhas	80,24	100	99,23	52,69	76,12
251455 São José de Princesa	228,13	151,43	88,37	48,84	122,22

251460 São José do Bonfim	125,58	64,41	87,04	74,07	79,17
251465 São José do Brejo do Cruz	138,1	91,3	135	130	105
251470 São José do Sabugi	101,82	143,59	40,32	53,23	131,43
251480 São José dos Cordeiros	106,67	112,5	47,06	68,63	89,74
251490 São Mamede	88,66	108,6	95	78	117,72
251500 São Miguel de Taipu	75,4	92,22	77,38	66,67	118,48
251510 São Sebastião Lagoa Roça	111,19	101,8	90	67,65	72,56
251520 São Sebastião do Umbuzeiro	172,97	115,91	90,2	86,27	114
251530 Sapé	101,81	87,82	84,75	105,18	103,78
251540 São Vicente do Seridó	99,38	99,4	11,11	58,73	109,66
251550 Serra Branca	77,7	111,19	72,05	109,32	91,07
251560 Serra da Raiz	87,18	117,14	102,7	83,78	146,67
251570 Serra Grande	125	166,67	112,2	100	117,5
251580 Serra Redonda	108	74,77	49,04	54,81	68,35
251590 Serraria	70,37	137,29	81,33	86,67	121,43
251593 Sertãozinho	71,79	111,11	77,78	77,78	91,67
251597 Sobrado	32,43	81,44	92,71	95,83	114,42
251600 Solânea	76,58	64,03	85,49	89,97	98,97
251610 Soledade	136,84	96,41	71,79	63,68	108,88
251615 Sossêgo	166,15	185,71	101,64	88,52	121,57
251620 Sousa	99,6	111,28	71,57	68,71	96,72
251630 Sumé	63,93	63,72	84,55	98,28	81,71
251640 Tacima	111,39	84,62	106,59	92,31	125,84
251650 Taperoá	61,88	97,65	50,74	79,31	85,71
251660 Tavares	229,76	102,08	48,33	120,56	80,32
251670 Teixeira	94,26	103,03	76,17	76,64	102,4
251675 Tenório	67,8	114,29	73,47	83,67	92,86
251680 Triunfo	102,59	125,93	102,59	72,41	149,41
251690 Uiraúna	112,64	107,53	75,14	82,87	112,35
251700 Umbuzeiro	107,5	97,5	87,67	66,44	89,74
251710 Várzea	83,33	65,71	100	94,29	93,1
251720 Vieirópolis	104,35	115,56	108,16	108,16	81,36
251740 Zabelê	106,67	105	102,33	137,21	153,13

Fonte: tabnet.datasus.gov.br. Data: 07/10/2019.

Anexo 03: Ficha de Notificação/Investigação PFA.

CASO SUSPEITO:
- Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito em pessoas menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica de poliomielite.
- Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação do poliovírus nos últimos 30 dias, que antecederam o início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para esses países que apresentem suspeita diagnóstica de poliomielite.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE		A 8 0 9
Dados de Residência	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código
	7 Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento
	10 (ou) idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino ? - Ignorado	12 Sestante
	14 Escolaridade		13 Raça/Cor
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
Dados de Residência	19 Distrito		
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência
	27 CEP		
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perurbana ? - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso		
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da 1ª Consulta	32 Data da Investigação	33 Tomou Vacina Contra Poliomielite
	34 Número de doses válidas	1 - Sim 2 - Não ? - Ignorado	
Dados Clínicos	35 Data da Última Dose da Vacina	36 Viagou ou recebeu visitas provenientes de áreas endêmicas de poliomielite nos 30 dias anteriores à data de início da deficiência motora?	37 Se sim, País de origem
	38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não ? - Ignorado		39 Data Início da Def. Motora
	40 Deficiência Motora 1 - Sim 2 - Não ? - Ignorado		
	41 Força Muscular 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal ? - Ignorado		42 Localização 1 - Distal 2 - Proximal 3 - Todo o membro ? - Ignorado
	43 Comprometimento de 1 - Sim 2 - Não ? - Ignorado		44 Fase Aguda Data do Exame
	45 Força Muscular 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 4 - Normal 5 - Prejudicado 6 - Ignorado		
	46 Tônus Muscular 1 - Diminuído 2 - Ausente 3 - Normal 4 - Aumentado 5 - Ignorado		47 Sensibilidade 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 4 - Parestesia 5 - Prejudicado 6 - Ignorado
	48 Reflexos 1 - Diminuído 2 - Ausente 3 - Normal 4 - Aumentado 5 - Ignorado		

Dados Clínicos (Cont.)

49 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 Flexão E Extensão E
 Flexão D Extensão D

50 Sinais de Irritação Meningea
 1-Ausente 2-Presente 9-Ignorado
 Kernig Rigidez de Nuca Brudzinski

51 Contato ou Ingestão de Substâncias Tóxicas (Agrotóxicos, Chumbo, Mercúrio, Medicamentos) 1 - Sim
 2 - Não 9 - Ignorado

52 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha)

53 História de Injeção Intramuscular
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 Local de Aplicação
 1-MIE 2-MSE 3-MID 4-MSD 5-Glúteo E 6-Glúteo D

Atendimento

55 Hipótese Diagnóstica (Vide Tabela Anexa)

56 Ocorreu Hospitalização
 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

57 Data da Internação

58 UF 59 Município do Hospital

Código (IBGE)

Dados do Laboratório

60 Data da Coleta

61 Data do envio do Nível Local para o Estadual

62 Data do envio do Nível Estadual para o LRR

63 Data do Recebimento no LRR

64 Quantidade
 1 - Suficiente
 2 - Insuficiente

65 Condições
 1 - Temperatura Adequada
 2 - Temperatura Alterada

66 Data do Resultado

67 Resultado
 1- P1 Vacinal 2- P2 Vacinal 3- P3 Vacinal 4- P1 Selvagem 5- P2 Selvagem 6- P3 Selvagem
 7- Negativo 8- Não pólio 9- Outros 10- Inconclusivo 11- PVDV1 12- PVDV2 13- PVDV3

68 Exames Complementares

Liquor					
Data da Coleta	Nº de Células/mm ³	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%
/ /					
/ /					

69 Data da Realização

70 Diagnóstico Suggestivo de (tabela anexa)

71 Coletado Material Anatomopatológico? Cérebro Medula Intestino 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

72 Data da Coleta

73 Resultado
 1 - Compatível com poliomielite
 2 - Não compatível com poliomielite

Evolução do Caso (revisita)

74 Data da Revisita

75 Força Muscular MIE MSE MID MSD
 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorado

76 Tônus Muscular MIE MSE MID MSD Musc. Cervical Face
 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado

77 Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado
 Aquileu E Aquileu D Patelar E Patelar D Bicipital E Bicipital D Tricipital E Tricipital D

78 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 Flexão E Flexão D Extensão E Extensão D

79 Atrofia 1 - Presente 2 - Ausente 9 - Ignorado
 MIE MSE MID MSD

80 Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicada 9-Ignorado
 MIE MSE MID MSD Face

Conclusão

81 Data da Revisão

82 Classificação Final
 1-Confirmado Poliovírus Selvagem 2-Compatível 3-Associado à vacina 4-Descartado 5-Confirmado PVDV

83 Critério de Classificação
 1-Laboratorial 2-Clinico Epidemiológico 3-Perda de Seguimento 4-Óbito 5-Evolução

84 Diagnóstico do Caso Descartado (vide tabela em anexo)

85 Evolução
 1-Cura com sequela 2-Cura sem sequela 3-Óbito por PFA/Pólio 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado

86 Data do Óbito

87 Data do Encerramento

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Investigador

Nome

Função

Assinatura

PFA/Poliomielite Sinan NET SVS 08/10/2009

Anexo 04: Resposta a EVENTO por tipo de poliovírus.

Cepa	Fonte	Resposta geral	Resposta de vacinação	Prazo **
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, em função da situação local, como recomendada pela OMS e os 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 a Diretora-Geral da OMS. 	Em situação de alto risco: primeira campanha dentro de 14 dias
Sabin 2				
Sabin-like2	<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>	-

Cepa	Fonte	Resposta geral	Resposta de vacinação	Prazo **
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 a 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	<ul style="list-style-type: none"> Ser humano 	<ul style="list-style-type: none"> Investigação epidemiológica e social 	<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. 	-

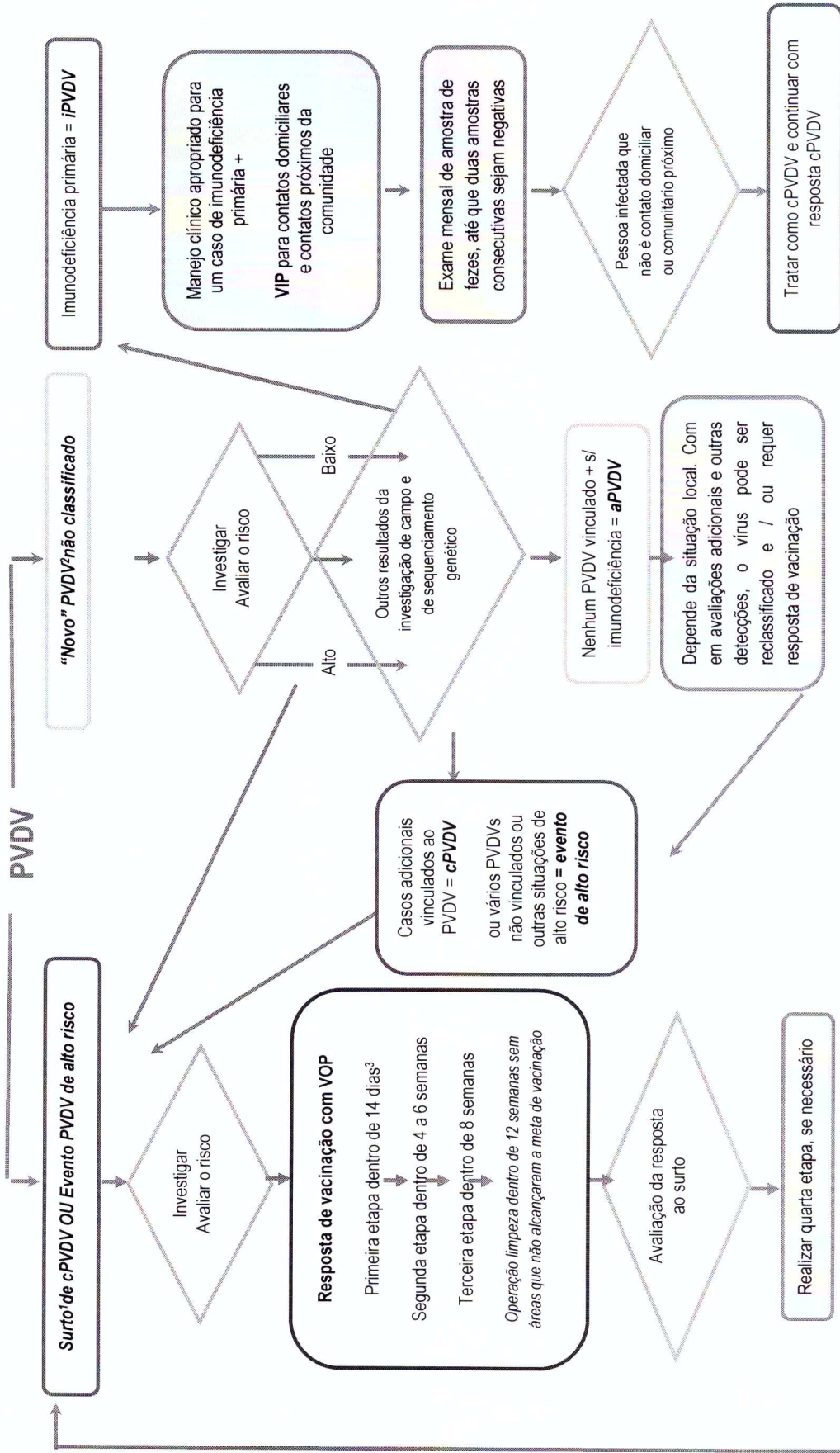
Cepa	Fonte	Resposta geral	Resposta de vacinação	Prazo **
PVDV 1 ou 3 (em espera de classificação)	<ul style="list-style-type: none"> Ser humano Meio ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> Investigação epidemiológica e social Busca ativa de casos na comunidade e de evidências de transmissão viral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

PVS = Poliovírus Selvagem PVDV= Poliovírus derivado vacinal

Handwritten mark or signature.

Handwritten signature or mark enclosed in a circle.

Anexo 05: 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.



RENATA VALERIA NÓBREGA

Representante da SES/PB



SORAYA GALDINO DE ARAUJO LUCENA

Presidente do COSEMS/PB