



Plano Estadual de Resposta a um Evento de Detecção de Poliovírus e um Surto de Poliomielite: Estratégia de Pernambuco

SEVS
Secretaria Executiva
de Vigilância em Saúde

Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO, MAIS FUTURO.

Sumário

Quadros e figuras.....	5
1. Introdução	7
1.1. Características geográficas e populacionais de Pernambuco.....	8
1.2 Antecedentes do controle da poliomielite em Brasil/ Pernambuco.....	8
2. Objetivos	10
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
3. Estrutura do estado para resposta a evento ou surto de poliomielite	10
3.1 Vigilância da Paralisia Flácida Aguda (PFA).....	10
3.2 Coordenação do Programa Estadual de Imunizações	13
3.3 Coordenação de Laboratórios de Saúde Pública	18
4. Preparação.....	18
4.1 Mecanismo de Gestão	18
4.2 Definição das equipes responsáveis	20
4.3 Uso de VOPm2	20
4.4 Uso de VIP	21
4.5 Plano preliminar de capacitação	21
4.6 Plano preliminar de comunicação e mobilização social	22
4.6.1 Público-alvo x objetivos de comunicação.....	22
4.6.2 Mensagens-chave.....	22
4.6.3 Medidas estratégicas.....	22
4.7 Plano preliminar de supervisão.....	23
4.8 Orçamento preliminar.....	23
4.9 Preparação para a equipe de resposta rápida (equipe de apoio internacional).....	24
4.10 A importância da vacinação contra a poliomielite em tempos da covid-19.....	24
5. Definições	25
5.1 Definição dos eventos de detecção e dos surtos causados por poliovírus	25
5.2 Poliovírus derivado da vacina.....	25
6. Detecção de Poliovírus tipo 2.....	26
6.1 Notificação	26
6.2 Investigação	27
6.3 Metodologia da avaliação de risco	29
6.3.1 A natureza do vírus (PVS, Sabin ou PVDV).....	30
6.3.2 Avaliação da extensão geográfica da transmissão e risco de propagação.....	31
6.4. Avaliação e classificação de risco de transmissão posterior de poliovírus do sorotípo 2	32
6.5 Fatores que influenciam o tipo e magnitude da resposta	33
6.6 Tomada de decisões	34
6.7 Resposta diante da confirmação de um evento ou surto	34
a. Vacinação.....	34
b. Solicitação da vacina.....	35
c. Organização das etapas de vacinação	35
d. Viajantes	36

6.8	Encerramento e validação final do surto	36
6.9	Vigilância pós evento ou surto.....	38
7.	Detecção de Poliovírus 1 e 3	39
7.1	Notificação de Poliovírus 1 e 3	39
7.2	Investigação	39
	<i>a. Investigação dos casos e dos contatos</i>	39
	<i>b. Busca ativa de casos institucionais e comunitária.....</i>	40
	<i>c. Análise de coberturas</i>	40
	<i>d. Diagnóstico laboratorial.....</i>	40
7.3	Avaliação de risco.....	40
7.4	Resposta a Detecção de Poliovírus 1 e 3	41
7.5	Encerramento do surto.....	42
8.	Detecção de eventos de poliovírus e surtos de poliomielite no ambiente	43
8.1	Definição de eventos de detecção e de surtos causados por poliovírus	43
8.2	Detecção	44
8.3	Notificação	45
8.4	Investigação	45
8.5	Avaliação de risco.....	47
8.6	Resposta.....	47
9.	Apoio dos aliados da GPEI aos países em sua resposta diante dos surtos.....	47
9.1	Responsabilidades das autoridades de saúde e seus aliados.....	47
9.2	Políticas fundamentais da GPEI para otimizar a resposta ao surto	48
	<i>a. Política de reforço da resposta</i>	48
	<i>b. Política de ôprevenção sem arrependimentoö.....</i>	49
10.	VOPm2 - Manejo, Monitoramento, Destrução e Eliminação	49
10.1	Manejo da VOPm2.....	49
10.2	Monitoramento da distribuição da VOPm2.....	50
10.3	Destrução e eliminação segura da VOPm2	50
ANEXOS		52
	Anexo A: Resolução da Diretoria Colegiada ó RDC N°203, de 26 de dezembro de 2017	53
	Anexo 1: Notificação da poliomielite segundo o Regulamento Sanitário Internacional	56
	Anexo 2: Informações necessárias para análise de risco.....	58
	Anexo 3: Encerramento do surto por PVS e cPVDV	61
	Anexo 4A: Vacinação de resposta a EVENTO por tipo de poliovírus	62
	Anexo 4B: Vacinação de resposta a SURTO por tipo de poliovírus.....	64
	Anexo 5: Principais passos e cronograma para componentes críticos para resposta a um EVENTO ou SURTO de poliomielite	69
	Anexo 6: Estratégias de resposta após a detecção de um poliovírus derivado da vacina	70
	Anexo 7. Avaliação da qualidade da resposta: fatores a serem considerados antes, durante e após a implementação.....	71
	Anexo 8. Avaliação de risco: Resumo dos elementos para a avaliação sistemática de risco de um novo Isolamento PVDV, PVS ou Sabin Like2.....	73
	Anexo 9A. Cronograma e ações no primeiro mês após a detecção do poliovírus.....	76
	Anexo 9B: Cronograma e responsabilidade pelas atividades de resposta ao surto desde o Dia 0 até o término do surto	77

Referências.....	90
-------------------------	-----------

Quadros e figuras

- Quadro 2 Distribuição etária da população menor de 15 anos, em Pernambuco, 2021.
- Quadro 3 Indicadores de Qualidade da Vigilância das Paralisias Flácidas Agudas/Poliomielite - Pernambuco 2017 a 2021.
- Quadro 4 Coberturas vacinais para vacina poliomielite em menores de 1 ano de idade, Pernambuco 2017 a 2021.
- Quadro 5 Número e percentual de municípios segundo estrato de cobertura vacinal contra poliomielite, em menores de 1 ano de idade, Pernambuco, 2021.
- Quadro 6 Equipe Estadual de resposta imediata a um evento ou surto de poliomielite.
- Quadro 7 Plano para capacitação de recursos humanos a nível Estadual.
- Quadro 8 Plano para supervisão das ações.
- Quadro 9 Definições epidemiológicas de eventos de detecção de poliovírus e de surtos de poliomielite.
- Quadro 10 Definição de evento e surto causado por poliovírus do tipo 2.
- Quadro 11 Atividades a serem realizadas na investigação e os responsáveis pela realização.
- Quadro 12 Elementos para avaliar o risco de transmissão posterior de poliovirus tipo 2, o que influirá no tipo e escala de resposta.
- Quadro 13 Critérios para classificação de um evento ou surto de poliomielite.
- Quadro 14 Fases de risco de aparecimento e de propagação posterior de poliovírus do sorotipo 2.
- Quadro 15 Etapas de campanha de vacinação, tipo de vacina a ser utilizada e intervalo entre as etapas.
- Quadro 16 Etapas de campanha de vacinação, tipo de vacina a ser utilizada e intervalo entre as etapas.
- Quadro 17 Definição de evento e surto causados por poliovírus detectados no ambiente.
- Figura 1 Mapa político de Pernambuco.
- Figura 2 Incidência de casos de Poliomielite e Cobertura Vacinal com a VOP em Campanhas Nacionais de Vacinação, Pernambuco, 1968 ó 2015, 2018 e 2020.

Lista de abreviaturas

AISA ó Assessoria de Assuntos Internacionais
Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
aPVDV - Poliovírus de origem ambígua derivado da vacina atenuada
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CGLAB ó Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública
CGPNI ó Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
CME ó Comitê de Monitoramento de Eventos
Conama - Conselho Nacional do Meio Ambiente
cPVDV - Poliovírus circulante derivado da vacina atenuada
CV - Coberturas vacinais
CDI - Coordenação de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis
DEIDT- Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
EOMG - Grupo de Erradicação e Gerenciamento de Surtos
Fiocruz ó Fundação Oswaldo Cruz
GERES - Gerências Regionais de Saúde
GPEI - Iniciativa Global para a Erradicação da Poliomielite
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEC ó Instituto Evandro Chagas
iPVDV - Poliovírus derivado da vacina atenuada que se mantém e são eliminados por indivíduos com imunodeficiência
LACEN - Laboratórios Centrais de Saúde Pública
LRN ó Laboratórios de Referência Nacional
MRC ó Monitoramento Rápido de Coberturas
MS ó 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
PE - Pernambuco
PFA - Paralisia Flácida Aguda
PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde
PNI ó Programa Nacional de Imunizações
PVDV - Poliovírus derivado da vacina
PVS - Poliovírus selvagem
RDC ó Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa
RSI ó Regulamento Sanitário Internacional
SES ó Secretaria Estadual de Saúde
SIDI - Superintendência de Imunizações e das Doenças Imunopreveníveis
SINAN-Sistema de Informações de Agravos de notificação
SMS ó Secretaria Municipal de Saúde
SUS ó Sistema Único de Saúde
SVS ó Secretaria de Vigilância em Saúde
UF ó Unidade Federada
UNICEF ó Fundo das Nações Unidas para a Infância
VE ó Vigilância epidemiológica
VIP - Vacina inativada contra poliomielite sorotipos 1,2,3.
VOPb - Vacina trivalente atenuada contra poliomielite sorotipos 1e 3.
VOPm2 ó Vacina oral poliomielite monovalente tipo 2 (contém vírus Sabin tipo 2)
VOPt - Vacina trivalente atenuada contra poliomielite sorotipos 1,2,3.

1. Introdução

A poliomielite é uma doença em processo de erradicação e globalmente foram empreendidos esforços para alcançar a meta de um mundo livre da doença até 2018.

Até a primeira metade da década de 80, a poliomielite apresentava alta incidência no Brasil, contribuindo, de forma significativa, para a elevada prevalência anual de sequelas físicas, observada naquele período. Em 1994, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)/ Organização Mundial da Saúde (OMS) certificou a erradicação da transmissão autóctone do poliovírus selvagem nas Américas, após 3 anos sem circulação desse vírus no Continente.

Desde então, todos os países da região assumiram o compromisso de manter as coberturas vacinais altas e homogêneas, bem como uma vigilância epidemiológica ativa e sensível, capaz de identificar imediatamente a reintrodução do poliovírus selvagem em cada território nacional, adotando medidas de controle capazes de impedir a sua disseminação.

Não há registro de casos de poliomielite selvagem no continente americano desde 1991, no Brasil desde 1989 e em Pernambuco desde 1988. Apesar dessa eliminação, permanece o risco de ocorrência de casos importados devido à existência da transmissão sustentada da doença em outros países, como atualmente é o caso do Afeganistão e Paquistão. Além do vírus selvagem, ocorrem, em situações de prolongada baixa cobertura vacinal, os poliovírus relacionados à vacina, que podem adquirir as características biológicas dos poliovírus selvagens, tais como neurovirulência e capacidade de circulação por tempo prolongado na comunidade.

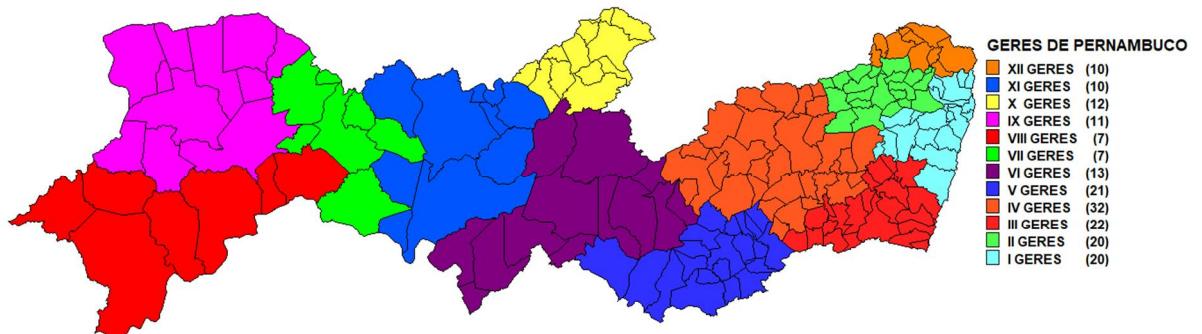
Nesse cenário de risco, cumprindo compromisso assumido quando do Certificado de Erradicação da Poliomielite, o Ministério da Saúde (MS), e consequentemente a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco mantém, em modo contínuo, tanto as ações de imunização contra a poliomielite quanto à rotina de vigilância das paralisias flácidas agudas em menores de 15 anos (PFA). Esta última sendo uma estratégia de monitoramento para identificação precoce de casos de poliomielite oportunizando o desencadeamento das medidas de controle necessárias.

A taxa de notificação, a coleta oportuna de amostra de fezes, a investigação oportuna (em até 48 horas) e a informação semanal de notificação negativa/positiva, são indicadores acompanhados sistemáticamente pela VE/PFA para garantir a qualidade da vigilância e manter a erradicação da doença no país/estado.

Este documento é uma adaptação do Plano Nacional de Resposta a um Evento de Detecção de Poliovírus e um Surto de Poliomielite, do Ministério da Saúde, para o estado de Pernambuco com os dados do mesmo.

1.1. Características geográficas e populacionais de Pernambuco

Figura 1. Mapa político de Pernambuco



Fonte: IBGE, Diretoria de Geociências, Coordenação de Cartografia.

Pernambuco está localizado no centro-leste da região Nordeste e tem como limites os estados da Paraíba, Ceará, Alagoas, Bahia e Piauí, além de ser banhado pelo oceano Atlântico. Ocupa uma área de 98.149,119 km² que é dividida de acordo com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de 19/09/2011 em quatro macrorregiões de saúde, 12 regionais de saúde e 185 municípios. A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) possui em sua estrutura organizacional 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), com equipe técnica e gestores.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Estado possui aproximadamente uma população de 9,6 milhões de habitantes, sendo 2.105.770 (21,8%) de menores de 15 anos (população sob vigilância para PFA) e 142.036 (1,4%) de menores de um ano (população de referência para cobertura das 03 primeiras doses da vacina).

Quadro 2: Distribuição etária da população menor de 15 anos. Pernambuco, 2021.

POPULAÇÃO 2021	<1 ANO	1 A 4 ANOS	5 A 9 ANOS	10 A 14 ANOS	TOTAL <15
	135.855	547.145	702.203	720.567	2.105.770

Fonte: Sinasc e IBGE, 2021

1.2 Antecedentes do controle da poliomielite no Brasil/ Pernambuco

O Brasil realiza ações de vacinação contra a poliomielite desde a década de 1960. No entanto, essas ações não ocorriam de forma sistematizada em todo o país. Em 1977, após a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), foi publicado o primeiro calendário de vacinação (Portaria 454/1977), que incluía a vacina oral trivalente contra a poliomielite (VOPt)

como vacinação de rotina para crianças. No final do ano de 1979, se iniciaram as campanhas nacionais de vacinação em resposta a uma importante epidemia de poliomielite no sul do país.

Em Pernambuco, com a primeira Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite que ocorreu em 14 de junho de 1980, o número de casos de poliomielite diminuiu de 111 em 1980 para 12 casos em 1981. Entretanto, em 1986, houve o recrudescimento da doença no Nordeste e nesse ano o estado registrou 79 casos. Um aumento de aproximadamente mil por cento de 1984 (7 casos) para 1986 (79 casos). Isso aconteceu quando se registrou cobertura vacinal mais baixa, além de menor imunogenicidade do poliovírus vacinal tipo 3 contido na vacina oral trivalente.

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.

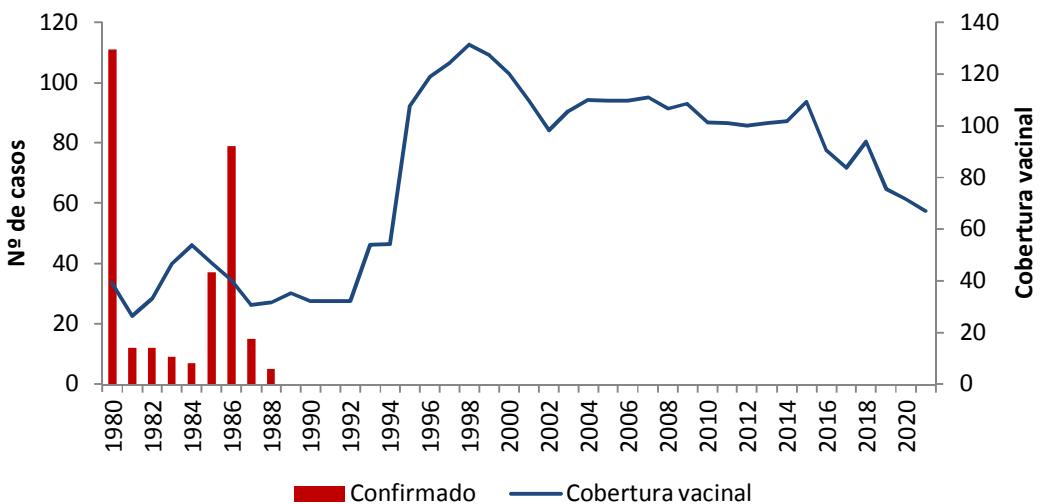
Devido à intensificação da vigilância epidemiológica da doença e elevadas coberturas vacinais (rotina e campanhas), Pernambuco teve o último caso da doença pelo vírus selvagem registrado no ano de 1988. Desde então, a vigilância permanece atenta porque ainda há circulação do poliovírus selvagem em outros países e devido a sua elevada transmissibilidade, ele é facilmente exportado de um país para o outro permanecendo o risco de sua reintrodução.

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 contra poliomielite/ vacina trivalente oral contra poliomielite (VIP/VOPt) no esquema primário de vacinação, onde 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. 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 e 2017, nos quais não houve campanha.

Em 2018 foi realizada uma etapa de Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite, com a meta de vacinar 95% das crianças na faixa etária de um ano a menor de cinco anos de idade, correspondendo a 544.178 crianças em Pernambuco. Na campanha, foram vacinadas 566.801 crianças, o Estado atingiu a cobertura vacinal de 104,16%.

Figura 2. Incidência de casos de poliomielite e cobertura vacinal. Pernambuco, 1980 ó 2021



Fonte: CDI/SIDI/SEVS/SES-PE. Dados atualizados em 10/10/2022

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Estabelecer diretrizes e orientar os municípios, nas ações primordiais para a operacionalização em tempo oportuno para resposta a todo evento de detecção ou surto causado por poliovírus selvagem ou por poliovírus derivado da vacina dos tipos 1, 2 e 3, assim como pelo poliovírus Sabin tipo 2.

2.2 Objetivos específicos

- Apresentar as diretrizes e cronogramas para a notificação, investigação, avaliação de risco, resposta e avaliação de resposta, frente a confirmação da detecção de um poliovírus selvagem ou PVDV dos tipos 1,2 e 3, assim como, do vírus Sabin tipo 2
- Identificar atores e elementos chaves para a coordenação da resposta estadual
- Estabelecer resposta coordenada no âmbito estadual e seus municípios diante de um evento de detecção de poliovírus selvagem ou derivado vacinal.

3. Estrutura da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) para resposta a evento ou surto de poliomielite

3.1 Vigilância da Paralisia Flácida Aguda (PFA)

A Superintendência de Imunizações e das Doenças Imunopreveníveis faz parte da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e está composta pela Coordenação de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e Coordenação do Programa Estadual de Imunizações.

Para desenvolver as ações de vigilância das doenças imunopreveníveis e imunização, a SES-PE conta com equipes de cada uma dessas áreas, no nível central, nas 12 Gerências Regionais de Saúde, nas 185 Secretarias Municipais de Saúde e alguns hospitais.

3.1.1 Coordenação de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis/ Vigilância da Poliomielite

A vigilância da poliomielite estadual é composta por um coordenador e uma técnica, contando com a retaguarda, quando necessário, de mais três técnicas dessa coordenação.

De acordo com as orientações do MS, para garantir a identificação precoce da reintrodução da poliomielite, a SES-PE deve acompanhar todos os casos de deficiência motora aguda e flácida em menores de 15 anos (PFA), independente da hipótese diagnóstica, e em pessoas de qualquer idade que viajaram para países com circulação de poliovírus selvagem e apresentem hipótese diagnóstica de poliomielite.

Todo caso de PFA deve ser notificado imediatamente pelo nível local à Secretaria Municipal de Saúde. Nos hospitais estaduais, para agilizar as ações, a equipe de vigilância epidemiológica hospitalar notifica o caso para o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) da SES-PE, que repassa para a área técnica de vigilância estadual e municipal. A notificação deve ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), por meio do preenchimento e envio da Ficha de Investigação de Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite. Todo caso de PFA deve ser investigado, nas primeiras 48 horas após o conhecimento, com coleta das informações necessárias e coleta de fezes para investigação laboratorial. Posteriormente, a vigilância deve acompanhar a evolução clínica de todos os casos notificados, com a realização de exame neurológico e verificação de sequela durante revisita, permitindo a correta classificação final do caso.

Como estratégia para melhorar a identificação de casos com PFA e realizar investigação oportuna com coleta de fezes adequada dos mesmos, a SES/PE vem adotando como hospital sentinela para PFA/ poliomielite um hospital estadual que funciona como referência para atendimento de neurologia pediátrica, situado na capital do estado e que atende pacientes de todas as macrorregiões. Nesse hospital as ações de vigilância são intensificadas e agilizadas.

Quando o caso suspeito de Poliomielite é associado à vacina (PAV) e/ou derivado da vacina (PVDF), deve ser notificado no Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SIEAPV), por intermédio da Ficha de Investigação/Notificação de Evento Adverso Pós-vacinação. Essas ações são realizadas em conjunto pelas equipes da vigilância e do Programa Estadual de Imunização, sob a coordenação desse último.

Definição de Caso Suspeito de Poliomielite

Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduos com menos de 15 anos de idade, independentemente 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 de poliovírus nos últimos 30 dias que antecedem o início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para países com circulação de poliovírus selvagem e apresentaram suspeita diagnóstica de poliomielite

Definição de Caso Confirmado de Poliomielite

Poliovírus selvagem: Caso de PFA, em que houve isolamento de poliovírus selvagem na amostra de fezes do caso, ou de um de seus contatos, independentemente de haver ou não sequela após 60 dias do início da deficiência motora

Poliomielite associada à vacina (PAV): Caso de PFA em que há isolamento de vírus vacinal na amostra de fezes e presença de sequela compatível com poliomielite, 60 dias após o início da deficiência motora

A qualidade da vigilância epidemiológica é verificada por meio do monitoramento de vários indicadores:

- 1) Taxa de notificação;
- 2) Investigação epidemiológica em até 48 horas;
- 3) Coleta de uma amostra oportuna de fezes;
- 4) Percentual de notificação negativa semanal.

A meta estabelecida para a taxa de notificação é de, no mínimo, 1 caso/100.000 < 15 anos (em PE no mínimo 27 casos), enquanto para os demais indicadores a meta mínima esperada é de 80%. No período de 2014 a 2018, o Estado atingiu as metas dos indicadores da vigilância epidemiológica das PFA, exceto o indicador de coleta oportuna de fezes (Quadro 2).

Em 2018, foram notificados 63 casos de PFA em Pernambuco, correspondendo a uma taxa de notificação de 2,6 casos por 100.000 < 15 anos. Desde 2014, a SES-PE vem adotando estratégias para aumentar a sensibilidade da vigilância das PFA, especialmente no nível da VE hospitalar, para identificação e notificação de casos de PFA, com aumento do número de casos notificados.

Entretanto, em 2018, a coleta oportuna de amostra clínica só foi conseguida em 60,3% dos casos. O conhecimento tardio de alguns casos e a presença de constipação no quadro clínico de algumas patologias que causam a paralisia, tem dificultado essa ação de forma oportuna.

Quadro 3. Indicadores de Qualidade da Vigilância das Paralisias Flácidas Agudas/Poliomielite ó Pernambuco, 2017 a 2021.

Ano	Nº de Casos Notificados	Investigação 48 horas	Coleta Oportuna de Fezes	Taxa de Notificação
2017	50	100	78	2,2
2018	63	98,4	60,3	2,6
2019	49	98,0	61,2	2,0
2020	23	100	69,6	0,96
2021	28	96,4	57,1	1,2

Fonte: CDI/ SIDI/SEVS/SES-PE

3.2 Coordenação do Programa Estadual de Imunizações

A Coordenação do Programa Estadual de Imunizações possui como objetivo principal a eliminação e controle as doenças imunopreveníveis, através das ações de vigilância e imunização. Deste modo, coordena as atividades da vacinação de rotina e campanhas, realiza treinamentos e supervisões, distribui imunobiológicos, realiza a aquisição de insumos (seringas e agulhas) para aplicação dos imunobiológicos, investiga e acompanha casos notificados de eventos adversos a imunização e monitora as coberturas vacinais.

As coberturas de vacinação contra a poliomielite nos municípios de Pernambuco nos últimos cinco anos são apresentadas na tabela abaixo. A análise da cobertura vacinal (CV) para poliomielite no Estado, na rotina de vacinação de menores de um ano de idade, no período de 2014 a 2018, mostra variação nos resultados e nos últimos três anos em análise PE não alcançou a meta da CV ($\times 95\%$).

Quadro 3. Cobertura vacinal de poliomielite em menores de 1 ano de idade segundo município. Pernambuco, 2017 a 2021.

Município	2017	2018	2019	2020	2021
ABREU E LIMA	97,2	205,1	63,1	46,1	32,2
AFOGADOS DA INGAZEIRA	70,8	89,3	106,5	94,3	81,9
AFRANIO	73,1	83,5	92,3	90,4	87,8
AGRESTINA	90,4	117,3	117,2	64,8	74,8
AGUA PRETA	114,7	128,8	105,8	46,9	41,4
AGUAS BELAS	80,3	104,3	80,1	89,7	78,5
ALAGOINHA	102,3	111,0	96,2	111,4	106,8
ALIANCA	59,1	100,2	77,5	86,7	79,6
ALTINHO	94,1	83,8	114,0	76,6	74,1
AMARAJI	122,6	148,9	112,2	78,3	59,0
ANGELIM	78,3	95,1	132,6	99,2	74,8
ARACOIABA	70,7	73,0	85,1	80,2	62,6
ARARIPINA	81,7	89,4	87,3	91,9	83,7
ARCOVERDE	81,3	110,2	108,5	93,5	87,7

BARRA DE GUABIRABA	127,5	109,5	87,4	89,1	62,6
BARREIROS	105,6	125,9	142,6	69,4	59,8
BELEM DE MARIA	134,0	149,3	108,1	92,7	58,3
BELEM DE SAO FRANCISCO	72,8	68,5	103,5	76,5	37,5
BELO JARDIM	99,9	102,9	91,0	72,6	79,7
BETANIA	77,2	118,5	80,5	97,8	99,3
BEZERROS	84,4	124,8	90,5	75,4	71,1
BODOCO	109,0	111,3	120,6	79,2	85,8
BOM CONSELHO	74,3	95,0	75,3	52,9	51,5
BOM JARDIM	106,7	123,2	94,8	82,0	67,5
BONITO	94,1	107,3	100,5	85,8	76,3
BREJAO	71,5	103,9	81,3	105,7	102,3
BREJINHO	102,7	148,8	172,3	121,7	91,1
BREJO DA MADRE DE DEUS	81,6	123,4	117,6	104,4	78,7
BUENOS AIRES	85,9	94,3	86,2	86,8	73,8
BUIQUE	82,0	99,8	98,5	92,3	89,9
CABO DE SANTO AGOSTINHO	96,3	94,7	85,0	34,5	41,0
CABROBO	76,1	76,4	81,4	102,4	83,3
CACHOEIRINHA	94,8	95,6	77,0	106,7	59,0
CAETES	98,5	106,1	88,6	77,1	75,5
CALCADO	83,1	83,7	80,1	93,4	87,6
CALUMBI	112,0	128,1	70,1	69,2	119,5
CAMARAGIBE	72,4	65,7	40,3	47,3	33,2
CAMOCIM DE SAO FELIX	119,9	99,6	92,5	105,3	71,8
CAMUTANGA	98,5	107,5	101,8	92,9	81,0
CANHOTINHO	73,2	83,2	94,7	63,1	68,0
CAPOEIRAS	72,9	83,6	107,7	115,8	64,0
CARNAIBA	111,6	116,3	87,4	104,1	94,4
CARNAUBEIRA DA PENHA	75,6	77,1	86,1	58,1	81,9
CARPINA	80,9	92,5	109,2	87,8	74,9
CARUARU	85,8	108,6	108,8	94,9	81,8
CASINHAS	78,9	137,6	107,8	90,4	73,4
CATENDE	102,2	116,4	103,0	58,1	59,7
CEDRO	94,8	88,3	102,8	109,9	99,4
CHA DE ALEGRIA	206,9	144,1	56,9	96,9	66,7
CHA GRANDE	107,4	189,5	123,7	67,3	60,9
CONDADO	92,0	83,9	102,4	82,1	70,5
CORRENTES	63,4	67,7	62,9	34,3	44,3
CORTES	37,3	37,6	39,4	47,2	50,0
CUMARU	194,4	102,8	113,1	111,8	83,1
CUPIRA	113,9	109,3	103,4	88,5	94,1
CUSTODIA	85,0	104,5	95,9	93,0	110,8
DORMENTES	81,5	115,2	82,6	102,4	89,6

ESCADA	105,9	108,3	97,8	28,2	67,1
EXU	84,2	116,1	107,3	100,9	78,7
FEIRA NOVA	88,9	104,9	85,7	89,0	93,0
FERNANDO DE NORONHA	181,8	123,1	100,0	156,5	125,0
FERREIROS	109,3	85,3	90,5	112,2	81,9
FLORES	84,0	91,6	79,8	119,1	97,4
FLORESTA	74,8	106,0	95,4	77,2	62,5
FREI MIGUELINHO	128,9	100,0	83,6	102,1	80,9
GAMELEIRA	96,0	136,5	144,5	72,5	77,2
GARANHUNS	73,8	82,4	79,9	68,1	72,7
GLORIA DO GOITA	73,0	135,7	60,6	80,6	93,1
GOIANA	82,6	86,1	87,4	77,6	88,2
GRANITO	74,1	97,2	97,9	122,1	88,9
GRAVATA	71,9	86,4	88,3	82,5	65,5
IATI	82,1	125,3	98,6	93,5	115,9
IBIMIRIM	94,1	117,2	91,1	83,9	87,3
IBIRAJUBA	102,1	121,7	105,2	111,5	70,6
IGARASSU	87,6	99,6	99,3	55,3	50,7
IGUARACY	72,1	113,6	60,7	101,3	96,9
INAJA	78,5	81,3	81,3	78,9	99,7
INGAZEIRA	110,3	110,8	131,5	151,9	87,8
IPOJUCA	98,9	112,8	92,4	56,9	64,5
IPUBI	83,1	85,1	103,1	98,6	93,5
ITACURUBA	72,8	68,4	75,3	71,4	30,9
ITAIBA	79,3	85,5	87,9	55,0	84,1
ILHA DE ITAMARACA	130,6	95,0	82,2	64,4	23,3
ITAMBE	77,5	114,0	100,5	104,2	121,2
ITAPETIM	81,6	92,0	128,1	89,8	107,3
ITAPISSUMA	59,2	70,5	80,2	75,3	45,6
ITAQUITINGA	55,6	86,1	86,8	64,9	80,1
JABOATAO DOS GUARARAPES	49,9	73,7	66,6	51,6	42,1
JAQUEIRA	111,4	103,4	104,1	66,3	86,3
JATAUBA	92,0	89,9	111,6	61,2	62,8
JATOBA	93,4	117,4	106,3	86,1	93,9
JOAO ALFREDO	111,1	99,0	92,9	74,5	104,0
JOAQUIM NABUCO	96,0	111,6	95,0	56,2	68,3
JUCATI	83,4	85,2	96,6	67,2	91,0
JUPI	99,7	104,5	131,5	101,4	98,2
JUREMA	121,6	122,8	108,8	95,9	66,0
LAGOA DO CARRO	91,1	96,8	105,2	97,0	112,1
LAGOA DE ITAENGA	71,9	88,3	85,0	82,1	92,2
LAGOA DO OURO	108,8	120,6	85,5	90,2	78,5
LAGOA DOS GATOS	95,3	122,2	104,2	61,8	68,0

LAGOA GRANDE	111,1	118,8	113,8	115,4	91,5
LAJEDO	72,8	81,8	69,1	71,3	79,8
LIMOEIRO	86,2	100,0	87,7	77,3	88,8
MACAPARANA	82,7	104,7	90,1	102,4	91,7
MACHADOS	79,9	101,1	71,7	88,2	98,0
MANARI	136,6	117,8	106,9	69,8	71,5
MARAIAL	102,6	126,9	84,2	53,8	54,3
MIRANDIBA	83,6	87,3	139,4	87,4	86,5
MORENO	77,1	85,8	72,8	61,3	63,6
NAZARE DA MATA	112,2	103,2	95,4	71,9	65,3
OLINDA	63,6	65,1	68,7	69,8	69,2
OROBO	74,0	99,2	84,8	76,0	61,9
OROCO	82,1	91,8	81,2	96,8	87,2
OURICURI	107,5	103,9	106,4	78,5	74,6
PALMARES	39,3	57,0	63,2	56,0	49,7
PALMEIRINA	90,9	51,4	47,1	26,9	23,8
PANELAS	157,8	98,1	91,4	56,4	78,4
PARANATAMA	97,5	81,6	120,5	51,6	68,7
PARNAMIRIM	101,4	97,6	113,9	95,9	83,9
PASSIRA	105,6	89,0	82,6	63,5	102,9
PAUDALHO	94,7	94,5	94,1	96,3	95,2
PAULISTA	94,0	82,3	71,0	38,2	43,2
PEDRA	91,0	130,9	137,7	77,1	79,6
PESQUEIRA	76,5	109,6	95,5	55,9	61,5
PETROLANDIA	79,5	83,7	92,7	65,9	47,3
PETROLINA	64,4	82,0	85,6	86,5	75,2
POCAO	71,8	82,5	110,2	100,7	102,2
POMBOS	147,4	105,9	95,2	38,8	36,3
PRIMAVERA	130,0	124,3	103,4	47,6	21,8
QUIPAPA	80,6	110,7	131,3	33,1	46,8
QUIXABA	90,9	94,5	108,0	113,8	89,5
RECIFE	87,3	86,8	68,8	65,4	60,9
RIACHO DAS ALMAS	130,1	113,6	111,5	48,7	71,9
RIBEIRAO	99,0	149,5	96,8	94,1	68,1
RIO FORMOSO	75,1	141,7	112,5	84,5	85,9
SAIRE	105,2	96,0	107,0	76,5	77,2
SALGADINHO	102,9	59,5	111,9	114,9	109,0
SALGUEIRO	91,0	95,3	96,0	101,3	79,8
SALOA	86,8	88,6	98,2	92,7	81,0
SANHARO	96,4	124,4	91,9	74,4	95,4
SANTA CRUZ	83,3	83,0	67,1	89,6	65,2
SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE	103,3	112,7	106,9	103,2	71,1
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	95,1	98,3	100,4	82,1	70,4

SANTA FILOMENA	67,0	79,2	75,4	86,2	54,3
SANTA MARIA DA BOA VISTA	84,4	90,3	89,1	92,1	81,1
SANTA MARIA DO CAMBUCA	92,9	124,9	60,3	75,5	60,5
SANTA TEREZINHA	96,9	115,0	92,1	66,5	97,1
SAO BENEDITO DO SUL	74,8	84,3	78,2	71,3	81,3
SAO BENTO DO UNA	107,1	115,0	93,5	88,6	77,3
SAO CAITANO	101,5	105,5	96,2	96,0	75,8
SAO JOAO	94,9	94,0	98,7	92,2	73,4
SAO JOAQUIM DO MONTE	71,9	87,8	143,0	85,7	92,4
SAO JOSE DA COROA GRANDE	107,3	132,9	136,3	76,8	79,8
SAO JOSE DO BELMONTE	68,5	99,6	93,7	77,4	50,9
SAO JOSE DO EGITO	90,6	100,5	92,6	93,9	93,8
SAO LOURENCO DA MATA	86,8	103,2	72,3	23,1	41,5
SAO VICENTE FERRER	90,9	89,7	100,8	92,5	85,8
SERRA TALHADA	112,3	123,6	144,5	105,2	79,7
SERRITA	112,3	123,3	97,5	88,2	106,1
SERTANIA	83,0	102,6	90,2	97,2	68,5
SIRINHAEM	125,2	139,5	118,7	49,0	2,6
MOREILANDIA	94,2	89,9	68,7	104,8	82,4
SOLIDAO	80,7	105,2	94,3	111,4	102,4
SURUBIM	58,9	94,4	93,1	91,7	80,4
TABIRA	70,5	89,5	97,0	94,2	78,4
TACAIMBO	89,0	69,7	106,7	114,8	90,9
TACARATU	94,0	116,1	107,4	73,1	88,3
TAMANDARE	124,2	132,1	117,3	78,2	64,3
TAQUARITINGA DO NORTE	98,8	118,2	97,8	83,6	75,6
261510 TEREZINHA	90,0	100,9	113,6	97,1	79,9
TERRA NOVA	91,0	104,8	111,9	112,8	80,1
TIMBAUBA	81,4	99,3	84,9	89,3	85,1
TORITAMA	105,5	115,8	100,7	14,9	41,8
TRACUNHAEM	109,1	108,6	87,1	107,9	78,6
TRINDADE	116,9	109,5	96,1	76,5	86,0
TRIUNFO	97,4	96,5	90,6	90,6	82,2
TUPANATINGA	81,2	109,9	97,6	88,8	82,1
TUPARETAMA	79,8	103,8	94,1	125,2	100,8
VENTUROSA	74,7	134,5	142,8	95,2	35,7
VERDEJANTE	80,3	98,5	133,0	124,3	79,4
VERTENTE DO LERIO	97,2	96,5	95,4	104,6	99,0
VERTENTES	89,7	108,0	47,1	38,5	45,9
VICENCIA	64,1	96,4	97,1	97,9	85,8
VITORIA DE SANTO ANTAO	111,9	74,0	72,6	71,5	57,3
XEXEU	94,3	102,3	110,0	17,8	58,4

Fonte: PEI-PE/SIDI/SEVS/SES-PE. Dados atualizados em 21/10/2022.

A análise dos dados de cobertura vacinal de 2021 a nível municipal demonstra que 14,5% dos municípios do estado apresentaram coberturas de vacinação \times 95% e 85,5% alcançaram coberturas 95%. (Quadro 5)

Quadro 5. Número e percentual de municípios segundo estrato de cobertura vacinal contra poliomielite, em menores de 1 ano de idade. Pernambuco, 2021.

Polio	Percentual (%) de cobertura com Polio							Total
	<50%	50%-79%	80%-89%	90%-94%	$\geq 95\%-100\%$	>100%	Número de municípios que NÃO informaram	
Número e percentual de municípios	22 (11,9%)	81 (43,8%)	41 (22,2%)	14 (7,6%)	11 (5,9%)	16 (8,6%)	0	185
Número de crianças <1ano nesses municípios	25.234	65.443	26.004	5.806	2.708	10.660	0	135.855

Fonte: PEI-PE/SIDI/SEVS/SES-PE. Dados atualizados em 21/10/2022.

3.3 Coordenação de Laboratórios de Saúde Pública

O Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco (Lacen-PE) atende todas as regionais do estado de Pernambuco, por meio da sua coordenação de virologia, possui dois profissionais responsáveis pelo recebimento das amostras, avaliação das condições de armazenamento e envio aos Laboratórios de Referência Nacional (LRN) para o diagnóstico de poliomielite: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro e Instituto Evandro Chagas (IEC), no Pará.

4. Preparação

4.1 Mecanismo de Gestão

Em Pernambuco, a Secretaria Estadual de Saúde coordena sob a orientação do Ministério da Saúde as ações de resposta às emergências em saúde pública, incluindo a mobilização de recursos e a articulação da informação.

O plano de resposta estadual é ativado pela SES-PE em conjunto com o MS e as esferas de gestão, quando da ocorrência de caso(s) confirmado(s) de poliomielite.

No quadro abaixo está descrita a equipe estadual de prontidão e resposta imediata a um evento ou surto de poliomielite.

Quadro 6: Equipe estadual de resposta imediata a um evento ou surto de poliomielite.

Área	Nome	Telefone	Email
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde	Patricia Ismael	(81) 3184.0183 / 3184.0184	assessoriasevspe@gmail.com
Superintendência de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis	Ana Catarina de Melo Araújo	(81) 3184.0224	acmelosespe@gmail.com
Coordenação do Programa Estadual de Imunizações	Magda Costa	(81) 31844000	peipernambuco1@gmail.com
Coordenação das Doenças Imunopreveníveis	Rafael Mota	(81) 3184.0224	imuno.sespe@gmail.com
Vigilância Epidemiológica das PFA/Poliomielite e Meningite	Roseane Serrano	(81) 3184.0224	meningite.pe@gmail.com
I Geres	Polyanna Ribeiro	(81) 3181.6644	polyribeiro@hotmail.com
II Geres	Luciana Bezerra	(81) 3628.8843	vs2geres@gmail.com; lucianabezerra_20@hotmail.com
III Geres	Joyce Catarina	(81) 3661.8188	joyce.lm@hotmail.com geres3epidemiologia@gmail.com
IV Geres	Maria Aparecida	(81) 3719.9279	geres4@saude.pe.gov.br; cidatutora@gmail.com
V Geres	Janaina Ramos	(87) 3761.8341	gerencia.vgeres@gmail.com; janaina1904@gmaial.com
VI Geres	Renata Remígio	(87) 3821.836	vigsauda6geres@outlook.com; 6geres.gerente@gmail.com
VII Geres	Maria Auxiliadora	(87) 3871.8321	auxiliadoraveras57@gmail.com
VIII Geres	Aline Jerônimo	(87) 3866.6572	aline.jeronimo8geres@gmail.com vigilanciasaude8geres@gmail.com
IX Geres	Joelma Silva	(87) 3866.4701	sesixgeres2021@gmail.com vigilanciasaudeixgeres@gmail.com
X Geres	Mary Delanea	(87) 3838.8972	mary_delania@hotmail.com uteadi3@hotmail.com
XI Geres	Maysa Conrado	(87) 3831.9261	maysa.conrado@gmail.com vigilanciavaxigeres@gmail.com
XII Geres	Daniele Uchôa	(81) 3626.8725	gerencia12geres@hotmail.com; danieleuchoa@gmail.com
Núcleo de Vigilância e Resposta às Emergências em Saúde Pública	George Dimech	(81) 3184.0192	george.dimech@saude.pe.gov.br
Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde	Marcela Salazar	(81) 3184.0192	cievs.pe.saude@gmail.com
Lacen	Naishe	(81)3181.6307	cvldv.lacenpe@gmail.com

No nível estadual, há um responsável técnico da Rede dos Centros de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (Rede-Cievs) que é quem coordena as ações de resposta a evento ou surto de poliomielite. O estado e as Geres devem definir a equipe de gestão e de resposta imediata a qual deve estar integrada, ao menos, pelo responsável da vigilância epidemiológica, imunização, laboratório, comunicação social, atenção básica, planejamento, orçamento e atenção a saúde indígena.

4.2 Definição das equipes responsáveis

Investigação: será realizada pela equipe de vigilância epidemiológica do nível municipal com apoio do nível estadual e nacional e coordenada pelo responsável de epidemiologia.

Vacinação: será realizada pela equipe de vacinação da área de abrangência onde foi detectado o evento ou surto, sendo esta coordenada pela coordenação municipal de imunizações, com o apoio do nível estadual e nacional. Se necessário, outras equipes de vacinação poderão ser integradas às ações de resposta.

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

Capacitação: a capacitação dos técnicos de nível local é de responsabilidade das equipes municipais de vigilância e imunização com o apoio do nível estadual e nacional.

Supervisão: as diferentes etapas do plano de resposta, tais como, preparação, investigação, vacinação, retirada da VOPm2, serão supervisionadas pelo nível municipal com o apoio do nível estadual e nacional.

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

4.3 Uso de VOPm2

Esta vacina, que é prequalificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (https://extranet.who.int/gavi/PQ_Web/), 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 ó 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 na Anvisa* (Anexo A).

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, através da Unicef. 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 da vacina encontra-se em formato PDF no endereço: <https://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>

4.4 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. Neste casos, será utilizada a dose completa por via IM. O estoque de doses para assegurar a vacinação deste grupo será de responsabilidade da CGPNI.

4.5 Plano preliminar de capacitação

A operacionalização das capacitações será de responsabilidade dos três níveis de gestão. A fim de garantir o desenvolvimento das atividades descritas neste Plano Nacional, as coordenações estaduais de vigilância epidemiológica e imunizações devem capacitar o nível municipal de forma conjunta para o cumprimento das ações propostas.

Quadro 7: Plano para capacitação de recursos humanos a nível nacional/estadual.

Objetivo	✓ Socializar o plano de resposta a um evento ou detecção de surto com as equipes de resposta e aliados para as regionais e municípios.
População alvo da capacitação	✓ Equipe estadual e municipal de resposta imediata a um evento ou surto de poliomielite. ✓ Coordenadores de Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas e de Imunização do nível municipal. ✓ Parceiros, tais como, escolas, instituições religiosas, sociedades científicas e de classe, empresas privadas e os meios de comunicação.
Coordenador da capacitação	CDI /SIDI
Conteúdo técnico	✓ Plano de 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 VOP 2 após a execução das atividades de vacinação. ✓ Diretrizes para a intensificação da vigilância da paralisia flácida aguda.
Metodologia	✓ 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	2022 e atualizações anuais, se necessário.
Orçamento da capacitação:	Além disso, diante de situação emergencial de saúde pública o MS/SES prestam suporte aos municípios, dispondo de recurso financeiro específico para apoiá-los no enfrentamento da situação de emergência.
Fonte de financiamento	Ministério da Saúde

Nota: Os municípios devem adaptar este plano de capacitação para capacitar as equipes de saúde.

4.6 Plano preliminar de comunicação e mobilização social

4.6.1 Público-alvo x objetivos de comunicação

- População geral ó 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 ó 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 ó mantê-los informados e garantir intervenções unificadas;
- Viajantes ó conhecer os sintomas e onde buscar apoio na rede pública em caso de suspeita da doença, assim como sensibilizá-los quanto a importância de verificar a situação vacinal junto aos serviços de saúde;
- Profissionais de portos, aeroportos e fronteiras ó informação sobre o evento ou surto de poliomielite, medidas de controle que devem ser adotadas e qual sua participação no processo.
- Redes Sociais ó manter a população informada e responder a boatos e mensagens.

4.6.2 Mensagens-chave

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

- A divulgação dos fatos será realizada com absoluta transparência;
- O sistema de saúde pública está preparado para atender essa emergência de saúde;
- A poliomielite é uma doença que deixa sequela permanente e pode ocasionar o óbito;
- As medidas estão sendo tomadas para a proteção da população do estado;
- Datas de campanhas de vacinação.
- As vacinas utilizadas são seguras e efetivas.

4.6.3 Medidas estratégicas

- Estabelecimento de um grupo (VE da SES, Geres, SMS e seus aliados) de comunicação que permita a coordenação entre as diferentes instâncias.
- Definição de um único porta-voz da área técnica, para não haver conflito de informações, que tenha conhecimento e experiência sobre o assunto nos diferentes níveis de gestão.
- A cada mudança de cenário, deve ser informada a superintendência de comunicação da SES para o anúncio dos cenários subsequentes. O objetivo é ter um único porta voz para 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 sensação de transparência e 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

estes órgão de governo está relacionada a necessidade de recomendar a vacinação a turistas e viajantes.

4.7 Plano preliminar de supervisão

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

Quadro 8: Plano para supervisão das ações.

Objetivo da supervisão	- Orientar ações corretivas ou complementares para alcançar os objetivos e metas planejadas.
Atividades a serem supervisionadas	<p><u>Fase de preparação:</u> avaliar a adequação dos planos de resposta a nível estadual e capacitação de recursos humanos para implementação do plano de resposta</p> <p>- <u>Vigilância epidemiológica:</u> avaliar a qualidade da investigação, a coleta e envio de amostras e a busca ativa de casos</p> <p>- <u>Vacinação:</u> a supervisão será realizada para avaliar o processo de preparação, distribuição e uso da VOPm2, os avanços das atividades de vacinação, os resultados alcançados e garantir a retirada e destruição adequada da VOPm2 em 100% dos postos de vacinação onde foi distribuída. (Ver item 10)</p>
Coordenador da Supervisão	DEIDT/CGPNI/CGDT/CGLAB
Responsáveis pela Supervisão	Ministério da Saúde → SES SES → SMS, SMS → nível local
Metodologia	✓ Visitas de campo com instrumento de supervisão.
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: ✓ Área afetada ✓ Resultado da análise de risco de propagação

Nota: Os municípios devem adaptar este plano de supervisão para supervisionar as equipes de saúde.

4.8 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.

Componente	Comentários
Comunicação e divulgação	<ul style="list-style-type: none"> Impressão e distribuição de material gráfico para divulgação (folhetos, cartazes, etc.)
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 ao nível 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 padrão de formulário 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 Destrução final dos resíduos produzidos durante o controle do surto causados por poliovírus do tipo 1 e 3 (frascos, seringas, agulhas, etc.) Colocar a orientação de como será esta destruição, da mesma forma como fizemos com a VOPt

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

4.9 Preparação para a equipe de resposta rápida (equipe de apoio internacional)

A GPEI oferecerá apoio ao país 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 através da OPAS.

Uma segunda equipe de suporte, a equipe B, poderá viajar para o país dentro de 3 semanas.

4.10 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 Nº 04/2020 de autoria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que versa sobre Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de Prevenção e Controle que

devem ser adotadas durante a assistência aos Casos Suspeitos ou Confirmados de Infecção pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2), cuja última atualização data de em 25/02/2021. Disponível em https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf.

5. Definições

5.1 Definição dos eventos de detecção e dos surtos causados por poliovírus

O quadro 9 apresenta as definições de evento e surto segundo a cepa de poliovírus detectada.

Quadro 9: Definições epidemiológicas de eventos de detecção de poliovírus e de surtos de poliomielite.

TIPOLOGIA	DEFINIÇÃO
Evento (até esse momento não existem indícios de transmissão)	<p>Detecção de</p> <p>1) PVDV em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um caso único de PFA ou uma pessoa assintomática (por exemplo, contato) ou • Uma ou mais pessoas,^a 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 <p>2) Cepa tipo Sabin do sorotipo 2 em uma ou várias amostras clínicas; ou.</p> <p>3) 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.</p>
Surto (há provas de transmissão)	<p>Detecção de</p> <p>1) Uma ou várias pessoas infectadas^a por um PVS. (No caso do sorotipo 2 se adiciona: com exposição documentada a um poliovírus do sorotipo 2 em um laboratório ou um estabelecimento de produção de vacinas); ou</p> <p>2) Uma ou várias pessoas infectadas^a por um cPVDV.</p>

a. 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 nucleotídeos que indicam um período de 1,5 ano ou mais de circulação independente.

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 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).

6. Detecção de Poliovírus tipo 2

6.1 Notificação

A notificação oportuna da deteção de um poliovírus do sorotipo 2 é chave para desencadear as ações de resposta e evitar a propagação do vírus. Se realiza a nível nacional e a nível 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 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 24 hs, 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.

O governo nacional deve declarar o evento ou surto de poliovírus tipo 2 como uma potencial Emergência Nacional de Saúde Pública.

O Ministério da Saúde notificará a OMS quanto a uma potencial Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, em conformidade com o estabelecido pelo RSI (Anexo 1 - Notificação da poliomielite segundo o Regulamento Sanitário Internacional).

6.2 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 características do caso ou de casos, identificar a origem e as causas do evento ou surto e avaliar a extensão geográfica da transmissão.

Quadro 10: Definição de evento e surto causado por poliovírus do tipo 2.

Tipologia	Fonte da amostra	Classificação
Evento	<i>Humana/PFA *</i>	PVDV2 em investigação
		aPVDV2
		iPVDV2
		Sabin 2
		PVS2 <u>com</u> exposição documentada em um laboratório ou centro de produção de vacinas
Surto	<i>Humana/PFA *</i>	cPVDV2
		PVS2 <u>sem exposição</u> 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 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 de ter sido concluída a valiação de risco.

Quadro 11: Atividades a serem realizadas na investigação e os responsáveis pela realização.

ATIVIDADE	RESPONSÁVEL
a. Investigação do caso ou casos Uma investigação imediata no terreno de todo caso de paralisia flácida aguda, deve determinar as características específicas do caso e por em andamento a busca ativa de outros casos na comunidade e nos centros de notificação locais. Se procederá realizar as seguintes atividades que permitirão caracterizar a situação.	SMS com apoio da SES

• 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 de seu ambiente social e contexto comunitário, se contato / trabalhador de laboratório clínico e produção de vacinas.

Utilizar formulário único de notificação individual de caso de paralisia flácida aguda/poliomielite.

• Investigação de contatos:

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 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.

b. Busca ativa de casos institucional e comunitária

- 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 familiaresA busca ativa deve contar com o apoio dos líderes comunitários, tais como líderes religiosos, comerciantes, comunidade escolar, entre outros.

SMS com apoio da SES

Técnico da vigilância epidemiológica da área afetada com apoio de líderes comunitários

c. Análise de coberturas

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.

Coordenação Municipal de Imunizações com apoio da equipe estadual ou nacional

d. Laboratório

Além de identificar se o poliovírus isolado é um poliovírus

Laboratório de Referência para o diagnóstico de poliomielite

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.

6.3 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 poliomielite. Esta 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 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), se deve 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 12. Elementos para avaliar o risco de transmissão posterior de poliovírus tipo 2, o que influirá no tipo e escala de resposta.

Criterio	Exemplos de elementos considerados (não exaustivo, ver Anexo 9)
Risco virológico	grau de desvio genético da cepa Sabin, avaliação do virologista / interpretação de tipos de mudanças de nucleótideos, 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.

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 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) e PVDV (com divergência >1% [PV1 e PV3] ou >0,6% [PV2] com respeito a correspondente cepa na VOP).

6.3.1 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 constitue 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 uma 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 3 meses nas fezes e 4 meses em amostras de águas residuais, após o último uso da VOPt (ou do uso da VOPm2). Ainda que esta detecção deva impulsionar uma maior vigilância dos casos de paralisia flácida aguda, é de esperar que o risco de que isto ocorra diminua rapidamente com o tempo. A detecção de polio 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. Esta situação justifica uma investigação completa do caso, incluindo a busca de uma reserva local resptante de VOPt, assim como o exame dos procedimentos de contenção e das boas práticas de fabricação nos centros vizinhos.

PVDV2. No período imediatamente posterior a 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 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 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 uma 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 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** se deve 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.

6.3.2 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 a resposta, são o momento, o lugar e as características da população afetada.

a) Momento (tempo): O risco de emergência e circulação do poliovírus tipo 2 variará de acordo com o tempo transcorrido desde o tempo da retirada da VOP2 (Quadro 14).

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 a 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, alta densidade populacional e outras condições associadas com níveis de alta transmissão fecal-oral como população marginalizada, população carente, a população afetada por conflitos armados ou que tenha história de comunidade que rejeita a vacinação, entre outros.

6.4. 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.

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 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, 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; e
- c. a situação de segurança, incluída a existência de conflitos armados ou zonas extensas de insegurança ou inacessíveis.

Esta 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**).

Como consequência da avaliação de risco, o EOMG atribuirá um grau ao surto (1, 2 ou 3), nas primeiras 72 horas, após sua confirmação. Esta classificação é válida por 3 a 6 meses e deve ser revisada de acordo com novas informações e/ou com o avanço das atividades de resposta. No quadro 13 são apresentados os graus de um surto, segundo os critérios de risco de propagação e capacidade de resposta.

Quadro 13: 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

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 esta 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 destas informações. Isso irá facilitar o processo de coleta de dados, quando necessário (Anexo2).

6.5 Fatores que influenciam o tipo e 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 mesmo país de grande extensão territorial. Um fator significativo é a vacina poliomielite mais utilizada em cada país.

Quadro 14. 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	Ö 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

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

6.6 Tomada de decisões

A Equipe de Alerta e Resposta do país, com o apoio da OPAS/OMS, enviará as informações requeridas (Anexo 2) 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.

6.7 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, 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 4A e 4B).

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

a. Vacinação

Após a tomada de decisão de realizar a vacinação, seja por um evento ou surto de poliovírus do tipo 2 (ver anexos 4A, 4B e 5), deve ser definido:

- **População alvo**

Os esforços estarão centrados em todos os menores de cinco 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 3 campanhas de vacinação em cada grupo alvo e a vacina será utilizada de acordo com o quadro abaixo.

Quadro 15: 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

* Em áreas que não alcançaram a meta de vacinação.

- **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.

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

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

b. 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 preenchará o formulário de solicitação da VOPm2, disponível em <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>

c. Organização das etapas de vacinação

ATIVIDADE	RESPONSÁVEL
Implementação da sala de situação, até o encerramento do surto.	MS/SVS/DEIDT
Definição de equipes de vacinação.	Coordenador de Imunização do Estado/Município afetado
Capacitação de recursos humanos para responder ao surto em curso.	MS/SES/SMS
Planejamento e programação orçamentária (diárias, transporte, compra de insumos).	MS/SVS/DEIDT

Plano de comunicação social (divulgação das atividades a serem realizadas pela população e relatórios de atualização às autoridades e comunidade).	MS/SVS/NUCOM
Revisão de ferramenta de registro e informação.	MS/SVS/DEIDT/CGPNI
Logística e rede de frio (considerar na logística o transporte da equipe de assessoria externa).	MS/SVS/DEIDT/CGPNI SES SMS OPAS
Preparação de equipe de supervisão	MS/SES/SMS
Cronograma de execução.	MS/SVS/DEIDT
Monitoramento e avaliação do cumprimento da meta de vacinação	MS/SVS/DEIDT/CGPNI SES/SMS
Supervisão e validação da retirada e destruição da vacina	MS/SVS/DEIDT/CGPNI SES/SMS

d. Viajantes

Desde o ponto de vista da população, 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 às 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.
- Tomando em conta a viabilidade local e o risco avaliado, considerar a possibilidade de restringir as viagens locais, solicitar documento atestando vacinação contra a polio 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.

6.8 Encerramento e validação final do surto

A equipe internacional independente de Avaliação da Resposta ao Surto (OBRA, por sua sigla em inglês) 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, o surto pode ser considerado interrompido quando:

- Passaram-se pelo menos 6 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 surto¹, alcançam:
 - taxa mínima de notificação de PFA não poliomielítica de 3 casos por 100.000 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 estratégias² 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 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.

¹ Os critérios devem ser cumpridos no primeiro nível administrativo (Estado) e em outras áreas se determinado pela equipe de avaliação

² 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 (OBRA) 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 OBRA recomendará as próximas etapas:

- **Aos 6 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 3 meses, para:
 - a) vigilância - por exemplo, intensificar busca ativa de casos na área do surto
 - b) campanhas de vacinação ó por exemplo, estratégias inovadoras para alcançar para chegar a todas as crianças em populações móveis ou de alto risco
 - c) vacinação de rotina ó por exemplo, estratégias já provadas para alcançar todos os distritos;
- **Repetir a avaliação após 3 a 4 meses.**

Quando se cumpre os critérios e / ou a equipe de Avaliação de Resposta ao Surto considera que a resposta ao surto foi suficiente, segundo 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 basando-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 1 mês, a partir da finalização da avaliação da resposta ao surto.

6.9 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 100 000 habitantes menores de 15 anos, no nível estadual, durante o surto e como mínimo de 6 meses a 12 meses, mais outros 2 meses de margem, depois do último caso.

Para isto, Pernambuco deverá:

- Comunicar a todas as unidades de vigilância sobre o evento ou surto.
- Intensificar as estratégias de busca ativa de casos de PFA a nível municipal.
- Fortalecer a capacitação e a sensibilização de todos os profissionais de saúde, para a vigilância da PFA.
- Manter o sistema de vigilância atualizado de todas as unidades notificadoras do nível 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.

7. Detecção de Poliovírus 1 e 3

7.1 Notificação de Poliovírus 1 e 3

O país **informará de imediato a OMS sobre toda detecção de PVS ou de PVDV**, já que se trata de um evento que constitue 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 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 criterios do Anexo 2 do RSI, 2005 (Anexo 1 deste plano):

- i) Tem uma grave repercussão de saúde pública e
 - 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 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 24 horas, 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.

7.2 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 características do caso ou dos casos; identificar a origem e as causas do evento ou surto; e avaliar a extensão geográfica da transmissão.

a. 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, e 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 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.

b. Busca ativa de casos institucionais e comunitária.

- Busca ativa institucional de PFA nos hospitais públicos e privados, que deve incluir, pelo menos, a revisão dos diagnósticos dos últimos 6 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.

c. 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.

d. 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.

7.3 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 tem como objetivo caracterizar a transmissão do vírus e suas implicações para possível disseminação.

7.4 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 as campanhas de vacinação podem ser consideradas dependendo da situação local.

Cepas classificadas como aPVDV: ainda que seja pouco provável que essas cepas deem lugar a um surto, a realização as campanhas de vacinação podem ser consideradas dependendo da situação local. (Anexo 4A).

Cepas classificadas como iPVDV: ainda que seja pouco provável que essas cepas deem lugar a um surto, não são requeridas campanhas de vacinação (Anexo 4A).

Surtos de PVS 1 ou 3 e cPVDV tipos 1 ou 3: Uma vez decretado um surto de PVS ou cPVDV tipos 1 ou 3 deve ser desencadeadas campanhas de vacinação conforme quadro abaixo.

Quadro 16: 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

* 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 100 000 habitantes menores de 15 anos, a nível 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.

7.5 Encerramento do surto

A equipe internacional independente de Avaliação da Resposta ao Surto (OBRA, por sua sigla em inglês) 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, o surto pode ser considerado interrompido quando:

- Passaram-se pelo menos 6 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 surto¹, alcançam:
 - taxa mínima de notificação de PFA não poliomielítica de 3 casos por 100.000 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 estratégias² 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; ou
- Não se pode considerar que o surto tenha sido interrompido, inclusive na ausência de isolamento de vírus.

¹ Os critérios devem ser cumpridos no primeiro nível administrativo e em outras áreas se determinado pela equipe de avaliação

² 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 (OBRA) 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 OBRA recomendará as próximas etapas:

- **Aos 6 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 3 meses, para:
 - a) vigilância - por exemplo, intensificar busca ativa de casos na área do surto
 - b) campanhas de vacinação ó por exemplo, estratégias inovadoras para alcançar para chegar a todas as crianças em populações móveis ou de alto risco
 - c) vacinação de rotina ó por exemplo, estratégias já provadas para alcançar todos os distritos;
- **Repetir a avaliação após 3 a 4 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 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 1 mês, a partir da finalização da avaliação da resposta ao surto.

8. 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. A vigilância ambiental serve como um complemento à vigilância de casos de PFA, mas nunca a substitui.

8.1 Definição de eventos de detecção e de surtos causados por poliovírus

Quadro 17: 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 <u>sem</u> evidência de eliminação de vírus durante o seguimento.^a ou 2) PVDV <u>sem</u> 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^b positivas para PVS <u>cujos</u> dados de sequenciamento genético indicam transmissão local sustentada; ou 2) Uma amostra única positiva para PVS <u>com</u> provas de eliminação de vírus durante o seguimento.^a; ou (no caso do sorotipo 2 se adiciona: ãnenhuma exposição documentada em um laboratório ou estabelecimento de produção de vacinasö). 3) Qualquer cPVDV positivo em amostra ambiental.

a. 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.

b. ãindependenteö 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 só centro, mas se obtiveram com mais de dois meses de intervalo

Evento:

O Estado/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.

8.2 Detecção

O Brasil não tem vigilância ambiental implementada, mas 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.

8.3 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.

8.4 Investigação

Descreva 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).

Descreva 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). Documente o cronograma de coleta, a pontualidade e a integridade da coleta, assim como, a proporção de amostras positivas para enterovírus não-pólio (NPENT). Registre 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 cinco anos de idade, preferencialmente, menores de dois 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 3 meses nas fezes e 4 meses em amostras de águas residuais, após o último uso da VOPt (ou do uso da VOPm2). Ainda que esta detecção deva impulsionar uma maior vigilância dos casos de paralisia flácida aguda, é de esperar que o risco de que isto ocorra diminua rapidamente com o tempo. A detecção de polio 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 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 ou;
- 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 nucleotídeos 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 dêem 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 6 meses.

b. Vigilância reforçada: Durante o período de investigação imediata, aumentar a frequência da vigilância ambiental, quando está ao alcance. A mais 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 a grau de suscetibilidade da população e risco de transmissão.

8.5 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.

8.6 Resposta

A detecção de uma amostra no ambiente justifica uma investigação completa da situação, incluída a investigação de possíveis falhas na retirada e 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 4A e 4B).

- **PVS 1 ou 3 no meio ambiente**, devem ser executadas as campanhas de vacinação em função da situação local. Ver item 7.4. ó 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 15 e 16, dependendo do tipo de poliovírus).

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

9.1 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

9.2 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.

a. 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 se baseia 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 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 3 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.

b. Política de õprevenção sem arrependimentoö

A política de õprevenção sem arrependimentoö, 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.

10. VOPm2 - Manejo, Monitoramento, Destrução e Eliminação

O monitoramento rigoroso do armazenamento, distribuição, uso e destruição da VOPm2 é essencial 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.

10.1 Manejo da VOPm2

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

- Quando um evento ou surto de poliovírus do sorotipo 2 for 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 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 destruição da VOPm2.

10.2 Monitoramento da distribuição da VOPm2

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

10.3 Destrução 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 nº 306 de 07 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 a geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte e disposição final.

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 Nº 002/2011 ó 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 nº 358/2005.

Ainda segundo a Nota Técnica Nº 002/2011 ó 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 exclusiva 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.

ANEXOS

Anexo A: Resolução da Diretoria Colegiada ó RDC N°203, de 26 de dezembro de 2017



Ministério da Saúde - MS
Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC N° 203, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2017

(Publicada no DOU n° 247, de 27 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.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe conferem o art. 15, III e IV aliado ao art. 7º, III, e IV, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, o art. 53, V, §§ 1º e 3º do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 61, de 3 de fevereiro de 2016, resolve adotar a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada, conforme deliberado em reunião realizada em 12 de dezembro de 2017, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução estabelece os critérios e os procedimentos para a importação, em caráter de excepcionalidade, de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa, nos termos do § 5º, do art. 8º da Lei nº 9.782, de 1999, e do § 5º do art. 7º do Decreto nº 8.077, de 2013, destinados exclusivamente para uso em programas de saúde pública pelo Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas.

Art. 2º Enquadram-se nos dispositivos desta Resolução os produtos sujeitos à vigilância sanitária a serem adquiridos por intermédio de organismos multilaterais internacionais.

Art. 3º Poderão ser autorizados para importação, em caráter de excepcionalidade, os produtos sujeitos à vigilância sanitária cujo fármaco e/ou tecnologia se enquadrem em, pelo menos, uma das seguintes situações:

I - indisponibilidade no mercado nacional, bem como de suas alternativas terapêuticas ou produtos usados para a mesma finalidade devidamente registrados, quando existirem;

II - emergência de saúde pública de importância nacional, nos termos do Decreto nº 7.616, de 2011, ou de importância internacional (ESPII), conforme o Regulamento Sanitário Internacional;

III – vacinas integrantes do Programa Nacional de Imunização, adquiridas por meio do Fundo Rotatório para Aquisições de Imunobiológicos da Organização Pan-americana da Saúde (Opas) /Organização Mundial de Saúde (OMS); ou

IV - doações oriundas de organismos internacionais multilaterais ou agências oficiais de cooperação estrangeira.

§ 1º Para fins desta Resolução, a indisponibilidade no mercado nacional é caracterizada pela incapacidade, temporária ou definitiva, de atendimento à demanda do Sistema Único de Saúde por detentores de registro devidamente regularizados no país.

1

Este texto não substitui o(s) publicado(s) em Diário Oficial da União.

§ 2º As aquisições de produtos sujeitos à vigilância sanitária para atendimento às situações do inciso II deste artigo poderão ser autorizadas mesmo quando não realizadas por intermédio de organismos multilaterais internacionais.

Art. 4º Os produtos a serem importados em caráter de excepcionalidade devem ser pré-qualificados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

§ 1º Quando o tipo de produto não for objeto de programas de pré-qualificação da OMS, poderá ser autorizada a importação mediante a comprovação de registro válido em país cuja autoridade regulatória competente seja membro do Conselho Internacional para Harmonização de Requisitos Técnicos de Produtos Farmacêuticos de Uso Humano (*International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use - ICH*) e de certificação de boas práticas de fabricação, ou documento equivalente, do país.

§ 2º Nas situações de emergência de saúde pública de importância nacional ou internacional, desde que justificada a impossibilidade de atendimento aos requisitos estabelecidos nos caput e § 1º deste artigo, poderá ser autorizada a importação mediante, pelo menos, a comprovação de registro válido no país de origem ou onde é comercializado.

Art. 5º Caberá ao Ministério da Saúde e entidades vinculadas:

I – solicitar, previamente à aquisição dos produtos de que trata esta Resolução, por meio de requerimento eletrônico e de apresentação da documentação pertinente, a expressa autorização da importação, em caráter de excepcionalidade, informando cronograma pretendido para a importação;

II – atestar, quando for o caso, a indisponibilidade dos produtos a serem importados, bem como de alternativas terapêuticas ou produtos usados para a mesma finalidade, devidamente regularizadas no mercado nacional;

III – verificar prazos de validade e estabelecer mecanismos para garantir condições gerais e manutenção da qualidade dos produtos importados, do transporte ao recebimento e armazenamento;

IV – prestar orientações aos serviços de saúde e pacientes sobre uso e cuidados de conservação dos produtos importados, bem como sobre como notificar queixas técnicas e eventos adversos a eles relacionados;

V – criar mecanismos para a realização do monitoramento pós-distribuição e pós-uso dos produtos importados pelos serviços de saúde e para que os casos de queixas técnicas e eventos adversos identificados sejam informados à Anvisa, por meio dos sistemas de informação adotados; e

VI – responsabilizar-se pelo recolhimento dos produtos importados, em caráter de excepcionalidade, quando determinado pela Anvisa.

Parágrafo único. Para os produtos importados nos termos do § 2º do art. 4º desta Resolução, deverá ser elaborado plano de gerenciamento de riscos, para identificação de problemas decorrentes do uso desses produtos e descrição de medidas a serem adotadas.

2

Este texto não substitui o(s) publicado(s) em Diário Oficial da União.



Art. 6º Caberá à Anvisa:

I – manifestar-se em até 10 (dez) dias úteis a contar do recebimento da solicitação sobre a importação, em caráter de excepcionalidade;

II – monitorar o perfil de queixas técnicas e eventos adversos associados ao uso dos produtos importados nos termos desta Resolução; e

III – dar a publicidade às solicitações de autorização para importação em caráter de excepcionalidade.

Parágrafo único. Nos casos de emergência de saúde pública de importância nacional ou internacional, a manifestação de que trata o inciso I será emitida em até 48 (quarenta e oito) horas a contar do recebimento da solicitação.

Art. 7º A qualquer tempo, a autorização de importação, em caráter de excepcionalidade, poderá ser modificada, suspensa ou revogada, por razões técnicas e científicas ou com base nas informações provenientes do controle e do monitoramento dos produtos enquadrados nesta Resolução.

Art. 8º O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 9º Os dispositivos desta Resolução não se aplicam aos processos de aquisição iniciados ou pedidos de importação em caráter de excepcionalidade que deram entrada na Anvisa até o início da vigência desta norma.

Art. 10 Esta Resolução entra em vigor em 180 (cento e oitenta) dias a partir da data de sua publicação.

JARBAS BARBOSA DA SILVA JR.

Anexo 1: Notificação da poliomielite segundo o Regulamento Sanitário Internacional

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.

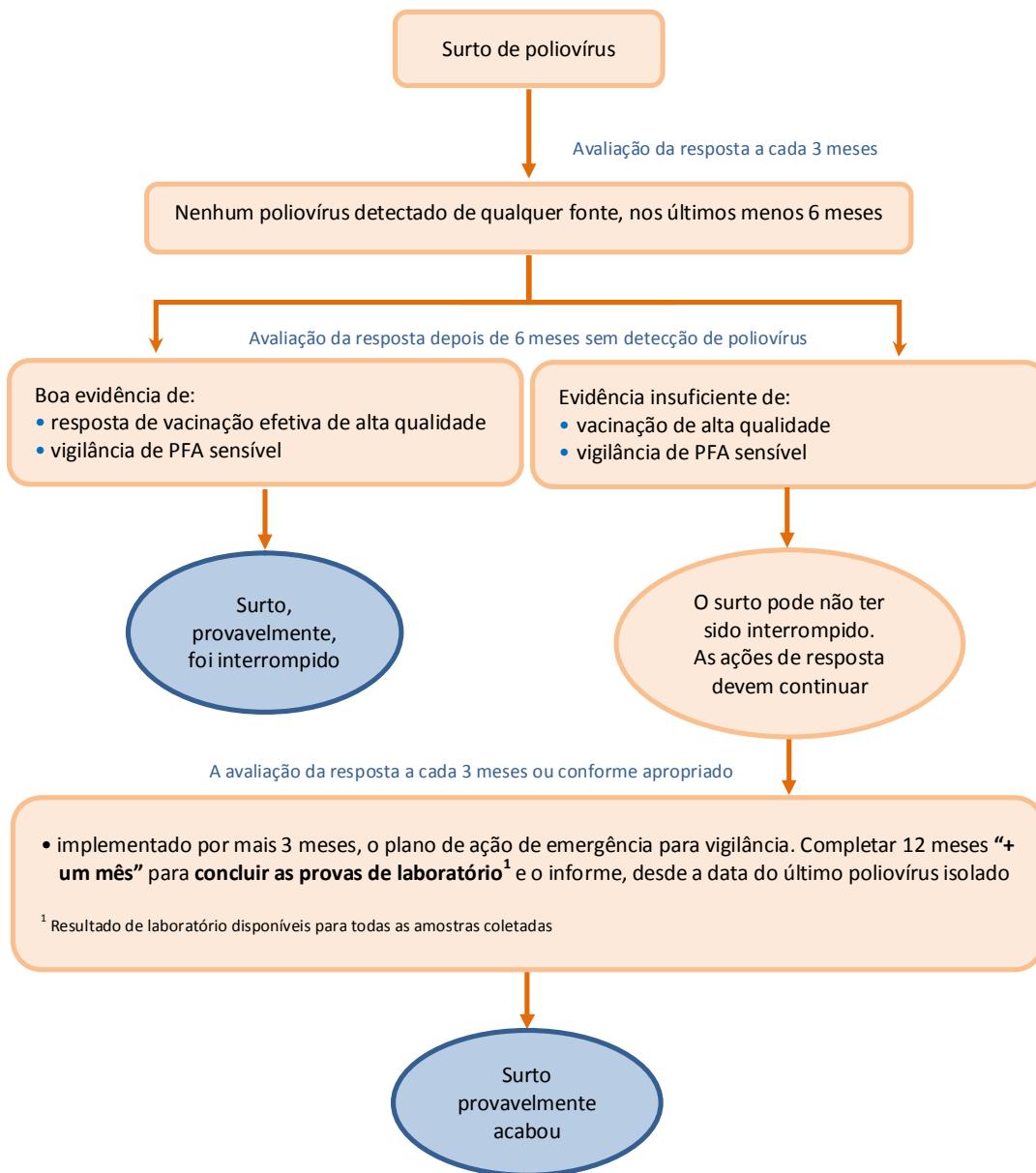
Anexo 2: Informações necessárias para análise de risco.

Item	Dados a ser coletados	Responsável pela coleta de dados
Informação epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Detalhes do caso/amostra <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. 	DEIDT, LRN
	<ul style="list-style-type: none"> • Breve resumo do último PVDV/ poliovírus selvagem e a resposta <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 inicio da PFA/ data de coleta da amostra ambiental • Localização geográfica. - Número de campanhas desde o último caso até o isolamento positivo no ambiente 	
Mapa de localização do caso (s)	-	DEIDT
Desempenho do Programa de Imunização	<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) - A nível nacional e estadual, - A nível 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 $\geq 95\%$] - Informação das campanhas do ano anterior e tipo de vacina utilizada [indicar se as áreas afetadas alcançaram cobertura vacinal $\geq 95\%$] <p>c. Estimativa da cobertura de rotina realizada pela OMS/Unicef</p> <ul style="list-style-type: none"> - Polio3 (VIP/VOP) e DTP3/Penta3 no ano presente - Polio3 (VIP/VOP) e DTP3/Penta3 nos 5 anos anteriores 	CGPNI

	<p>d. Data da substituição da VOPt-VOPb</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempo transcorrido após a interrupção do uso da VOPt (semanas / meses / anos transcorridos e a deteção do poliovírus) <p>e. Data de introdução da VIP e esquema utilizado</p> <p>f. Análises e conclusões</p>	
Qualidade da vigilância de PFA	<p>a. Indicadores de qualidade da vigilância da PFA (últimos 5 anos)</p> <p>b. Análises e conclusões</p>	DEIDT
Evento sentinel <i>Um evento sentinel é uma informação ou uma ocorrência de qualquer natureza, relacionada ou não relacionada à pólio, que sugere que a comunidade ou a área geográfica geral pode estar em risco de um surto de pólio</i>	<p>Os eventos do Sentinel 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 áreas administrativas com eventos sentinel devem ser incluídas na investigação e avaliação de risco.</p>	
Contexto do Brasil	<p>a. População</p> <ul style="list-style-type: none"> - População <5 e <15 anos de idade por UF e município - 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>	DEIDT/SES/SMS
Capacidade do país	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de serviços de imunização <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) 	Imunização nos três níveis de gestão

	<ul style="list-style-type: none"> - Experiência anterior na realização de campanhas nacionais de vacinação 	
Informação detalhada da investigação de casos de polio (a ser completada pelo escritório regional e do país, uma vez que informação estiver disponível)	<ul style="list-style-type: none"> a. As principais conclusões da investigação de campo. b. Casos não notificados de PFA encontrados através da busca ativa de casos na comunidade e nos serviços de saúde. c. Situação da cobertura da VIP / VOP avaliada por meio de Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal (MRC) na comunidade. d. Número e resultados de testes laboratoriais de casos e contatos de PFA ou amostras do ambiente na comunidade. e. Resumo da busca ativa realizada f. Conexões de viagem e movimento da população: <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 	DEIDT/SES/SMS
Proposta de linha de ação	<p>A ser preenchida em conjunto com a OPAS e escritório regional, quando as informações estiverem disponíveis.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Investigação de campo <ul style="list-style-type: none"> - Investigação laboratorial, - Exaustiva busca e investigação de casos. b. Reforçar as medidas de vigilância de PFA/ meio ambiente c. Alcançar cobertura de rotina $\geq 95\%$ (incluindo VPOb e VIP). d. Planos para a resposta de vacinação: <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 e. Planos para informar os países vizinhos: [quem, quando, como, por quem] 	Ministério da Saúde e OPAS
Mapa da área proposta para a intervenção com VOPm2		CGPNI
Grupo Assessor	<p>Discussão, conclusão e recomendações:</p> <ul 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, número de doses, etapas, área a ser vacinada e faixa etária alvo c. Enviar recomendação à Diretor(a) Geral da OMS d. Enviar recomendações ao país e. Enviar instruções para a Divisão de Suprimentos da UNICEF 	

Anexo 3: 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; e
- Todas as amostras ambientais coletadas durante os últimos 12 meses tiveram resultado negativo para poliovírus.

Anexo 4A: Vacinação de resposta a EVENTO por tipo de poliovírus

Cepa PVS	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, dependendo 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-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 	Não são requeridas atividades de vacinação, exceto se for situação de alto risco	-
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 	<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) 	Em situação de alto risco: primeira campanha dentro de 14 dias. A oportunidade é fundamental.

Cepa	Fonte	Resposta geral	Resposta de vacinação	Prazo **
		<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento da vacinação de rotina com VIP • Avaliação da resposta ao evento, se foram realizadas campanhas 	<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. 	
iPDV 2	<ul style="list-style-type: none"> • Ser humano 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	-
PDV 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 	-
aPDV 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 	-
iPDV 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 	-

Anexo 4B: 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	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 através do Grupo Assessor sobre a VOPm2 (<i>mOPV2 Advisory Group</i>)	Dentro de 14 dias A resposta oportuna é fundamental
• Ser humano • Meio ambiente					
	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 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	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
	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	Consulta contínua à GPEI e ao <i>mOPV2 Advisory Group</i> para revisar a estratégia e seu alcance			

	poliovírus ³				
cPVDV1 ou 3 • 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 (ou faixa etária ampliada, se justificada)	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
	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 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	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.
• Ser humano • Meio ambiente	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
	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	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 através do Grupo Assessor sobre a VOPm2 (<i>mOPV2 Advisory Group</i>)	Dentro de 14 dias A resposta oportuna é fundamental.
• 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

Campanha2 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 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	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
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			
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 Analizar opções de resposta mais ampla	Consultar a OMS, os parceiros da GPEI e o Grupo Consultivo (<i>mOPV2 Advisory Group</i>)		

PVS 2 Ambiente	Investigar com ênfase um possível descumprimento das normas de contenção; a resposta depende de muitos fatores	Consultar a OMS, os parceiros da GPEI e o Grupo Consultivo (<i>mOPV2 Advisory Group</i>)
--------------------------	--	--

-
1. Somente a **Campanha 1** pode ser chamada de “**rodada zero**” para ressaltar que a velocidade é a prioridade número um.
 2. Uma **operação limpeza** será necessária se houver evidência de <95% de cobertura, se há persistentemente crianças não vacinadas (por exemplo, reveladas por monitoramento independente 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 sugeram lacunas na vacinação devem ser investigadas minuciosamente.
 3. 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.

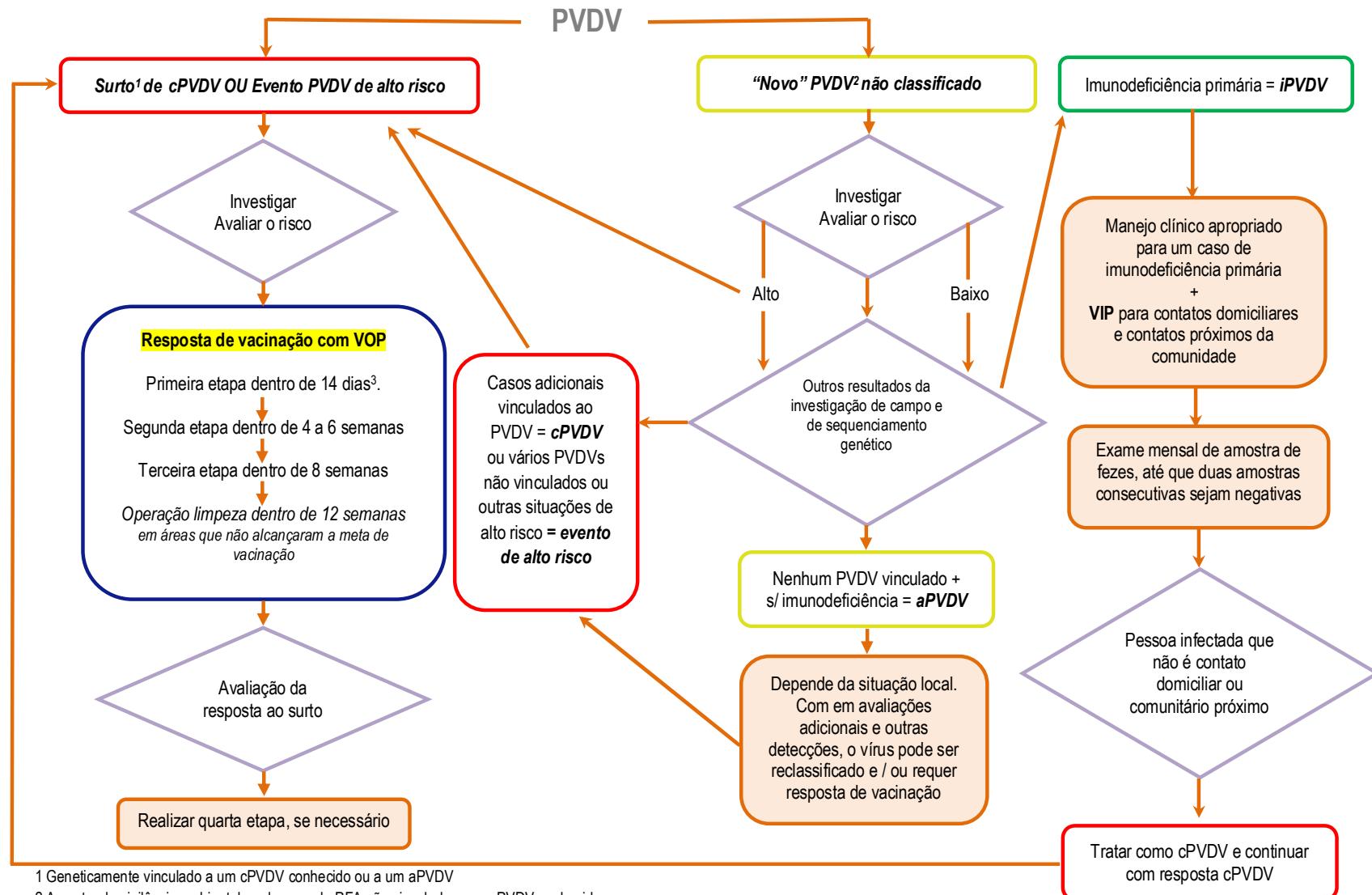
j Ver “Public Health Management of Facility-Related Exposure to Live Polioviruses: Interim guidance in managing exposed persons for countries hosting facilities that maintain live polioviruses”, disponível no site da GPEI; <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>.

Anexo 5: 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. Primera avaliação independiente 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

* Vigilância da PFA alcançando uma taxa anual de pelo menos **três casos por 100 000 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 6: Estratégias de resposta após a detecção de um poliovírus derivado da vacina



Anexo 7. Avaliação 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"> 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"> 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"> 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
Seguimento pós-campanha	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura $\geq 95\%$ em monitoramento independente durante a campanha de vacinação Cobertura $\geq 95\%$ 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"> Provas de que o conhecimento da população sobre a campanha era > 90% em todos os domicílios (monitoramento e amostragem)

- 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
-
- persistentemente não vacinadas ou áreas geográficas descobertas
 - Relatórios robustos e oportunos, usando inovações, tais como, coleta de dados online e uso de GPS para mapeamento de áreas de acordo com a cobertura vacinal, quando possível
 - 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

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

Anexo 8. 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		
Fatores virológicos			
• Variação genética do poliovírus Sabin (alterações nucleotídicas)	Substancial	Não Substancial	Procurar um especialista em virologia para avaliação
• Relação, se houver, com isolamentos anteriores	Relacionado	Não relacionado	
• Caracterização / interpretação do virologista	Sim	Não	
• Co-circulação com PVS	Sim	Não	
• Detecção de outros PVDVs (não relacionados) na região	Sim	Não	
Fonte Humana			
• Co-isolamento com outro poliovírus Sabin ou enterovírus	Sim	Não	
• Evidência de imunodeficiência primária	Não	Sim	
Fonte ambiental			
• Número / densidade do vírus na amostra	Alto	Médio/Baixo	
• Mistura de poliovírus, vírus Sabin e outros vírus entéricos na amostra	Sim	Não	
Contexto			
Características do caso			
• Membro de conhecida população de "alto risco" / população desassistida (favela, minorias, refugiados, móvel, deslocados internos, etc.)	Sim	Não	Revisão e discussão por experts, entre país, região e nível mundial
• Não vacinado ou com esquema incompleto	Sim	Não	
• Idade acima de cinco 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 	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
<ul style="list-style-type: none"> Qualidade de campanhas de vacinação prévias (> 5% de crianças não vacinadas) 	Baixa	Adequada/Boa	não protegida e uso da VIP para fazer uma estimativa da população não imunizada frente ao tipo 2

Qualidade da vigilância

- 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 |

Categoria de risco	Alto	Baixo	Observações
Contexto do nível 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 sentinelas 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
- | | | |
|-----|-----|-----------------------|
| Sim | Não | Investigação local do |
|-----|-----|-----------------------|

contíguo a fronteira internacional (especialmente se outra área é conhecida como de alto risco)			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 e nível regional
• História de viagem do caso de poliovírus ou contato domiciliar (por exemplo, refugiados, nômades, peregrinos, exilado)	Sim	Não	
• História de outro evento sentinel compartilhado entre fronteiras	Sim	Não	
• História prévia de padrões de transmissão de pólio (cólera) e surtos entre países	Sim	Não	

Mobilidade da população - migração

• 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
• 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

• Evidência de falhas na vigilância ou outros fatores de alto risco em áreas vizinhas suscetíveis à importação desde a área afetada	Sim	Não
• Imunidade populacional em países vizinhos	Baixo	Bom / Alto
• Conflito	Presente	Nenhum

Anexo 9A. 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
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														■	■	
Avaliação de risco e plano de 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 o plano de 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								■	■	■	■					
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															■	

¹ GPLN - Rede Global de Laboratórios de Diagnóstico de Polio

Anexo 9B: 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 ao plano nacional de preparação e resposta a um surto de pólio	Autoridades nacionais de saúde, com apoio dos escritórios nacionais da OMS e do UNICEF no país	
	Recursos	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
	Recursos	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 UNICEF
	Investigação	Iniciar investigação epidemiológica e social conjunta	Autoridades nacionais de saúde, com apoio dos escritórios da OMS e do UNICEF no país	Escritórios regionais e sedes da OMS e UNICEF
	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.

		<p>2. Estabelecer um centro de operações de emergência (COES) 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.</p> <p>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.</p> <p>4. Garantir mecanismo de monitoramento sistemático em todos os níveis (nacional, estadual e municipal) para monitorar o progresso do planejamento, implementação e seguimento das ações durante as atividades de resposta.</p> <p>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.</p>	
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 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	Avaliar a capacidade de RH em campo do	Autoridades nacionais de saúde,

	recursos humanos	sistema nacional de saúde, da OMS, do UNICEF e de outros parceiros nacionais para implementar as operações de resposta.	escritórios da OMS e do UNICEF no país	
	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
	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
	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
	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	
Em até 24 horas após a notificação	Comunicação	Trabalhar com parceiros e contrapartes do governo para: <ul style="list-style-type: none">• Realizar análise do cenário de mídia• Realizar coletiva de imprensa/emittir 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. Coordenar com o Departamento de Salvaguarda e Segurança das Nações Unidas (UNDSS) em missões de campo.	Escritório da OMS no país Representantes da OMS e UNICEF	
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	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

	(poliovírus tipo 2) para retroalimentação e recomendações.		
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	
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
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 o plano de resposta	Escritório do UNICEF no país	Divisão de Suprimentos do UNICEF
Em até 72 horas (3 dias) após a notificação	<p>Resposta ao surto</p> <p>Ajustar o plano de 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 	<p>Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do UNICEF no país</p> <p>Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do UNICEF no país</p>	<p>OPRTT facilita a análise e recomendações dos parceiros da GPEI</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação dos recursos humanos • Monitoramento, avaliação e avaliações da resposta ao surto (OBRA) • Orçamento <p>Solicitar retroalimentação e aportes de equipes estaduais e municipais</p>		
	<p>Ativar o centro de operações de emergência (COES) 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 do plano de resposta a surtos.</p>	<p>Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do UNICEF no país</p>	<p>Com apoio dos escritórios regionais da OMS e UNICEF</p>
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 	<p>Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do UNICEF no país</p>	<p>Com apoio dos escritórios regionais/sedes da OMS e UNICEF</p>
Em até 72 horas (3 dias) após a notificação	<p>Articulação e comunicação</p> <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. <p>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</p>	<p>Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do UNICEF no país</p>	

		políticos/religiosos/civis, ONGs e parceiros atuantes no epicentro do surto.		
	Comunicação	Realizar uma sessão informativa de seguimento para os meios de comunicação sobre os planos e 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
		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	
	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

	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
	Articulação e comunicação	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 UNICEF no país facilitam	Diretores regionais da OMS/UNICEF
	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
Em até 7 dias após a notificação	Comunicação	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	
	Comunicação	Finalizar um <i>media kit</i> 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
	Comunicação	Iniciar um briefing semanal da mídia sobre o plano de resposta e o estado das atividades de vacinação e vigilância.	Autoridades nacionais de saúde com apoio do escritório do UNICEF no país	
	Emergências complexas (se aplicável)	Iniciar desenvolvimento de um plano de acesso, a incluir: <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	Plano de resposta ao surto e	Finalizar o plano de resposta ao surto e orçamento para 6 meses, em um prazo de uma	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do	OPRTT coordena com os parceiros da GPEI, a análise retroalimentação

notificação	orçamento	semana.	UNICEF no país	e orçamento
	Plano de resposta ao surto e orçamento	Iniciar o monitoramento da atividade do plano de 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 do plano de resposta a surtos.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do UNICEF no país	
	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, 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	
	Emergências complexas (se aplicável)	Iniciar o processo para preencher vagas em áreas infectadas e de alto risco. Acionar um agente de segurança de campo.	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do UNICEF no país	Com apoio dos escritórios regionais da OMS e UNICEF 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 através 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
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
14 dias até a conclusão das atividades de imunização (75 a 90 dias)	Financiamento OPRTT e EOMG devem aprovar o plano de 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

	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) • Amostragem para garantia da qualidade de lotes (LQAS) • Análises de cada etapa da campanha, incluindo recusas à vacinação, questões relacionadas a 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 da Campanha 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
	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	
	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	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do UNICEF no país	Com apoio da OPRTT

		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.)		
Vacinação	Implementar atividades de vacinação subsequentes (Campanha 2, Campanha 3, operação limpeza) conforme o plano de 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	
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 • 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	
14 dias até a conclusão das atividades de imunização (75 a 90 dias)	Plano de resposta ao 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.	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	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do UNICEF no país	

		UNICEF, nos prazos acordados (dentro de 14 dias para todas as campanhas e semanalmente para os dados de PFA).	
	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
	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
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
	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 COES 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 (RED)</i> * 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	<p>Continuar atividades de fortalecimento da 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. 	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do UNICEF no país
OBRA—3 meses	Realizar uma avaliação independente da resposta ao surto. Continuar fortalecendo as	Autoridades nacionais de saúde com apoio dos escritórios da OMS e do	OPRTT coordenará

	atividades de vigilância:	UNICEF no país
	<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. 	
OBRA—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
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

Referências

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. ó 1. ed. atual. ó Brasília: Ministério da Saúde, 2017

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. ó Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

OPAS/OMS. Procedimientos Normalizados de Trabajo. Respuesta ante un evento de detección de poliovirus y un brote de poliomielitis. Versión adaptada e actualizada según lineamientos de la Iniciativa Global de la Erradicación de la Poliomielitis, mayo de 2017.

PATRIARCA, Peter A. Um surto de poliomielite tipo 3 no nordeste do Brasil, 1986: achados descritivos e uma avaliação da eficácia da vacina. Atlanta: CDC, Julho, 1986.

PATRIARCA, Peter A, et al. Randomized trial of alternative formulations of oral poliovaccine in Brazil. The Lancet, London, p. 429-432, Feb. 1998.

WHO. Standard Operating Procedures: Responding to a Poliovirus Event or Outbreak. Version 3. January 2019.

<https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=popula%C3%A7%C3%A3o+por+faixa+et%C3%A1ria%2C+munic%C3%ADpio%2C+pernambuco>

EXPEDIENTE

Governador de Pernambuco

Paulo Henrique Saraiva Câmara

Vice Governador de Pernambuco

Luciana Barbosa de Oliveira Santos

Secretário Estadual de Saúde

André Longo Araújo de Melo

Secretaria-Executiva de Vigilância em Saúde

Patrícia Ismael de Carvalho

Superintendência de Imunização e Doenças Imunopreveníveis

Ana Catarina de Melo

Coordenação de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis

Rafael Mota Mendonça

Responsável Técnica - Vigilância Epidemiológica da Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite

Roseane Barbosa Serrano

Equipe de Elaboração

Ana Antunes Fonseca Lima

Roseane Barbosa Serrano

Revisão

Ana Antunes Fonseca Lima

Rafael Mota Mendonça

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, Bongi, Recife-PE. CEP: 50751-530 www.saude.pe.gov.br