



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

**NOTA TÉCNICA Nº 01/2024 – PARALISIA FLÁCIDA AGUDA (PFA)/
DIVEP/DEPI/DVS/SESPA**

Assunto: Recomendações e orientações sobre a Vigilância das Paralisias Flácidas Agudas e Imunização

1. INTRODUÇÃO

Os últimos casos de poliomielite no Brasil ocorreram em 1989. Em 1994, o país recebeu da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a certificação de área livre de circulação do Poliovírus Selvagem do seu território, juntamente com os demais países das Américas. Em um cenário global, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que a poliomielite permanece endêmica em dois países (Paquistão e Afeganistão) e que, apesar de haver uma redução do número de casos confirmados nos últimos anos, ainda ocorrem importações do vírus em países que permaneciam em uma condição de doença eliminada. Em 2022, foram notificados 30 casos – sendo 20 destes no Paquistão, 02 no Afeganistão e 08 em Moçambique.

Outro motivo de grande preocupação global é o grande número de países com surto de Pólio Derivado Vacinal (PVDV), que ocorrem pela diminuição progressiva da imunidade da população, especialmente a imunidade intestinal para a exposição a um poliovírus do sorotipo 2, devido a falha na contenção ou emergência de um PVDV. A ocorrência de apenas um (1) caso de PVDV é considerada uma emergência mundial de saúde pública, que requer uma resposta rápida e coordenada tanto a nível mundial, quanto a nível nacional, estadual e municipal.

Destaca-se que todos os países do mundo permanecem em risco de reintrodução e/ou importação do vírus da pólio, até que a doença seja erradicada globalmente. Deste modo, a única forma de prevenção da poliomielite é a manutenção de altas e homogêneas taxas de coberturas vacinais da população dos menores de cinco anos de idade. Complementarmente, faz-se necessária a continuidade da vigilância ativa das Paralisias Flácidas Agudas (PFA) em menores de 15 anos de idade, a fim de detectar precocemente a ocorrência de casos e de adotar de medidas de controle e prevenção.

Em 30 de dezembro de 2022, a OPAS/OMS publicou um documento de atualização

epidemiológica “Detecção de poliovírus em águas residuais: considerações para a região das Américas”. A partir desse momento, a OPAS e a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) comunicaram novas recomendações para a vigilância das Paralisias Flácidas Agudas (PFA) aos profissionais, autoridades e gestores em saúde do país: **expandir a vigilância das PFA’s para adolescentes e adultos com sintomas condizentes com a poliomielite – esses casos devem ser investigados, direcionando-os conforme os processos já definidos para a vigilância de PFA em crianças menores de 15 anos e procedendo a coleta e transporte de amostras de fezes para análise. Quando não for possível coletar a amostra de fezes dentro de 14 dias do início da paralisia, recomenda-se a coleta fecal de três a cinco contatos próximos do caso de PFA e esses contatos precisam ter menos de cinco anos de idade e não possuírem histórico de vacinação recente (nos últimos 30 dias), com a vacina oral contra a poliomielite.**

2 DEFINIÇÕES

2.1 PARALISIA FLÁCIDA AGUDA

A síndrome de **Paralisia Flácida Aguda (PFA)** é caracterizada pela presença de paralisia nos membros inferiores ou superiores, de forma aguda, assimétrica ou não, com sensibilidade preservada ou não. De acordo com a incidência da síndrome de PFA, ela possui diversas causas, podendo ser de origens infecciosas, metabólicas ou degenerativas, como a poliomielite, diabetes e alcoolismo; doenças inflamatórias, como a síndrome de Guillain Barré, tumores medulares, miopatias e traumatismos.

Devido às diversas etiologias que podem evoluir para a síndrome de PFA, existe uma proporção esperada de 01 caso a cada 100.000 habitantes menores de 15 anos. Desta maneira, no Estado do Pará espera-se que essa proporção seja de **22 casos por ano**.

2.2 POLIOMIELITE

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.

O agente etiológico é o **Poliovírus**, dos sorotipos 1, 2 e 3, que são pertencentes ao gênero Enterovirus, da família Picornaviridae. Os poliovírus selvagens dos três sorotipos podem causar paralisia flácida, sendo o poliovírus selvagem tipo 1 ainda circulante; e os tipos 2 e 3, declaradamente erradicados em setembro de 2015 e em outubro de 2019, respectivamente (OMS, 2021). O **modo de transmissão** ocorre de forma direta de pessoa a pessoa, por meio de gotículas de secreções da

orofaringe (ao falar, tossir ou espirrar) ou pela via fecal-oral, sendo esta a mais frequente. Na forma indireta, a transmissão acontece por meio de objetos, alimentos e água contaminados com fezes de doentes ou portadores. O **período de transmissibilidade** pode se iniciar antes do surgimento das manifestações clínicas. O vírus é encontrado nas secreções da orofaringe após 36 a 72 horas a partir da instalação da infecção. Em indivíduos infectados, a eliminação do vírus pela orofaringe persiste por um período de aproximadamente uma semana, e, nas fezes, por volta de três a seis semanas, enquanto que nos indivíduos reinfetados a eliminação do vírus ocorre em menor quantidade por períodos mais reduzidos.

As **manifestações clínicas** podem se apresentar sob diferentes formas clínicas, como:

- **Forma inaparente ou assintomática:** sem manifestações clínicas, podendo ser identificada apenas por exames laboratoriais específicos. Ocorre em mais de 90% das infecções.
- **Forma abortiva:** Ocorre em aproximadamente 5% dos casos e caracteriza-se por sintomas inespecíficos – febre, cefaléia, tosse e coriza –, e manifestações gastrointestinais, como vômito, dor abdominal e diarreia. Como na forma inaparente, só é possível estabelecer diagnóstico por meio do isolamento do vírus.
- **Forma meningite asséptica:** no início apresenta-se com as mesmas características da forma abortiva e, posteriormente, surgem sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski positivos) e rigidez de nuca.
- **Forma paralítica:** acomete em torno de 1% a 1,6% dos casos, e apenas as formas paralíticas têm características clínicas típicas, que permitem sugerir o diagnóstico de poliomielite, entre as quais a instalação súbita da deficiência motora, acompanhada de febre; assimetria, acometendo, sobretudo, a musculatura dos membros, com mais frequência os inferiores; flacidez muscular, com diminuição ou abolição de reflexos profundos na área paralisada; sensibilidade preservada e persistência de alguma paralisia residual (sequela) após 60 dias do início da doença. Todas essas formas clínicas de poliomielite/paralisia flácida aguda podem ser observadas, a depender do local de comprometimento do sistema nervoso central, e, em alguns casos, podem apresentar quadro de paralisia grave e levar à morte.

3 DIAGNÓSTICO

3.1 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL ESPECÍFICO

- ✓ **Coleta de amostras de fezes dos casos** – A amostra de fezes constitui o material mais adequado para o isolamento do poliovírus. Proceder à **coleta de uma amostra** de fezes para

pesquisa de Poliovírus dentro de 14 dias a partir do início do déficit motor é o período considerado oportuno e mais propício de se encontrar melhores resultados. Caso não seja possível realizar a **coleta de fezes** dentro no período preconizado ou para situações em que o caso seja conhecido tardiamente, a amostra de fezes deverá ser coletada no máximo até 60 dias após o início da deficiência motora. Em crianças que apresentam obstipação intestinal, dificultando a coleta de amostras de fezes, pode-se utilizar supositório de glicerina. A amostra deverá ser cadastrada no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) e encaminhada ao Laboratório Central do Estado do Pará (LACEN). O swab retal somente é recomendado em casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA), em que o indivíduo tenha ido a óbito antes da coleta adequada de fezes.

- ✓ **Coleta de amostras de fezes de contatos** – Membro imediato da família, vizinho próximo, companheiro de brincadeiras, que apresentaram contato com o caso de PFA por 7 dias antes do início da paralisia e/ou 14 dias após o início desta.

Quando não for possível coletar a amostra de fezes dentro de 14 dias do início da paralisia do casos de PFA, recomenda-se coletar amostras de fezes de três a cinco contatos próximos do caso de PFA. Esses contatos devem ter menos de 5 anos de idade, sem histórico de vacinação recente (últimos 30 dias) com vacina oral contra a poliomielite. Trata-se de uma recomendação vigente da OPAS.

3.1.1 CONSERVAÇÃO, TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE FEZES E DOCUMENTAÇÕES

- **Amostra** – Usar coletor universal de tampa rosqueável, apropriado (limpo e vazio), identificando com o nome do paciente e data de coleta. Proceder a coleta adequada de amostra de fezes – 8 g de fezes (ou 2/3 da capacidade do coletor –, e coletar a partir do 1º dia do início da deficiência motora (fase aguda) até o 14º dia (oportuno) ou em até 60 dias a partir da deficiência motora;
- **Conservação e Transporte** – Para as conservações por até 48 horas, manter sob refrigeração entre +2°C e +8°C e o transporte deverá ser feito em caixa térmica com gelo reciclável. Após decorridas as 48 horas, deve-se congelar a -20°C e transportá-lo em caixa térmica com gelo seco;
- **Critério de rejeição** – Amostra mal acondicionada e/ou mal conservada;
- **Documentação obrigatória** – Requisição do exame e ficha de investigação da Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), posicionados em sacos plásticos separados para evitar contaminação, bem como proceder o

cadastro no GAL;

- **Informações importantes** – Data dos primeiros sintomas, data da coleta, dados clínicos e epidemiológicos dos pacientes.
- **Tempo de resultado** – 30 dias, disponível via GAL (amostra enviada para laboratório de referência).

3.2 EXAMES INESPECÍFICOS

- **Eletromiografia** – Os achados e o padrão eletromiográfico da poliomielite são comuns a um grupo de doenças que afetam o neurônio motor inferior. Esse exame pode contribuir para descartar a hipótese diagnóstica de poliomielite, quando seus achados são analisados conjuntamente aos resultados do isolamento viral e evolução clínica.
- **Líquor** – Permite o diagnóstico diferencial com a síndrome de Guillain-Barré e com as meningites que evoluem com deficiência motora. Na poliomielite, observa-se um discreto aumento do número de células, podendo haver um pequeno aumento de proteínas. Na síndrome de Guillain-Barré, observa-se uma dissociação proteinocitológica, com aumento acentuado de proteínas sem elevação da celularidade. Nas meningites observa-se um aumento do número de células, com alterações bioquímicas.

3.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Deve ser feito com polineurite pós-infecciosa e outras infecções que causam PFA. As principais doenças a serem consideradas no diagnóstico diferencial são a síndrome de Guillain-Barré, mielite transversa, meningite viral, meningoencefalite e outras enterovirose (enterovírus 71 e coxsackievírus, especialmente do grupo A tipo 7). Outras doenças estão descritas no **Anexo 1**. Para o adequado esclarecimento diagnóstico, a investigação epidemiológica e a análise dos exames complementares são essenciais.

4 TRATAMENTO

Não há tratamento específico para a poliomielite. Todos os casos devem ser hospitalizados, procedendo-se ao tratamento de suporte, de acordo com o quadro clínico do paciente.

5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA PFA

5.1 DEFINIÇÃO DE CASO

➤ **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. Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduos adolescentes e adultos com sintomas compatíveis com poliomielite.

➤ **Caso confirmado**

✓ **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 sequelas 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 sequelas compatíveis com poliomielite, 60 dias após o início do déficit motor. Há dois tipos:

a- PFA que se inicia entre 04 e 40 dias após o recebimento da vacina poliomielite oral (atenuada) e que apresenta sequelas neurológicas compatíveis com poliomielite 60 dias após o início do déficit motor;

b- Caso de poliomielite associado à vacina por contato – PFA que surge após contato com criança que tenha recebido VOP até 40 dias antes. A paralisia surge de 04 a 85 dias após a exposição ao contato vacinado e o indivíduo apresenta sequelas neurológicas compatíveis com poliomielite 60 dias após o início do déficit motor.

Em qualquer das situações acima, o isolamento de poliovírus vacinal nas fezes e sequelas neurológicas compatíveis com poliomielite são condições imprescindíveis para que o caso seja considerado como associado à vacina.

✓ **Poliovírus Derivado Vacinal (PVDV)** – Caso de PFA com sequelas 60 dias após o início do déficit motor e isolamento de PVDV. Para poliovírus tipo 1 e 3 com mutação no gene de codificação da proteína VP1 maior ou igual a 1% e igual ou superior a 0,6% para poliovírus tipo 2.

- ✓ **Poliomielite Compatível** – Caso de PFA que não teve coleta adequada da amostra de fezes e que apresentou sequela aos 60 dias ou evoluiu para óbito ou teve evolução clínica ignorada.
- **Caso descartado (não poliomielite)** – Caso de PFA no qual não houve isolamento de poliovírus selvagem na amostra adequada de fezes, ou seja, amostra coletada até 14 dias do início da deficiência motora em quantidade e temperatura satisfatórias.

5.2 NOTIFICAÇÃO

- **Notificar imediatamente** todos os casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA) que apresentarem quadro de deficiência motora aguda e flácida em membros superiores e/ou inferiores, independente da hipótese diagnóstica, à Secretaria Municipal de Saúde, Centro Regional de Saúde, além de informar também a Divisão de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), o Departamento de Epidemiologia (DEPI) e o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), pelos endereços eletrônicos: **vigilancia.epidemiologica@sespa.pa.gov.br** / **cievs@sespa.pa.gov.br**, bem como proceder a investigação em até 48 horas, para a obtenção de informações do caso;
- É necessário encaminhar, além da notificação, a cópia do cartão de vacinação, o relatório do caso e a cópia dos laudos dos exames complementares (tomografia, ressonância magnética, análise do LCR e outros);
- A **notificação** pode e deve ser realizada por profissionais de serviços de saúde local da área de assistência, Vigilância Epidemiológica, Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) e pelos laboratórios públicos e privados;
- A **notificação** deve ser digitada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio do preenchimento da Ficha de Investigação de PFA (**ANEXO 2**), que é o instrumento utilizado para a investigação e todos os seus campos devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo se a informação for negativa. Outras informações podem ser incluídas, conforme a necessidade;
- Informar **TODOS** os casos de PFA na Notificação Negativa Semanal (NOTNEG), por telefone ou e-mail;
- Todos os casos devem ser hospitalizados, procedendo-se ao tratamento de suporte. Além disso, todo caso suspeito de PAV e/ou PVDV 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 (BRASIL, 2020). Não há link direto para essa ficha, porém a orientação é a notificação direta no e-SUS Notifica, pelo link: <https://notifica.saude.gov.br>. Os casos de paralisia ocular isolada e paralisia facial periférica não devem ser notificados e investigados.

5.3 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.

- **Identificação do paciente** – Todos os campos devem ser rigorosamente preenchidos. Registrar, na ficha de investigação os dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais da doença. Os dados são coletados por meio das informações obtidas dos familiares e dos profissionais que prestaram assistência ao paciente, além das contidas no prontuário de internação e das coletadas por ocasião da visita domiciliar.
- **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, para pesquisa de poliovírus, e enviar para o Laboratório Central de Saúde Pública, de acordo com o Guia de Vigilância em Saúde.
- **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.
- **Análise de dados epidemiológicos** – É importante que cada esfera do Sistema Único de Saúde (SUS), seja municipal, estadual e federal, realize análises periódicas dos dados epidemiológicos coletados, de forma a avaliar a sua qualidade e a sensibilidade do sistema quanto à notificação e à investigação dos casos de PFA, visando produzir informações úteis ao processo de tomada de decisão sobre as ações de vigilância e de controle da doença.

5.4 REVISITA E ENCERRAMENTO

5.4.1 REVISTA AOS 60 DIAS DA DEFICIÊNCIA MOTORA

- A revisita deve ser realizada em todos os casos de PFA;

- Reavaliar a função neuromuscular do paciente em até 60 dias do déficit motor, através de entrevista e exame físico (avaliação da força e tônus muscular, sensibilidade e reflexos nos quatro membros). Perguntar (e comparar com a história médica) se a paralisia/fraqueza melhorou, permaneceu igual ou progrediu. Observar a criança se movimentando e examinar a potência muscular, o tônus muscular, a existência de atrofia muscular, os reflexos e a sensibilidade (item 74 a 80 da ficha de investigação).
- A avaliação neurológica deverá ser realizada em serviço de saúde de internamento, caso o paciente ainda estiver internado, ou pela vigilância epidemiológica municipal/serviço de saúde, por profissional médico, fisioterapeuta ou profissional capacitado da vigilância epidemiológica.

5.4.2 ENCERRAMENTO AOS 60 DIAS DA NOTIFICAÇÃO

- Os casos de PFA notificados no SINAN deverão ser encerrados oportunamente em até 60 dias da notificação, após a verificação de todas as informações necessárias para a conclusão do caso. A investigação epidemiológica e a análise dos exames complementares são essenciais;
- Descartar o caso por critério laboratorial com amostra negativa e coletada no período oportuno de 14 dias após deficiência motora, independente se o paciente tem sequela (dificuldade de andar ou perda motora);
- Descartar o caso por evolução do paciente, com amostra negativa e coletada após 14 dias da deficiência motora, ou se não for coletada, se o paciente não apresentar sequela (paciente sem dificuldade de andar e ou força diminuída);
- Não descartar o caso em que o paciente apresentar sequela (dificuldade de andar, força reduzida), com coleta após 14 dias da deficiência motora, ou sem coleta de amostra de fezes. A Vigilância Epidemiológica Municipal deverá encaminhar a documentação (relatório, cópia de prontuários, carteira de vacina, resultados de exames), para a Vigilância Epidemiológica do Centro Regional de Saúde, que encaminhará à Divisão de Vigilância Epidemiológica do nível central da Secretaria de Estado de Saúde do Pará (SESPA), para que seja disponibilizado ao Ministério da Saúde, para avaliação e encerramento do caso.

5.5 BUSCA ATIVA

A equipe de vigilância/núcleo de vigilância hospitalar/serviço de saúde em geral, devem

realizar a busca ativa de casos de PFA **semanalmente**. Os formulários de busca ativa (**ANEXO 3**) devem ser encaminhados simultaneamente com a notificação negativa, pelos serviços de saúde às Secretarias Municipais de Saúde, Centro Regional de Saúde e Divisão de Vigilância Epidemiológica da SESPA.

5.5.1 PASSOS PARA REALIZAR A BUSCA ATIVA

- **Identificação do ponto focal** – Reunir-se com o ponto focal do serviço e de saúde e se for a primeira visita, reunir-se com diretores e gerentes para apresentar a proposta de vigilância;
- **Visitar os ambientes da unidade de saúde** – Visitar as enfermarias, unidades, clínicas e ambulatórios com maior possibilidade de atender casos de PFA;
- **Buscar os registros da unidade** – Solicitar os registros dos pacientes (prontuário eletrônico, fichas de atendimento) da unidade de interesse (pediatria, trauma, neurologia, reabilitação, dentre outras);
- **Buscar casos de PFA nos registros da unidade** – Procurar diagnósticos compatíveis com a definição de PFA (dificuldade de andar, perda de força muscular nos membros superiores e/ou inferiores) e verificar se o caso foi notificado e investigado adequadamente;
- **Registrar casos de PFA** – Registrar, em um formulário específico, todos os casos de PFA identificados na revisão dos prontuários e fichas de atendimento;
- **Registrar a revisão do documento** – Sinalizar nos prontuários e nas fichas de atendimentos de casos de PFA, que os mesmos já foram registrados, datando e assinando para que o próximo técnico saiba que aquele caso já foi registrado;
- **Investigar casos não notificados** – Solicitar o prontuário e investigar imediatamente os casos de PFA não notificados; iniciar pelos registros na unidade e, se necessária, realizar investigação no domicílio.

5.5.2 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE UNIDADES SENTINELAS PARA VIGILÂNCIA ATIVA

Tipo de estrutura de saúde e/ou perfil de atendimento:

- Referência para atendimento de pacientes pediátricos (< 15 anos) – prioridade máxima;
- Serviços especializados que podem receber casos de PFA, como neurologia, fisioterapia e

reabilitação;

- Instituições ou líderes que recebem populações de risco (curandeiros tradicionais, clínicas de ONG's, provedores particulares/militares;

Qualidade da vigilância:

- Unidades que não notificaram casos de PFA ou em municípios silenciosos em anos anteriores.

5.6 INDICADORES DE QUALIDADE DE VIGILÂNCIA

O monitoramento da qualidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica da PFA/Poliomielite é feito a partir da avaliação de indicadores e metas mínimas, conforme listado a seguir:

- **Taxa de notificação de paralisia flácida aguda** – Identificar por ano, no mínimo, um caso de PFA para cada 100 mil habitantes menores de 15 anos de idade;
- **Proporção de casos investigados em 48 horas** – Pelo menos 80% dos casos notificados devem ser investigados dentro das 48 horas após a notificação;
- **Proporção de casos com coleta oportuna de fezes** – Pelo menos 80% dos casos devem ter uma amostra de fezes, para cultivo do vírus, coletada até o 14º dia do início da deficiência motora, em quantidade e condições de temperatura para análise;
- **Proporção de notificação negativa/positiva semanal** – Pelo menos 80% das unidades notificantes devem informar a ocorrência ou não de casos de PFA, semanalmente (BRASIL, 2019).

6 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

A vacinação é a principal medida de prevenção da poliomielite, de modo que devem ser mantidas altas e homogêneas as coberturas vacinais, tanto nas estratégias de rotina quanto nas campanhas nacionais de vacinação contra a poliomielite. O esquema vacinal consiste na administração de três doses da vacina inativada poliomielite (VIP), aos 2, 4 e 6 meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, ou no mínimo 30 dias. Devem ainda ser administrados dois reforços com a vacina oral poliomielite (VOP), o primeiro aos 15 meses de vida e o segundo aos 4 anos de idade (BRASIL, 2020).

7 ORIENTAÇÕES DE VACINAÇÃO PARA O VIAJANTE

- O viajante deve obedecer às regras de vacinação do país ou dos países de destino. As crianças menores de 5 anos de idade devem ser vacinadas conforme as recomendações do Calendário Nacional de Vacinação antes da viagem;
- O viajante com idade a partir de 5 anos deve estar devidamente vacinado com, no mínimo, duas doses (preferencialmente três doses) da VIP, administradas com intervalo mínimo de 30 dias entre elas, previamente à viagem. Caso a pessoa não tenha a vacinação comprovada ou apresente esquema incompleto, deverá atualizar o esquema vacinal descrito anteriormente, respeitando os intervalos, antes da data do embarque;
- No esquema regular recomendado para pessoa com idade maior ou igual a 5 anos não vacinado contra a pólio, o intervalo entre a primeira e a segunda dose é preferencialmente de 30 a 60 dias, e o intervalo entre a segunda dose e a terceira dose é preferencialmente entre 6 e 12 meses da segunda dose. Se não houver tempo para administração do esquema regular recomendado, os intervalos podem ser encurtados, para um intervalo mínimo de 30 dias entre as três doses. Duas doses de VIP conferem proteção de 90% após a segunda dose e 99% após a terceira dose contra os três poliovírus (1, 2 e 3);
- Se a pessoa estiver indo para uma região de alta circulação de poliovírus tipo 2, deverá ser vacinada com VIP. Se o indivíduo for especificamente para o Paquistão e Afeganistão e/ou outros países nos quais haja circulação e/ou detecção da presença de PVS1, PVDV1, PVDV3, no momento da viagem pode-se administrar uma dose de VOPb;
- Pessoas imunossuprimidas que necessitam de viagem imediata a área de alto risco para a pólio devem receber somente a VIP conforme as recomendações: crianças menores de 5 anos – 3 doses de VIP e 2 reforços com VIP; pessoas a partir de 5 anos de idade – administrar, no mínimo, duas doses de VIP, preferencialmente três doses, com intervalo de 60 dias, mínimo de 30 dias, entre a primeira e a segunda dose e de 6 a 12 meses entre a segunda e a terceira doses. Esquemas com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses da VIP podem ser utilizados para indivíduos saudáveis, dependendo da urgência de viagem imediata. Para indivíduos imunossuprimidos, esse intervalo não deve ser adotado. Recomenda-se não administrar vacinas orais poliomielite em imunossuprimidos;
- Uso na gravidez e lactação – Não existe contraindicação formal na gravidez. Porém, esta vacina deve ser aplicada em mulheres grávidas apenas quando claramente necessária, baseando-se na avaliação dos benefícios e dos riscos, após avaliação médica. Pode ser usada

durante a lactação conforme orientação médica. A VOPb não deve ser administrada durante a gestação;

- Indivíduo que chega ao Brasil, vindo de uma área de risco para a pólio, tanto pelo poliovírus selvagem PVS1 (Afeganistão e/ou Paquistão) como pelos vírus derivado da vacina atenuada PVDV1, PVDV2, PVDV3 (independentemente da escala aérea ou marítima), países esses já elencados nesse documento: pessoas com esquema vacinal completo e devidamente comprovado contra a pólio (para sorotipos 1, 2 e 3), seja com a VIP ou com a VOP trivalente, não necessitam ser vacinadas novamente;
- Pessoas com esquema vacinal completo e devidamente comprovado com VOP bivalente (para sorotipos 1 e 3), considerar como NÃO VACINADAS, visto que não estão protegidas contra o sorotipo 2. Nessa situação, administrar esquema vacinal de três doses de VIP de acordo com a situação vacinal encontrada;
- Pessoas não vacinadas contra a pólio ou com esquema vacinal incompleto – Pessoas com menos de 15 anos de idade (viajantes com menos de 6 semanas de vida devem ser discutidos caso a caso; crianças a partir de 6 semanas e menores de 15 anos de idade, deverão receber uma dose de VIP imediatamente na chegada ao país, o mais oportunamente possível), a pessoa deve ser orientada a buscar um serviço de saúde para que possa receber as doses adicionais recomendadas a seguir. Para menores de 5 anos, seguir o Calendário Nacional de Vacinação do Brasil; a partir dos 5 anos e menores de 15 anos, deverão receber até três doses da VIP (dependendo da situação vacinal anterior), a VOPb não deve ser utilizada pois não oferece proteção contra o poliovírus tipo 2. Pessoas a partir de 15 anos de idade deverão receber uma dose de VIP imediatamente na chegada ao país, o mais oportunamente possível, independentemente da situação vacinal encontrada;
- A pessoa deve ser orientada a buscar um serviço de saúde para avaliação da situação vacinal de modo a garantir o esquema vacinal de duas ou três doses obedecendo ao intervalo de 30 a 60 dias entre a primeira e a segunda dose, e o intervalo de 6 a 12 meses após a segunda dose. Se o indivíduo já recebeu alguma dose de VIP no seu país de origem, deve apenas completar o esquema vacinal com um ou duas doses conforme recomendação acima.
- Pessoas imunossuprimidas oriundas de área de alta circulação tanto do PVS como de PVDV, deverão receber uma dose de VIP imediatamente na chegada ao país, o mais oportunamente possível. A pessoa deve ser orientada a buscar um serviço de saúde para que possa receber as doses adicionais, completando o esquema vacinal conforme as recomendações: pessoas a

partir de 15 anos de idade – administrar, no mínimo, duas doses de VIP, preferencialmente três doses, com intervalo com intervalo de 60 dias, mínimo de 30 dias, entre a primeira e a segunda dose; e, de 6 a 12 meses entre a segunda dose e a terceira dose. A VOPb não está recomendada para imunossuprimidos.

8 FUNÇÕES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- Identificação e análise de fatores inerentes à equipe de saúde e à população que interfiram nos propósitos de manutenção da eliminação da poliomielite;
- Articulação com as organizações existentes na comunidade (governamentais e não governamentais), tendo em vista o engajamento de seus representantes nos programas de manutenção da eliminação da poliomielite;
- Capacitação de pessoas da comunidade, principalmente aquelas ligadas às organizações comunitárias, para atuarem junto às equipes de saúde na notificação, na investigação e no controle de casos de paralisia flácida aguda, tendo em vista a manutenção da eliminação da poliomielite;
- Capacitação das equipes de saúde para atuarem, de forma conjunta, com pessoas, grupos e organizações da comunidade;
- Divulgação de informações sobre poliomielite, vacinação, notificação, investigação e medidas de controle adotadas.

Adriana Pimentel Veras

Coordenadora da Divisão de Vigilância Epidemiológica/DEPI/DVS/SESPA

Daniele Monteiro Nunes

Diretora do Departamento de Epidemiologia/DVS/SESPA

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde : volume 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Atualização Epidemiológica Detecção de poliovírus em águas residuais: Considerações para a Região das Américas 30 de dezembro de 2022. Global guidelines for acute flaccid paralysis (AFP) surveillance in the context of poliovirus eradication.

Guidelines for Implementing Polio Surveillance in Hard-to-Reach Areas & Population.

ANEXO 1

Lista de Diagnóstico diferencial com Poliomielite e que devem ser investigados	
Os códigos são apresentados segundo nomenclatura do CID-10	
DIAGNÓSTICOS	CID
Poliomielite Aguda	A80
Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	I64
Amiotrofia nevralgia	G 12.2
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
Encefalites, mielites e encefalomielites não especificadas.	G04.9
Hemiplegia flácida	G81.0
Hemiplegia não especificada	G81.9
Intoxicações alimentares bacterianas não especificadas	A05.9
Lesão do nervo ciático	G57.0
Miastenia gravis	G70.0
Mielite transversa aguda	G37.3
Meningoencefalite e meningomielite bacterianas não classificadas em outras partes	G04.2
Outras encefalites, mielites e encefalomielites	G04.8
Monoplegia do membro inferior	G83.1
Mononeuropatias de membros inferiores não especificadas	G57.9
Mononeuropatias de membros superiores não especificadas	G56.9
Monoplegia do membro superior	G83.2
Monoplegia, não especificada	G83.3
Miopatia, não especificada	G72.9
Encefalites, mielites e encefalomielites em doenças virais classificadas em outra parte	G05.1
Mononeuropatias, não especificadas	G58.9
Paralisia periódica	G72.3
Paraplegia flácida	G82.0
Polineuropatia inflamatória não especificada	G61.9
Polineuropatia não especificada	G62.9
Neoplasia maligna do sistema nervoso central, não especificada (tumor)	G72.9
Polineuropatia devido a outros agentes tóxicos	G62.2
Polineuropatia induzida por drogas	G62.0

Síndrome de Guillain Barré (Polineurite aguda pós-infecciosa)	G61.0
Síndrome da cauda equina	G83.4
Síndrome paralítica não especificada (IGN)	G83.9
Tetraplegia flácida	G82.3
Traumatismo não especificado de membro superior nível não especificado	T11.9
Transtornos mioneurais não especificados	G70.9
Traumatismo não especificado da cabeça	S09.9
Traumatismo da medula nível não especificado	T09.3
Traumatismo não especificado de membro Inferior nível não especificado	T13.9
Síndrome neurológica a esclarecer	G 98

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/doença				Código (CID10)	3			
	PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE				A 8 0. 9					
	4	UF	5	Município de Notificação			Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7	Data dos Primeiros Sintomas		
Dados de Residência	8	Nome do Paciente						9	Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	☐ 1 - Hora ☐ 2 - Dia ☐ 3 - Mês ☐ 4 - Ano		11	Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12	Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional/ Ignorado 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13	Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14	Escolaridade 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 10- Não se aplica								
	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			30	País (se residente fora do Brasil)
Dados Complementares do Caso										
Antecedentes Epidemiológicos	31	Data da 1ª Consulta			32	Data da Investigação			33	Tomou Vacina Contra Poliomielite 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	34	Número de doses válidas			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 ☐ Febre ☐ Diarréia ☐ Dores Musculares ☐ Sint. Respiratórios ☐ Vômitos ☐ Obstrução ☐ Cefaléia ☐ Outros			39	Data Início da Def. Motora
Dados Clínicos	40	Deficiência Motora 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Aguda ☐ Flácida ☐ Assimétrica ☐ Progressão Após 3 Dias ☐ Ascendente ☐ Descendente								
	41	Força Muscular 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9 - Ignorado ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD				42	Localização 1-Distal 2-Proximal 3- Todo o membro 9-Ignorado ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD			
	43	Comprometimento de 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Musculatura Respiratória ☐ Musculatura Cervical ☐ Face				44	Fase Aguda Data do Exame		45	Força Muscular 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorado ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD
	46	Tônus Muscular ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD ☐ Musc. Cervical ☐ Face				47	Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicado 9-Ignorado ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD ☐ Face			
	48	Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado ☐ Aquileu E ☐ Aquileu D ☐ Patelar E ☐ Patelar D ☐ Bicipital E ☐ Bicipital D ☐ Tricipital E ☐ Tricipital D								

PFA/Poliomielite

Sinan NET

SVS

08/10/2009

Dados Clínicos (Cont.)	49 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Flexão E ☐ Extensão E ☐ Flexão D ☐ Extensão D				50 Sinais de Irritação Meníngea 1-Ausente 2-Presente 9-Ignorado ☐ Kernig ☐ Rigidez de Nuca ☐ Brudzinski			
	51 Contato ou Ingestão de Substâncias Tóxicas (Agrotóxicos, Chumbo, Mercúrio, Medicamentos) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				52 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha)			
	53 História de Injeção Intramuscular 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				54 Local de Aplicação 1-MIE 2-MSE 3-MID 4-MSD 5-Glúteo E 6-Glúteo D			
Ampli-mento	55 Hipótese Diagnóstica (Vide Tabela Anexa)				56 Ocorreu Hospitalização 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	58 UF 59 Município do Hospital				57 Data da Internação Código (IBGE)			
Dados do Laboratório	60 Data da Coleta		61 Data do envio do Nível Local para o Estadual		62 Data do envio do Nível Estadual para o LRR			
	63 Data do Recebimento no LRR		64 Quantidade 1 - Suficiente 2 - Insuficiente		65 Condições 1 - Temperatura Adequada 2 - Temperatura Alterada		66 Data do Resultado	
	67 Resultado 1- P1 Vacinal 2- P2 Vacinal 3- P3 Vacinal 4- P1 Selvagem 5- P2 Selvagem 6- P3 Selvagem 7- Negativo 8- Não pólio 9- Outros 10- Inconclusivo 11- PVDV1 12- PVDV2 13- PVDV3							
	68 Exames Complementares							
	Líquor							
	Data da Coleta		Nº de Células/mm ³	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%	
	69 Data da Realização 70 Diagnóstico Sugestivo de (tabela anexa)							
	71 Coletado Material Anatomopatológico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Cérebro ☐ Medula ☐ Intestino				72 Data da Coleta 73 Resultado 1 - Compatível com poliomielite 2 - Não compatível com poliomielite			
Evolução de Caso (revisão)	74 Data da Revisita		75 Força Muscular 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD		76 Tônus Muscular 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD ☐ Musc. Cervical ☐ Face			
	77 Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado ☐ Aquileo E ☐ Aquileo D ☐ Patelar E ☐ Patelar D ☐ Bicipital E ☐ Bicipital D ☐ Tricipital E ☐ Tricipital D							
	78 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Flexão E ☐ Flexão D ☐ Extensão E ☐ Extensão D		79 Atrofia 1 - Presente 2 - Ausente 9 - Ignorado ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD					
	80 Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicada 9-Ignorado ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD ☐ Face							
Conclusão	81 Data da Revisão		82 Classificação Final 1-Confirmado Poliovírus Selvagem 2-Compatível 3-Associado à vacina 4-Descartado 5-Confirmado PVDV		83 Critério de Classificação 1-Laboratorial 2-Clinico Epidemiológico 3-Perda de Seguimento 4-Óbito 5-Evolução			
	84 Diagnóstico do Caso Descartado (vide tabela em anexo)		85 Evolução 1-Cura com 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		Cód. da Unid. de Saúde					
Investigador	Nome		Função		Assinatura			
	PFA/Poliomielite		Sinan NET		SVS 08/10/2009			

ANEXO 3



FORMULÁRIO PARA BUSCA ATIVA

PARALISIA FLÁCIA AGUDA



UF	Município de Residência:	Nome do estabelecimento de Saúde:
Tipo de Estabelecimento:		Data da Busca Ativa: ____/____/____
Público () Outro () Privado ()		
Período revisado de:		Busca realizada em:
____/____/____ à ____/____/____		Autorização de internação hospitalar () Livro de registro () Prontuários ()
Contato com profissional:		
Clínico () Neurologista () Outro () _____ Enfermagem () Pediatra () Nenhum ()		

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Número de prontuários revisados	
Nº de casos de PFA encontrados	
Nº de casos de PFA já notificados pela VE	

Definição de caso para Busca Ativa	
PFA	Todo caso, nos últimos 60 dias, de deficiência motora flácida aguda em menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica, e em pessoas de qualquer idade que apresentem hipótese diagnóstica de poliomielite ou que se enquadrem nos CIDs do anexo 1.
OBS: Orientar a VE para notificar e investigação dos casos encontrados na busca ativa.	

Município:	Unidade de Saúde:	Data:
		____/____/____
Nome:	Função:	Assinatura:

Acompanhameto da busca ativa de Paralisia Flácida Aguda (PFA)

Município de residência: Nome do responsável pela consolidação:

Função:

Nº de unidades notificadoras existentes:

Nº de unidades notificadoras visitadas:

Tipo de estabelecimento de saúde: () Público () Privado

Data:

Nº	Nome do estabelecimento de saúde	Data da busca ativa	Período revisado	Nº de prontuários revisados	Nº de casos sugestivos encontrados e investigados	Nº de casos suspeitos encontrados e investigados	Nº de casos suspeitos já notificados	Classificação final dos suspeitos encontrados	Nº do SINAN dos casos notificados	Dificuldades encontradas
			Total	0	0	0	0	0		