

PLANO MUNICIPAL DE RESPOSTA A UM EVENTO DE DETECÇÃO DE POLIOVIRUS E UM SURTO DE POLIOMIELITE

Marinópolis, SP
2024





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINÓPOLIS

C.N.P.J. Nº 14.202.390/0001-97

Rua Espírito Santo nº 130 – Centro – CEP 15.730-000

e-mail: saudemarinopolis@yahoo.com.br

Telefone – (17) 3695-1143 / (17) 3695-1128

PLANO MUNICIPAL DE RESPOSTA A UM EVENTO DE DETECÇÃO DE POLIOVIRUS E UM SURTO DE POLIOMIELITE

MARINÓPOLIS - SP

Apresentação

Diante do cenário epidemiológico internacional da poliomielite e da classificação de Marinópolis como município de **Risco Muito Alto (≥ 61 pontos)** para a reintrodução do poliovírus selvagem (PVS) e surgimento do poliovírus derivado vacinal, foi elaborado o presente Plano com a finalidade orientar os profissionais da Unidade de Saúde Municipal acerca da adoção de medidas assertivas e em tempo oportuno para detecção precoce de casos suspeitos ou confirmados de paralisia flácida aguda e ações para conter a disseminação da doença. Em tempo, considerando o atual cenário da doença, este plano está sujeito a alterações.

1. Abrangência Territorial e Porte Populacional

Marinópolis é um município brasileiro do estado de São Paulo. Localiza-se a uma latitude 20°26'26" sul e a uma longitude 50°49'23" oeste, estando a uma altitude de 408 metros. A cidade tem uma população de 1.860 habitantes (IBGE/2022) e área de 77,8 km².



MARINÓPOLIS
PREFEITURA MUNICIPAL





2. Rede Física Instalada

Pirâmide Etária - 2010

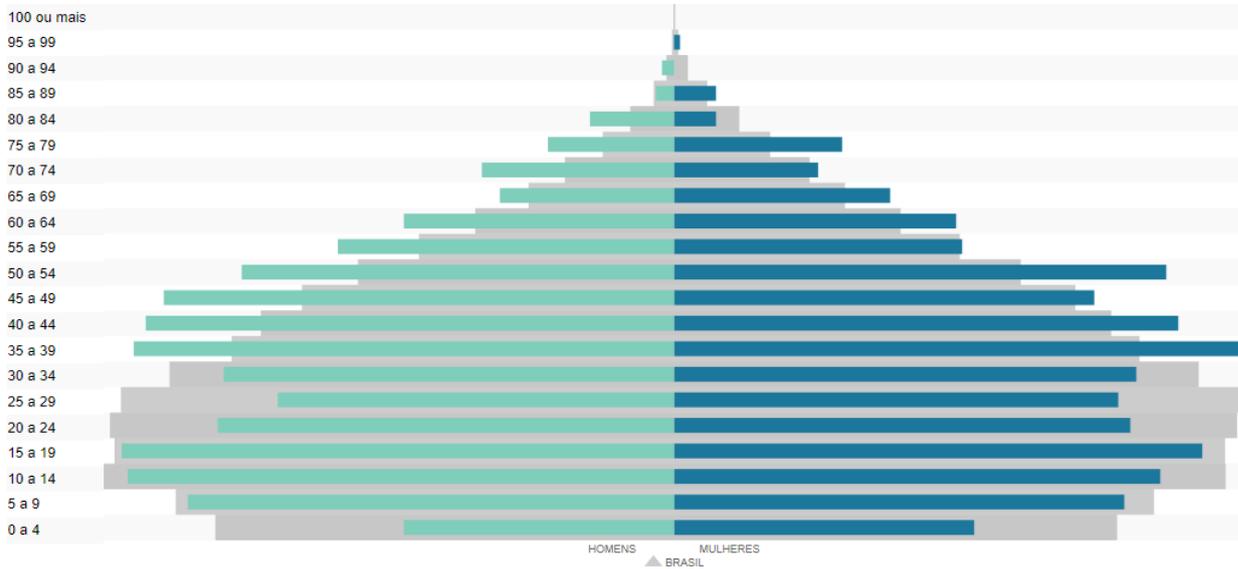


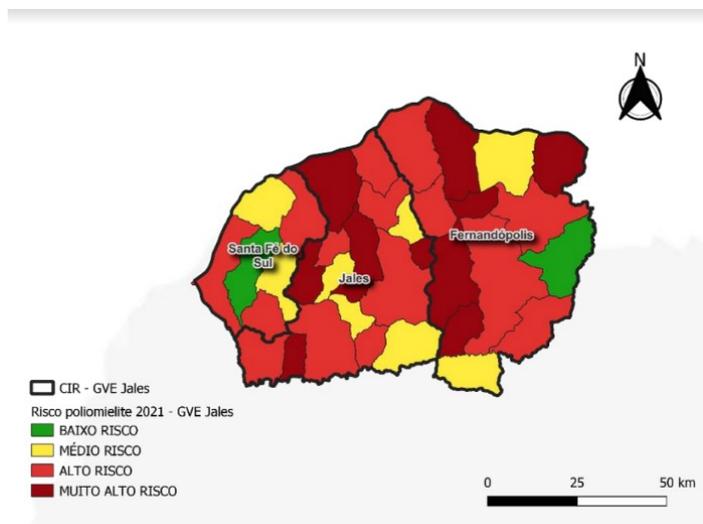
Figura 1: Distribuição por faixa etária, 2010.

O município de Marinópolis conta com 02 Unidades Básicas de Saúde, sendo que apenas 01 Unidade realiza atendimento médico ambulatorial – Unidade Básica de Saúde “Katsutoshi Takaki”. Esta Unidade, por sua vez, conta com Estratégia de Saúde da Família composta por: 03 Clínicos Gerais, 03 Enfermeiros, 03 Técnicos em Enfermagem e 05 Agentes Comunitários. O sistema de urgência e emergência do município é composto pela Unidade Básica, com referência direta para o Pronto Socorro de Palmeira d’Oeste, Unidade de Pronto Atendimento de Jales (UPA – Jales) e a Unidade do SAMU 192.





3. Mapa da Região de Jales



Fonte 1: Plano Estadual de Mitigação de Risco de Reintrodução do Poliovírus Selvagem (PVS) e Surgimento do Poliovírus Derivado Vacinal (PVDV).

4. Divisões Administrativas de Saúde

Marinópolis pertencente ao Departamento Regional de Saúde – XV, de São José do Rio Preto, localizado a 186 km da sede, faz parte do Colegiado da Região de Jales, composto por mais 15 municípios, integra também o Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Região de Jales – CONSIRJ. A estrutura administrativa responsável pela Gestão da Assistência à Saúde é a Secretaria Municipal de Saúde, através da Prefeitura Municipal de Marinópolis.

5. Composição das Equipes e do Grupo Gestor – SP

Segue quadro com a composição das equipes de saúde do município, sendo que estes integrarão o grupo gestor que conduzira as atividades de resposta diante da detecção de poliovírus ou de poliomielite neste município.





6. Ações de Resposta a um Evento ou Surto de Poliomielite

| Grupo Gestor – Rede de contatos | | | | |
|---------------------------------|---|---|----------------|-----------------------------------|
| Setor | Cargo | Nome | Telefone | e-mail |
| Secretaria Municipal de Saúde | Coordenador Municipal de Saúde | Marcelo Júnior Ortiz Damasceno da Silva | (17) 3695-1143 | saudemarinopolis@yahoo.com.br |
| Vigilância Epidemiológica | Responsável pelo Setor de Vigilância Epidemiológica | Milena Munique de Almeida | (17) 3695-1143 | saudemarinopolis@yahoo.com.br |
| Vigilância Sanitária | Responsável pelo Setor de Vigilância Sanitária | Iara Gabrieli Pereira | (17) 3695-1143 | saudemarinopolis@yahoo.com.br |
| Imunização | Responsável pelo Setor de Imunização/Resp. Técnico da Unidade | Anderson Rodrigo Faile | (17) 3695-1143 | saudemarinopolis@yahoo.com.br |
| Atenção Básica | Responsável pela ESF | Anyelle Carla Custódio | (17) 3695-1143 | saudemarinopolis@yahoo.com.br |
| Atenção Especializada | Santa Casa de Jales | Rafael Carnaz | (17) 3632-5000 | comunicacao@santacasajales.com.br |
| Laboratório | Coordenador do IAL | Janaína Olher Martins Montana | (17) 3224-2602 | janaina.montanha@ial.sp.gov.br |
| | Substituto IAL | Jaqueline Calca Assis | | jaqueline.calca@ial.sp.gov.br |

a) Notificação do Casos Suspeito em até 24 horas

Notificar imediatamente e encaminhar a Vigilância Epidemiológica Municipal:

- ✓ Toda deficiência motora flácida, de início súbito, em pessoas menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica de poliomielite;
- ✓ Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduos de qualquer idade, com história de viagem a países endêmicos ou com circulação de poliovírus selvagem (Afeganistão, Paquistão e Nigéria) nos últimos 30 dias, ou contato no mesmo período com viajantes ou pessoas procedentes destes países.
- ✓ Digitação imediata no SISTEMA SINAN, envio de lote no balcão e comunicação ao GVE XXX – JALES, após caso suspeito.
- ✓ Comunicação a Atenção Básica para iniciar investigação do caso.





b) Investigar Caso Suspeito em até 48 horas

A Unidade de saúde onde o caso está cadastrado deve proceder com a coleta de dados de identificação pessoal, clínica e epidemiológica do caso notificado e seus contactantes.

- ✓ Verificar a ocorrência de outros casos na comunidade, através de busca ativa nas unidades de saúde notificantes, em especial aquelas que atendem pacientes <15 anos.

c) Coletar amostra para diagnóstico laboratorial

- ✓ A coleta de fezes deve ocorrer até 14 dias após o início do déficit motor, com prazo máximo de 30 dias;
- ✓ A amostra (quantidade 8 gramas ou 2/3 do coletor universal) deve ser armazenada em temperatura de 4° a 8°C, enviada ao IAL SJRP, em caixa térmica com gelo seco ou reciclável, até 3 dias (72 h);
- ✓ Digitação em sistema GAL.

d) Reavaliar a função neuromuscular em até 60 dias

Realizar revisita para avaliação neuromuscular, realizada preferencialmente por médico (clínico ou pediatra), e/ou fisioterapeuta.

e) Encerrar o caso até 60 dias

Complementar a investigação epidemiológica, através do resultado do exame laboratorial positivo ou negativo para poliomielite.

f) Análise de cobertura vacinal

- ✓ Realizar o diagnóstico situacional quanto ao desempenho das PFA, tendo por base os indicadores do programa e analisar a cobertura vacinal para poliomielite.





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINÓPOLIS

C.N.P.J. Nº 14.202.390/0001-97

Rua Espírito Santo nº 130 – Centro – CEP 15.730-000

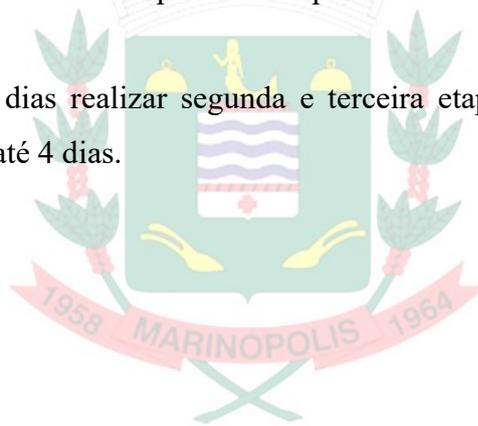
e-mail: saudemarinopolis@yahoo.com.br

Telefone – (17) 3695-1143 / (17) 3695-1128

- ✓ Mobilizar a equipe de saúde para as ações de vacinação e busca ativa dos casos suspeitos.
- ✓ Estabelecer ações para atendimento aos contactantes.
- ✓ Realizar treinamento das equipes quanto ao Plano Municipal de Resposta e garantir a atualização e sensibilização dos profissionais de saúde quanto a vigilância das PFA.

g) Em caso de detecção de surto de pólio será adotado a vacinação

- ✓ Realizar monitoramento rápido de cobertura da 3ª dose de poliomielite em população > 15 anos residente no município;
- ✓ Dentro de 14 dias realizar primeira etapa de vacinação, devendo ser concluída em até 4 dias;
- ✓ Dentro de 90 dias realizar segunda e terceira etapa de vacinação, devendo ser concluída em até 4 dias.



PREFEITURA MUNICIPAL DE
MARINÓPOLIS – SP



MARINÓPOLIS
PREFEITURA MUNICIPAL





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINÓPOLIS

C.N.P.J. N° 14.202.390/0001-97

Rua Espírito Santo n° 130 – Centro – CEP 15.730-000

e-mail: saudemarinopolis@yahoo.com.br

Telefone – (17) 3695-1143 / (17) 3695-1128

Ficha de Investigação Individual – SINAN



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
MARINÓPOLIS – SP**



MARINÓPOLIS
PREFEITURA MUNICIPAL





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINÓPOLIS

C.N.P.J. Nº 14.202.390/0001-97

Rua Espírito Santo nº 130 – Centro – CEP 15.730-000

e-mail: saudemarinopolis@yahoo.com.br

Telefone – (17) 3695-1143 / (17) 3695-1128

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

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

PFA/Poliomielite Sinais NIET SVS 09/10/2009



MARINÓPOLIS
PREFEITURA MUNICIPAL





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINÓPOLIS

C.N.P.J. Nº 14.202.390/0001-97

Rua Espírito Santo nº 130 – Centro – CEP 15.730-000

e-mail: saudemarinopolis@yahoo.com.br

Telefone – (17) 3695-1143 / (17) 3695-1128

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|---|--|---|--|------------------------|---|
| Dados Clínicos (Cont.) | 49 Reflexo Cutâneo Plantar 1 • Sim 2 • Não 9 • Ignorado <input type="checkbox"/> Flexão E <input type="checkbox"/> Extensão E <input type="checkbox"/> Flexão D <input type="checkbox"/> Extensão D | 50 Sinais de Irritação Meningea 1 • Ausente 2 • Presente 9 • Ignorado <input type="checkbox"/> Kernig <input type="checkbox"/> Rigidez de Nuca <input type="checkbox"/> Brudzinski | | | | | | |
| | 51 Contato ou Ingestão de Substâncias Tóxicas (Agrotóxicos, Chumbo, Mercúrio, Medicamentos) 1 • Sim 2 • Não 9 • Ignorado | 52 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha) | | | | | | |
| | 53 História de Injeção Intramuscular 1 • Sim 2 • Não 9 • Ignorado | 54 Local de Aplicação 1-MIE 2-MSE 3-MID 4-MSD 5-Cítico E 6-Cítico D | | | | | | |
| | 55 Hipótese Diagnóstica (Vide Tabela Anexa) | 56 Ocorreu Hospitalização 1 • Sim 2 • Não 9 • Ignorado | | | | | | |
| Atendimento | 57 Data da Internação | 58 UF | 59 Município do Hospital | Código (IBGE) | | | | |
| | 60 Data da Coleta | 61 Data do envio do Nível Local para o Estadual | 62 Data do envio do Nível Estadual para o LRR | 63 Data do Recebimento no LRR | 64 Quantidade 1 • Suficiente 2 • Insuficiente | 65 Condições 1 • Temperatura Adequada 2 • Temperatura Alterada | 66 Data do Resultado | |
| Dados do Laboratório | 67 Resultado 1 - P1 Vacina 2 - P2 Vacina 3 - P3 Vacina 4 - P1 Selvagem 5 - P2 Selvagem 6 - P3 Selvagem 7 - Negativo 8 - Não pôde 9 - Outros 10 - Inconclusivo 11 - PVDV1 12 - PVDV2 13 - PVDV3 | 68 Exames Complementares | | | | | | |
| | Líquor | | | | | | | |
| | Data da Coleta | Nº de Células/mm ³ | Linfócitos % | Proteínas mg% | Glicose mg% | Cloreto mg% | | |
| | / / | | | | | | | |
| | / / | | | | | | | |
| 69 Data da Realização | 70 Diagnóstico Suggestivo de (tabela anexa) | 71 Coletado Material Anatomopatológico? 1 • Sim 2 • Não 9 • Ignorado <input type="checkbox"/> Cérebro <input type="checkbox"/> Medula <input type="checkbox"/> Intestino | | | | | 72 Data da Coleta | 73 Resultado 1 • Compatível com poliovir ^{ite} 2 • Não compatível com poliovir ^{ite} |
| Evolução do Caso (revisita) | 74 Data da Revisita | 75 Força Muscular 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD | 76 Tônus Muscular 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Musc. Cervical <input type="checkbox"/> Face | 77 Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Aquileu E <input type="checkbox"/> Aquileu D <input type="checkbox"/> Patelar E <input type="checkbox"/> Patelar D <input type="checkbox"/> Bicipital E <input type="checkbox"/> Bicipital D <input type="checkbox"/> Tripital E <input type="checkbox"/> Tripital D | | | | |
| | 78 Reflexo Cutâneo Plantar 1 • Sim 2 • Não 9 • Ignorado <input type="checkbox"/> Flexão E <input type="checkbox"/> Flexão D <input type="checkbox"/> Extensão E <input type="checkbox"/> Extensão D | 79 Atrofia 1 • Presente 2 • Ausente 9 • Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD | | | | | | |
| | 80 Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicada 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Face | | | | | | | |
| | 81 Data da Revisão | 82 Classificação Final 1-Confirmado Poliovirus Selvagem 2-Compatível 3-Associado à vacina 4-Descartado 5-Confirmado PVDV | 83 Critério de Classificação 1-Laboratorial 2-Clinico Epidemiológico 3-Parte de Seguimento 4-Óbito 5-Evolução | | | | | |
| Conclusão | 84 Diagnóstico do Caso Descartado (vide tabela em anexo) | 85 Evolução 1-Cura com sequelas 2-Cura sem sequelas 3-Óbito por PFA/Pólio 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado | | | | | | |
| | 86 Data do Óbito | 87 Data do Encerramento | | | | | | |
| | Município/Unidade de Saúde | | | | | | | |
| Investigador | Nome | | | | | | Cód. da Unid. de Saúde | |
| | Função | | | | | | Assinatura | |



MARINÓPOLIS
PREFEITURA MUNICIPAL



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINÓPOLIS**

C.N.P.J. Nº 14.202.390/0001-97

Rua Espírito Santo nº 130 – Centro – CEP 15.730-000

e-mail: saudemarinopolis@yahoo.com.br

Telefone – (17) 3695-1143 / (17) 3695-1128

FICHA DE REVISITA DE CASO DE PARALISIA FLÁCIDA AGUDA**Data da revisita:** / /**Município:****Responsável pela visita:****Nome:****Endereço:****Avaliação Neurológica****Força muscular:**

- MIE
 MID
 MSE
 MSD

Legenda:

(1) Diminuído (2) Ausente (3) Normal (9) Ignorado

Tônus Muscular:

- MIE
 MID
 MSE
 MSD
 Musculatura Cervical
 Face

Legenda:

(1) Diminuído (2) Ausente (3) Normal (9) Ignorado

Reflexos:

- Anquileu Esquerdo
 Anquileu Direito
 Patelar Esquerdo
 Patelar Direito
 Bicipital Esquerdo
 Bicipital Direito
 Tricipital Esquerdo
 Tricipital Direito

Legenda:

(1) Diminuído (2) Ausente (3) Normal (9) Ignorado

Reflexo cutâneo plantar:

- Flexão Esquerda
 Flexão Direita
 Extensão Esquerda
 Extensão Direita

Legenda:

(1) Sim (2) Não (9) Ignorado

Atrofia:

- MIE
 MID
 MSE
 MSD

Legenda:

(1) Presente (2) Ausente (9) Ignorado

Força muscular:

- MIE
 MID
 MSE
 MSD
 Face

Legenda:(1) Diminuído (2) Ausente (3) Normal (4) Parestesia
(5) Prejudicado (9) Ignorado**Observações:****MARINÓPOLIS**
PREFEITURA MUNICIPAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINÓPOLIS

C.N.P.J. Nº 14.202.390/0001-97

Rua Espírito Santo nº 130 – Centro – CEP 15.730-000

e-mail: saudemarinopolis@yahoo.com.br

Telefone – (17) 3695-1143 / (17) 3695-1128

FORMULÁRIO DE BUSCA ATIVA SEMANAL DE CASOS DE PARALISIA FLÁCIDA AGUDA/POLIOMIELITE

Suspeito:

- ✓ Todo caso de deficiência motora flácida de início súbito, independente da hipótese diagnóstica inicial, em indivíduos com menos de 15 anos de idade;
- ✓ Todo 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 de déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para países com circulação de Poliovírus Selvagem e apresentaram suspeita diagnóstica de Poliomielite.

Ficha de Monitoramento de Suspeito ou Surto - Marinópolis

| Estabelecimento de Saúde | Data da Busca Ativa | Período Revisado | nº de Prontuários Revisados | nº de PFA Encontradas | nº de PFA Notificadas | Profissional Responsável |
|--------------------------|---------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

PREFEITURA MUNICIPAL DE
MARINÓPOLIS – SP



MARINÓPOLIS
PREFEITURA MUNICIPAL





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINÓPOLIS

C.N.P.J. Nº 14.202.390/0001-97

Rua Espírito Santo nº 130 – Centro – CEP 15.730-000

e-mail: saudemarinopolis@yahoo.com.br

Telefone – (17) 3695-1143 / (17) 3695-1128

Equipe Municipal Envolvida na Elaboração do Plano

Marcelo Júnior Ortiz Damasceno da Silva – Coordenador Municipal de Saúde
Anderson Rodrigo Faile – Responsável pelo Setor de Imunização/Resp. Técnico da Unidade
Anyelle Carla Custódio – Responsável pela ESF
Bruna Martins Lopes – Assessora Técnico-Administrativa
Iara Gabrieli Pereira – Responsável pelo Setor de Vigilância Sanitária
Milena Munique de Almeida – Chefe do Setor de Vigilância Epidemiológica

Marinópolis, SP, 14 de março de 2024.



Marcelo Júnior Ortiz Damasceno da Silva
Coordenador Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE
MARINÓPOLIS – SP**



MARINÓPOLIS
PREFEITURA MUNICIPAL

