

Nota Técnica

Nº 011/2022

“Identificação, notificação, investigação e Busca ativa institucional de Paralisia Flácida Aguda (PFA)/Poliomielite;

Secretaria Municipal de Saúde - Gabinete do Gestor - Lagoa Santa/MG – Brasil

CONSIDERANDO:

Guia de vigilância em saúde 2021, 5ª ed.;

A Nota Informativa Nº 290/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS de outubro de 2021, que faz Recomendações para a Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas (PFA), frente a entrada de pessoas provenientes de países com circulação de poliovírus selvagem e derivado vacinal no Brasil.

A Nota Informativa Nº 315/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS de novembro de 2021, que Orienta os serviços de saúde e usuários sobre a vacinação contra poliomielite de viajantes internacionais, provenientes ou que se deslocam para áreas com circulação de poliovírus selvagem e derivado vacinal.

A Nota Conjunta PFA/Poliomielite - SES/SUBVS-SVE-DVAT-CDAT Belo Horizonte de 24 de junho de 2022 que alerta para risco de reintrodução da poliomielite no Brasil e recomendações para ações de Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas (PFA) junto aos refugiados/repatriados Ucrânia e de pessoas provenientes de áreas com circulação de poliovírus selvagem e ou derivado vacina;

O Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976 que Regulamenta a Lei Nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

A atenção ao disposto pela OPAS/OMS (2022), a Superintendência de Vigilância Epidemiológica e CIEVS Minas que reitera a necessidade de intensificação das ações de vigilância epidemiológica, laboratorial e imunização, articuladas entre as três esferas de gestão no acolhimento a refugiados/repatriados Ucrânia e de pessoas provenientes de áreas com circulação de poliovírus selvagem e/ou derivado vacinal.

CONTEXTUALIZANDO

A POLIOMIELITE, pólio ou paralisia infantil é uma doença contagiosa aguda, provocada por poliovírus e caracterizada por paralisia súbita e irreversível geralmente nos membros inferiores e que em casos mais graves pode levar a morte.



Desde 1985 o estado de Minas Gerais não registra nenhum caso da doença por poliovírus selvagem. Atualmente a pólio está eliminada do Brasil e o último caso ocorreu em 1989. Em 1994 o país recebeu da Organização Mundial de Saúde (OMS) /Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a Certificação de área livre de circulação do Poliovírus Selvagem do seu território, juntamente com os demais países das Américas.

No cenário global da poliomielite, dados da OMS demonstram que o poliovírus selvagem tipo 1 circula em dois países: Afeganistão e Paquistão, sendo caracterizados como endêmicos. Além disso, diversas nações informaram casos de poliomielite por derivado vacinal do tipo 1 (cVDPV1), derivado vacinal do tipo 2 (cVDPV2) e derivado vacinal do tipo 3 (cVDPV3), representando risco potencial de disseminação internacional.

Nos últimos meses foram confirmados três casos em países onde a doença estava eliminada: em novembro de 2021 um caso por poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) no Malawi e a investigação laboratorial confirmou sua relação com o que circula no Paquistão; um derivado vacinal em Israel, em fevereiro de 2022 e um caso por poliovírus selvagem tipo 1 em uma criança de Moçambique em maio de 2022.

Vale ressaltar que em 2020 a região Africana foi certificada como livre de poliomielite selvagem e em Israel a doença estava eliminada há 32 anos.

Acrescenta-se a este cenário a situação de guerra vivenciada pela Ucrânia, resultando no deslocamento da população para outros países, inclusive para o Brasil. OMS e OPAS alertam sobre o risco de aumentar a ocorrência de doenças transmissíveis incluindo a poliomielite o que reforça a necessidade de fortalecer as ações de imunização e da vigilância das paralisias flácidas agudas. Ainda de acordo a OPAS em 2020 a taxa de vacinação da pólio nas Américas ficou em 82%, a menor desde 1994.

Diante disso, torna-se urgente avaliar as estratégias de vacinação de rotina e campanhas para alcançar coberturas altas e homogêneas pois a vacinação é a principal medida de prevenção da poliomielite. Lagoa Santa está com a cobertura vacinal contra a poliomielite de 97%, porém não podemos descuidar da avaliação permanente da nossa população.

O alto risco de reintrodução da doença no país, e no estado de Minas Gerais é agravado pelas coberturas vacinais abaixo de 95% dos últimos cinco anos, a pandemia de COVID-19, e o não cumprimento das metas dos indicadores de qualidade do Sistema de Vigilância das paralisias flácidas agudas (PFA). Sobre os indicadores, com exceção para a taxa de notificação, em que a meta é de no mínimo um caso para 100.000 menores de 15 anos o demais tem como meta mínima 80% (investigação de casos em até 48 horas, coleta oportuna de fezes, até o 14º dia do início do déficit motor e notificação negativa positiva semanal).

Nesse sentido, uma vigilância epidemiológica ativa é fundamental, principalmente na sensibilização e qualificação os profissionais de saúde para que notifiquem e investiguem imediatamente todos os indivíduos menores de 15 anos, que manifestem qualquer Paralisia Flácida Aguda (PFA), de início súbito, independente da causa pois a detecção precoce possibilita ações integradas entre áreas de vigilância, laboratório e imunização visando a prevenção e controle da

doença.

DESCRIÇÃO

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito, que ocorre em aproximadamente 1% das infecções causadas pelo poliovírus. O déficit motor instala-se subitamente e sua evolução, frequentemente, não ultrapassa três dias. Acomete, em geral, os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada, e arreflexia no segmento atingido

MODO DE TRANSMISSÃO

Ocorre por contato direto pessoa a pessoa, pela via fecal-oral (mais frequentemente), por objetos, alimentos e água contaminados com fezes de doentes ou portadores, ou pela via oral-oral, por meio de gotículas de secreções da orofaringe (ao falar, tossir ou espirrar) (VERONESI, 2005).

A falta de saneamento, as más condições habitacionais e a higiene pessoal precária constituem fatores que favorecem a transmissão do poliovírus.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO Geralmente de 7 a 12 dias, podendo variar de 2 a 30 dias (VERONESI, 2005)

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO

- 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

NOTIFICAÇÃO

Os fluxos para notificação de casos suspeitos de poliomielite devem ser rigorosamente seguidos, de acordo com o disposto no Guia de Vigilância em Saúde (2021), ou seja, a **notificação é compulsória e IMEDIATA (deve ocorrer em até 24 horas)** considerando que a unidade de saúde notificadora a partir do preenchimento da ficha de investigação epidemiológica individual do SINAN deverá repassá-la para os níveis hierárquicos superiores da vigilância epidemiológica.

Desse modo, infere-se que qualquer serviço de saúde deverá notificar imediatamente um caso de PFA e comunicar a respectiva Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a qual deverá repassar a informação e ficha de notificação de PFA/Poliomielite (disponível através do link : <http://> para a Secretaria de Estado da Saúde (SES) através do CIEVS MG por meio do e- mail:

notifica.se@saude.mg.gov.br. Ressaltamos que até o encerramento final do caso no sistema todas as informações devem seguir o fluxo de informação UNIDADE NOTIFICADORA > SMS > SES.

Entende-se como critérios de definição de caso, utilizados na rotina do sistema de vigilância das Paralisias Flácidas Agudas:

I - Caso suspeito SEM HISTÓRIA DE VIAGEM a países com circulação de poliovírus: Todo caso que apresente deficiência motora flácida (PFA), de início súbito, em MENORES de quinze anos de idade, independentemente da hipótese diagnóstica inicial, deverá ter notificação obrigatória e investigação imediata.

II - Caso suspeito COM HISTÓRIA DE VIAGEM a países com circulação de poliovírus: Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduo de QUALQUER IDADE, com história de viagem a países endêmicos ou com circulação de poliovírus de derivado vacinal nos últimos 30 dias que antecederam o déficit motor OU CONTATO NO MESMO PERÍODO COM PESSOAS QUE VIAJARAM para países com circulação de poliovírus selvagem e apresentaram suspeita diagnóstica de poliomielite.

Entretanto, para ser realizada a pesquisa de poliovírus em refugiados/repatriados Ucrânia e pessoas provenientes de áreas com circulação de poliovírus selvagem e/ou derivado vacinal menores de 20 anos, não serão considerados os critérios expostos acima.

Dessa forma, excepcionalmente para a realização de pesquisa de poliovírus em refugiados/repatriados menores de 20 anos e provenientes de países com circulação de poliovírus, recomenda-se que seja realizada a notificação de PFA/Poliomielite mesmo que esteja ASSINTOMÁTICO e que seja procedida com a coleta de amostra de fezes EM ATÉ 60 DIAS após a data de chegada ao Brasil. As amostras devem ser enviadas à FUNED seguindo o fluxo já existente na rotina do Núcleo de Epidemiologia de Lagoa Santa/MG.

Todo caso de PFA deve ser notificado imediatamente ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) pela ficha de notificação compulsória (Anexo 2 e 3) e por e-mail/telefone: vigilanciaemsaude@gmail.com e notifica-se@saude.mg.gov.br, 3688-1383.

INVESTIGAÇÃO

Todo caso de PFA deve ser investigado, nas primeiras 48 horas após o conhecimento, com o objetivo de coletar as informações necessárias para a correta classificação do caso. Essa medida visa subsidiar o processo de tomada de decisão quanto ao desencadeamento em tempo hábil das medidas de controle indicadas em cada situação.

Com o intuito de avaliar a qualidade e a sensibilidade do sistema quanto às notificações e investigações de casos de PFA/poliomielite, é necessário que os hospitais, principalmente, preencham o formulário de busca ativa de todos os prontuários de pacientes < 15 anos que foram internados com investigação epidemiologia mensalmente através do link:

https://docs.google.com/forms/d/1YWW1PnhCdk91K9mDLwnVjNquV8PTz70dwtAaksbHL_E/e



[dit](#) ,

Este formulário deverá ser preenchido e enviado até o dia 25 de cada mês ou primeiro dia útil subsequente.

Este formulário de investigação deverá ser integralmente respondido, o modelo está descrito no Anexo 3.

È necessário pesquisar o número de internações de menores de 15 anos que foram internados com um dos diagnósticos da Lista de Diagnósticos diferenciais com Poliomielite, buscar pelos termos: paralisia, perda/diminuição de força muscular , hipotonia, paresia, hemiparesia, ou outros que indiquem um déficit motor flácido e de início súbito

A lista de diagnóstico diferencial com a poliomielite está descrita no Anexo 1.

Verificar a situação vacinal de todas as faixas etárias e recomendar vacinação de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação do Brasil;

Recomendar vacinação do viajante conforme NOTA INFORMATIVA Nº 315/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI);

ROTEIRO DA INVESTIGAÇÃO

1. Identificação do paciente:

Todos os campos devem ser rigorosamente preenchidos. Dados clínicos e epidemiológicos

Registrar, na ficha de investigação, dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais da doença.

Os dados são coletados por meio das informações obtidas dos familiares, dos profissionais que prestaram assistência ao paciente, além das contidas no prontuário de internação e das coletadas por ocasião da visita domiciliar.

2. Coleta e remessa de material para exames: coletar uma amostra de fezes de todos os casos de PFA até o 14º dia do início do déficit motor (fase aguda da doença), para pesquisa de poliovírus, e a Epidemiologia encaminhará para a FUNED,

- O ideal é coletar a amostra de fezes até o 14º dia do início do déficit motor, porém a FUNED poderá receber até o 60º dia do déficit motor (porém não é recomendado)

Não coletar amostra de contato que recebeu vacina contra a poliomielite nos últimos 30 dias. Realizar monitoramento dos casos de PFA até o encerramento.

Coletar amostra de fezes de crianças e adolescentes menores de quinze anos refugiados/repatriados Ucrânia e de pessoas provenientes de áreas com circulação de poliovírus selvagem e/ ou derivado vacinal, independente do estado de saúde e da situação vacinal, para rastrear a circulação de poliovírus encaminha-las para a Funed e proceder com a notificação.

Para fins de notificação e de coleta de amostra de fezes de refugiados/repatriados Ucrânia e de pessoas provenientes de áreas com circulação de poliovírus selvagem e/ou derivado vacinal



menores de 20 anos de idade considera-se os países abaixo:

a) Países com casos de poliovírus derivado vacinal tipo 2 (cVDPV2) com risco potencial de disseminação internacional: Afeganistão, Benim, Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Chade, República do Congo, República Democrática do Congo, Djibuti, Egito, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Irã, Libéria, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Paquistão, Senegal, Serra Leoa, Somália, Sudão do Sul, Tadjiquistão, Uganda, Ucrânia, Iémen.

b) Países com casos de poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1), derivado vacinal do tipo 1 (cVDPV1) ou 3 (cVDPV3), com risco potencial de disseminação internacional: Afeganistão, Paquistão, Malawi, Madagascar e Iémen.

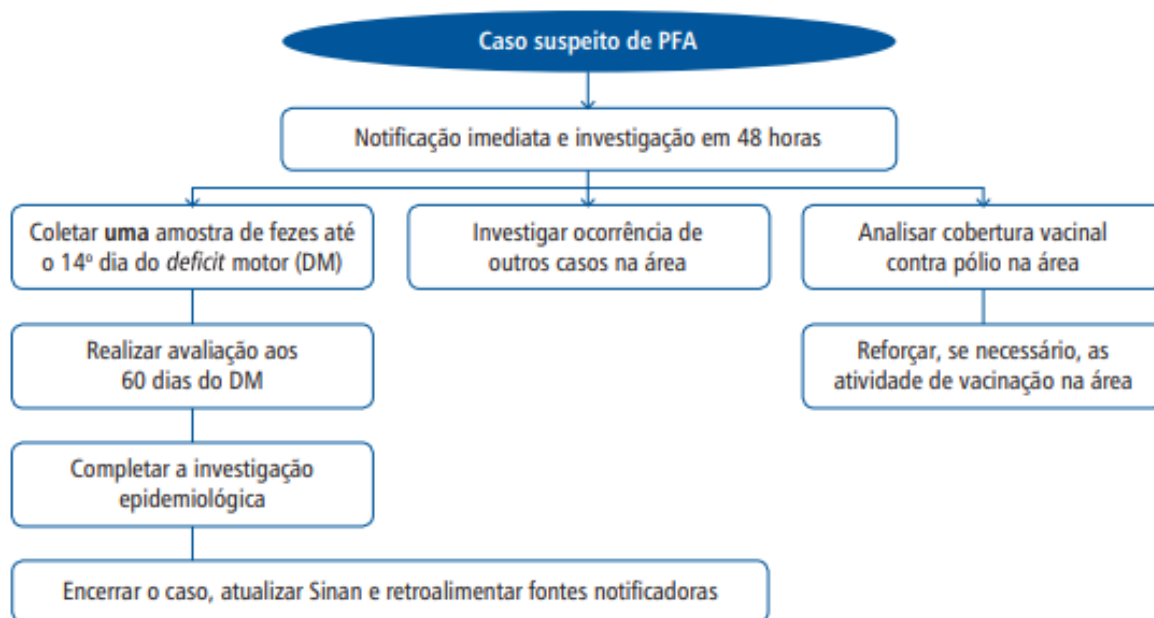
Orienta-se que seja consultada a lista de países que é semanalmente atualizada pelo Global Polio Eradication Initiative, através do link: < <https://polioeradication.org/polio-today/polio-%20now/public-health-emergency-status/> >

Caso	Coleta de amostra	Exames	Prazo para coleta
Crianças e adolescentes menores de 15 anos assintomáticos refugiados/repatriados Ucrânia e de pessoas provenientes de áreas com circulação de poliovírus selvagem e/ ou derivado vacinal.	recomenda-se proceder com a coleta de <u>UMA</u> amostra de fezes <i>in natura</i> .	Pesquisa de poliovírus.	Para pesquisa de poliovírus proceder com coleta em até 60 dias após a data de chegada ao Brasil
Em caso de detecção de quadro diarreico	recomenda-se proceder com a coleta de DUAS amostras de fezes <i>in natura</i> e UMA coleta através de swab com CaryBlair.	Pesquisa de poliovírus e outros vírus, realização de análise de coprocultura e pesquisa de parasitas.	

3. Identificação da área de transmissão: visitar imediatamente o domicílio para complementar dados da ficha de investigação (história vacinal, fonte de infecção, entre outras informações) e buscar outros casos, quando necessário.

4. Realizar monitoramento dos casos de PFA até o encerramento.

FIGURA 1 – Fluxograma de investigação epidemiológica de paralisia flácida aguda: conduta frente a casos suspeitos



Fonte: Deidt/SVS/MS.

COLETA, ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE FEZES PARA EXAME LABORATORIAL

1. EXAME

- clássica: Isolamento Viral utilizando cultivos celulares;
- molecular: RT-PCR e Sequenciamento nucleotídeo.

2. AMOSTRA BIOLÓGICA

- Fezes in natura.

3. VOLUME IDEAL

- 8 gramas (o equivalente a 2/3 da capacidade de um coletor universal padrão com tampa rosqueável).

3. PERÍODO IDEAL DE COLETA

Para os casos notificados na rotina do sistema de vigilância das PFA, ou seja, que apresentem paralisia de início súbito a coleta deve ser feita o mais rápido possível, sendo considerada oportuna quando coletada até o 14º dia do início do déficit motor.

Porém, excepcionalmente para a realização de pesquisa de poliovírus em refugiados/repatriados menores de 15 anos e provenientes de países com circulação de poliovírus, recomenda-se que seja realizada a coleta de amostra de fezes EM ATÉ 60 DIAS após a data de chegada ao Brasil, mesmo que esteja ASSINTOMÁTICO.

4. ORIENTAÇÕES PARA A COLETA DE AMOSTRAS

A coleta deverá ser realizada pelo serviço de saúde no qual o usuário foi atendido, e

a amostra enviada à FUNED pelo Núcleo de Epidemiologia

As amostras devem ser colocadas num recipiente limpo (coletor universal), que deve estar bem vedado, se necessário com auxílio de uma fita adesiva ou esparadrapo, e identificado por meio de etiqueta constando: pesquisa de Poliovírus, nome do paciente, data da coleta, data do início da deficiência motora (se for o caso) e o país de origem.

5. CONSERVAÇÃO DA AMOSTRA ATÉ O ENVIO

O recipiente com as fezes deve ser colocado em freezer a -20°C. Na impossibilidade da utilização do freezer, colocar em geladeira com temperatura entre (4°C a 8°C) por no máximo 3 dias, não devendo jamais ser colocada em congelador comum, somente freezer.

6. FORMA DE ACONDICIONAMENTO PARA TRANSPORTE

Enviar em caixa de transporte, com gelo reciclável suficiente para manter a amostra refrigerada se tiver menos de três dias de coleta ou congelada;

Os frascos deverão ser colocados em sacos plásticos, a quantidade de gelo deverá ser suficiente para resistir ao período de tempo gasto até a sua entrega.

7. FORMULÁRIOS REQUERIDOS

Ficha de requisição do GAL

Ficha de notificação/investigação de Paralisia Flácida Aguda /Poliomielite. (Anexo 2)

Lagoa Santa, em 24 de outubro de 2022.

Andreia Alves Batista

Enfermeira RT Epidemiologia

Secretaria Municipal de Lagoa Santa/MG

João Paulo da Silva

Coordenador do Núcleo de Vigilância à Saúde

Secretaria Municipal de Lagoa Santa/MG

Gilson Urbano de Araújo

Secretário Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Lagoa Santa/MG

Anexo 1:





MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
CORDENAÇÃO GERAL DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Lista de Diagnósticos diferenciais com Poliomielite

Os códigos são apresentados segundo nomenclatura do CID-9 e CID-10

DIAGNÓSTICOS	CID
Poliomielite Aguda	A80
Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	I64
Amiotrofia nevralgia	G12. 2
Compressões das raízes e dos plexos nervosos	G55
Diplegia dos membros superiores	G83. 0
Encefalite aguda disseminada	G04. 0
Encefalite seguida a processos de imunização	G04. 0
Encefalite, mielites e encefalomiélites não especificadas	G04. 9
Hemiplegia flácida	G81. 0
Hemiplegia não especificada	G81. 9
Intoxicações alimentares bacterianas não especificadas	A05.9
Lesão de nervo ciático	G57. 0
Meningoencefalite e meningomiélite bacterianas não classificadas em outras partes	G04. 2
Miastenia gravis	G70. 0
Mielite transversa aguda	G37. 3
Outras encefalites, mielites e encefalomiélites	G04. 8
Mononeuropatias de membros inferiores não especificadas	G57. 9
Mononeuropatias de membros superiores não especificadas	G56. 9
Monoplegia do membro inferior	G83. 1
Monoplegia do membro superior	G83. 2
Monoplegia, não especificada	G83.3
Encefalites, mielites e encefalomiélites em doenças virais classificadas em outra parte	G05. 1
Miopatia, não especificada	G72. 9
Mononeuropatia, não especificada	G58. 9
Neoplasia maligna do sistema nervoso central, não especificada (tumor)	C72. 9
Paralisia periódica	G72. 3
Paraplegia flácida	G82. 0
Polineuropatia inflamatória não especificada	G61. 9
Polineuropatia não especificada	G62. 9
Polineuropatia devido a outros agentes tóxicos	G62. 2
Polineuropatia induzida por drogas	G62. 0
Síndrome da cauda equina	G83. 4
Síndrome de Guillain Barré (Polineurite aguda pós-infecciosa)	G61. 0
Síndrome paralítica não especificada (IGN)	G83. 9
Tetraplegia flácida	G82. 3
Transtornos mioneurais não especificado	G70. 9
Traumatismo não especificado da cabeça	S09. 9
Traumatismo da medula nível não especificado	T09. 3
Traumatismo não especificado de membro superior nível não especificado	T11. 9
Traumatismo não especificado de membro inferior nível não especificado	T13. 9
Outros transtornos do Sistema Nervoso (Síndrome Neurológica à Esclarecer)	G 98
Paralisia Flácida a Esclarecer	PFA/E

***Quando acompanhados de déficit motor**

Anexo 2:



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO
PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE

Nº

CASO SUSPEITO:

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

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		3	Data da Notificação					
	2	Agravado/enferma		PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE		Código (CID10)		A80.9				
	4	UF	5		Município de Notificação	Código (IBGE)						
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7			Data dos Primeiros Sintomas			
Dados do Paciente	8		Nome do Paciente		9				Data de Nascimento			
	10	(ou) Idade	1 - mais 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	SEXO	M - Masculino F - Feminino 9 - Ignorado	12	Gestante	1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13	Raça/Cor	1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Indígena 9 - Ignorado
	14		Escolaridade		1 - Não lê e não escreve 2 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica							
	15		Número do Cartão SUS		16				Nome da mãe			
Dados de Residência	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30		Pais (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso											
	Antecedentes Epidemiológicos	31		Data da 1ª Consulta		32		Data da Investigação		33		Tomou Vacina Contra Poliomielite 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
		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? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		37		Se sim, País de origem
38		Sinais e Sintomas		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		39		Data Início da Def. Motora				
Dados Clínicos	40		Deficiência Motora		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41		Força Muscular		1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9 - Ignorado	
	42		Localização		1 - Distal 2 - Proximal 3 - Todo o membro 9 - Ignorado		43		Comprometimento de		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	44		Fase Aguda		Data do Exame		45		Força Muscular		1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9 - Ignorado	
	46		Tônus Muscular		1 - Diminuído 2 - Ausente 3 - Normal 4 - Aumentado 9 - Ignorado		47		Sensibilidade		1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 4 - Parestesia 5 - Prejudicado 9 - Ignorado	
	48		Reflexos		1 - Diminuído 2 - Ausente 3 - Normal 4 - Aumentado 9 - Ignorado		49		Reflexos		1 - Diminuído 2 - Ausente 3 - Normal 4 - Aumentado 9 - Ignorado	
	PFA/Poliomielite Sinan NET SVS 08/10/2009											

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 Meníngea 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)																									
Atualização	53 História de Injeção Intramuscular <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		54 Local de Aplicação <input type="checkbox"/> 1-MIE 2-MSE 3-MID 4-MSD 5-Glúteo E 6-Glúteo D																									
	55 Hipótese Diagnóstica (Vide Tabela Anexa)		56 Ocorreu Hospitalização 1-Sim 2-Não 9-ignorado <input type="checkbox"/>																									
Dados do Laboratório	57 UF <input type="checkbox"/> 58 Município do Hospital <input type="checkbox"/>		57 Data da Internação <input type="checkbox"/> Código (BGE) <input type="checkbox"/>																									
	60 Data da Coleta <input type="checkbox"/>		61 Data do envio do Nível Local para o Estadual <input type="checkbox"/>																									
	62 Data do envio do Nível Estadual para o LRR <input type="checkbox"/>		63 Data do Recebimento no LRR <input type="checkbox"/>																									
	64 Quantidade 1 - Suficiente 2 - Insuficiente <input type="checkbox"/>		65 Condições 1 - Temperatura Adequada 2 - Temperatura Alterada <input type="checkbox"/>																									
	66 Data do Resultado <input type="checkbox"/>		67 Resultado 1- P1 Vacinal 2- P2 Vacinal 3- P3 Vacinal 4- P1 Selvagem 5- P2 Selvagem 6- P3 Selvagem 7- Negativo 8- Não pólio 9- Outros 10- Inconclusivo 11- PVDV1 12- PVDV2 13- PVDV3																									
	68 Exames Complementares		<table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><th colspan="6">Líquor</th></tr> <tr> <th>Data da Coleta</th> <th>Nº de Células/mm³</th> <th>Linfócitos %</th> <th>Proteínas mg%</th> <th>Glicose mg%</th> <th>Cloreto mg%</th> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Líquor						Data da Coleta	Nº de Células/mm ³	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%	/ /						/ /					
	Líquor																											
	Data da Coleta	Nº de Células/mm ³	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%																						
	/ /																											
	/ /																											
69 Data da Realização <input type="checkbox"/>		70 Diagnóstico Suggestivo de (tabela anexa) <input type="checkbox"/>																										
71 Coletado Material Anatomopatológico? <input type="checkbox"/> Cerebro <input type="checkbox"/> Medula <input type="checkbox"/> Intestino 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		72 Data da Coleta <input type="checkbox"/>																										
73 Resultado 1 - Compatível com poliomielite 2 - Não compatível com poliomielite <input type="checkbox"/>		74 Data da Revisita <input type="checkbox"/>																										
Exatidão do Caso (revista)	75 Força Muscular <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorado		76 Tônus Muscular <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD Musc. Cervical <input type="checkbox"/> Face 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado																									
	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																											
Conclusão	81 Data da Revisão <input type="checkbox"/>		82 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1-Confirmado Poliovirus Selvagem 2-Compatível 3-Associado à vacina 4-Descartado 5-Confirmado PVDV																									
	83 Critério de Classificação <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Clinico Epidemiológico 3-Perda de Seguimento 4-Óbito 5-Evolução		84 Diagnóstico do Caso Descartado (vide tabela em anexo) <input type="checkbox"/>																									
	85 Evolução 1-Cura com sequela 2-Cura sem sequela 3-Óbito por PFA/Pólio 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		86 Data do Óbito <input type="checkbox"/>																									
Investigador	87 Data do Encerramento <input type="checkbox"/>		Município/Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> Cód. da Unid. de Saúde <input type="checkbox"/>																									
	Nome <input type="checkbox"/> Função <input type="checkbox"/>		Assinatura <input type="checkbox"/>																									

PFA/Poliomielite

Sinan NET

SVS 08/10/2009

PARALISIA FLÁCIDA AGUDA/ POLIOMIELITE
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente. OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (0=Analfabeto; 1= 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau), 2= 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), 3= 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 4= Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau), 5= Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6= Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 7= Educação superior incompleta, 8= Educação superior completa, 9= Ignorado ou 10= Não se aplica).
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).
17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente.
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João)
27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.
31. Informar a data da 1ª Consulta. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO/ VARIÁVEL DE ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIA.**
32. Informar a data de início da investigação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO/ VARIÁVEL DE ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIA.**
33. Informar se tomou ou não vacina contra poliomielite. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado) **VARIÁVEL DE ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIA.**
34. Informar o número de doses válidas (são consideradas doses válidas, quando ocorre intervalo mínimo de 30 dias entre uma dose e outra).
35. Preencher com a data da última dose da vacina contra poliomielite.
36. Informar se o paciente viajou ou recebeu visitas provenientes de áreas endêmicas de poliomielite nos 30 dias anteriores à instalação da deficiência motora. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado).
37. Se afirmativo, informar o País.
38. Informar quais os sinais e sintomas apresentados pelo paciente (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). Caso o paciente apresente outros sinais e sintomas, listar no campo “**outros**”.
39. Informar a data de início da deficiência motora em qualquer um dos membros (a semana epidemiológica será de cálculo automático). Este é um **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO/ VARIÁVEL DE ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIA.**
40. Informar os campos correspondentes às características da deficiência motora apresentada pelo paciente (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO/ VARIÁVEL DE ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIA.**
41. Informar a condição da força no membro afetado (1= Diminuída, 2= Ausente, 3= Normal ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO/ VARIÁVEL DE ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIA.**
42. Informar a localização da deficiência motora no membro afetado. (1= Distal, 2= Proximal, 3= Todo o membro ou 9= Ignorado).
43. Informar se houve comprometimento da musculatura respiratória, musculatura cervical e/ou da face. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado)
44. Informar a data de realização do exame físico nos primeiros 15 dias da instalação do quadro clínico de deficiência motora – FASE AGUDA
45. Caracterizar a condição da força muscular dos membros superiores e inferiores, na fase aguda. (1=Diminuída, 2=Ausente, 3= Normal ou 9= Ignorado).
46. Caracterizar o tônus muscular dos membros superiores e inferiores, da musculatura cervical e da face na fase aguda (1=Diminuída, 2=Ausente, 3= Normal ou 9= Ignorado).
47. Caracterizar a sensibilidade nos membros superiores e inferiores, e na face, na fase aguda. (1=Diminuída, 2=Ausente, 3= Normal, 4= Parestesia, 5= Prejudicado ou 9= Ignorado).
48. Caracterizar os reflexos dos membros superiores e inferiores, na fase aguda. (1=Diminuída, 2=Ausente, 3= Normal, 4= Aumentado ou 9= Ignorado).



Anexo 4:

24/10/22, 15:58

Formulário para Busca ativa de PFA

Formulário para Busca ativa de PFA

***Obrigatório**

1. Instituição: *

Marcar apenas uma oval.

- Hospital Lindouro Avelar - Santa Casa de Lagoa Santa
- Comando da Aeronáutica-Diretoria de Saúde-Grupo de Saúde de Lagoa Santa

2. Data: *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

3. Período revisado: *

4. Busca ativa em: *

Marcar apenas uma oval.

- AIH
- Livro de registro
- Prontuário
- Outro: _____

24/10/22, 15:58

Formulário para Busca ativa de PFA

5. Contato com profissional: *

Marcar apenas uma oval.

- Clínico
- Pediatra
- Neurologista
- Enfermagem
- Outro: _____

6. Número de Prontuários revisados: *

7. Número de PFA encontrados: *

8. Número de PFA notificados: *

9. Responsável pelo preenchimento e função: *

10. Telefone de contato: *

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

