



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

**NOTA TÉCNICA -PARALISIA FLÁCIDA AGUDA (PFA)-Nº  
1/2025- DEPI- DVS- SESP**

**Assunto: Recomendações e orientações sobre as Paralisia Flácidas Agudas, no âmbito da Vigilância Epidemiológica, Laboratorial e Imunização**

## **1-INTRODUÇÃO**

Os últimos casos de Poliomielite no Brasil ocorreram em 1989 e, 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. No cenário global da poliomielite, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que a poliomielite permanece endêmica em dois países (Paquistão e Afeganistão) e que, apesar da redução no número de casos confirmados nos últimos anos, tem ocorrido importação do vírus em países que permaneciam com a doença eliminada. Em 2022 foram notificados 30 casos, sendo 20 no Paquistão, dois no Afeganistão e oito 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 exposição a um poliovírus do sorotipo 2, devido a falhas na contenção ou emergência de um PVDV. A ocorrência de um (1) caso de PVDV é considerada uma emergência mundial de saúde pública que requer uma resposta rápida e coordenada a nível mundial, 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. Assim, a única forma

de prevenção da poliomielite e suas é a manutenção de altas e homogêneas coberturas vacinais da população menor de cinco anos de idade. Adicionalmente, faz-se necessário manter a vigilância ativa das paralisias flácidas agudas em menores de 15 anos de idade, a fim de detectar precocemente a ocorrência de casos e de adotar de medidas de controle.

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’.

Em 2 de agosto de 2024, o Laboratório Global Especializado (GSL, por sua sigla em inglês) da Rede Global de Laboratórios de Pólio (GPLN, por sua sigla em inglês) no Institut Pasteur de Paris, informou à Santé Publique France e às autoridades de saúde francesas a detecção do poliovírus derivado da vacina tipo 3 (VDPV3) em uma amostra de água residual ambiental coletada em 26 de junho de 2024 em Caiena, Guiana Francesa.

Dessa maneira, a OPAS com Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) comunicou continuidade das recomendações para a vigilância das Paralisias Flácidas Agudas (PFA) aos profissionais, autoridades e gestores em saúde do país: **Expandir a vigilância das PFAs para adolescentes e adultos com sintomas condizentes com poliomielite: esses casos devem ser investigados seguindo os mesmos processos definidos para a vigilância de PFA em crianças menores de 15 anos e 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 coletar amostras de fezes de 3-5 contatos próximos do caso de PFA. Esses contatos devem ter menos de 5 anos de idade e sem histórico de vacinação recente (nos últimos 30 dias) com vacina oral contra a poliomielite**

## 2- DEFINIÇÕES

### 2.1- PARALISIA FLÁCIDA AGUDA

A síndrome **Paralisia flácida aguda**(PFA), é caracterizada pela presença de paralisia nos membros inferiores ou superiores, de forma aguda (em até 3 dias), 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 da PFA, existe uma proporção esperada de um caso para cada 100.000 habitantes menores de 15 anos, dessa forma no estado do Pará esse esperado deve ser de **22 casos por ano**.

## 2.2- POLIOMIELITE

É uma doença infectocontagiosa viral aguda causada pelo poliovírus, cerca de 1% das infecções causadas por esse vírus, apresentam um quadro de paralisia flácida, de início súbito, ou seja, não ultrapassa três dias, possui evolução frequente, acomete os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada, e arreflexia no segmento atingido.

A poliomielite, apesar de eliminada no Brasil, permanece como uma doença de interesse político internacional e fatores como a intensa mobilização e migração de pessoas no país e América Latina, impõem a necessidade de uma vigilância eficaz e permanente para impedir sua reintrodução.

## 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, período considerado oportuno e de se encontrar melhores resultados. Caso não seja possível, realizar a **coleta de fezes** dentro no período preconizado ou na situação 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 GAL e encaminhada ao Laboratório Central (LACEN/PA). O swab retal somente é recomendado em casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA) que foram a óbito antes da coleta adequada de fezes.

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

- 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 3-5 contatos próximos do caso de PFA. Esses contatos devem ter menos de 5 anos de idade e sem histórico de vacinação recente (nos últimos 30 dias) com vacina oral contra a poliomielite. (Recomendação vigente da OPAS).

➤ **CONSERVAÇÃO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE FEZES E DOCUMENTAÇÃO**

<b>POLIOVÍRUS E OUTROS ENTEROVÍRUS</b> Isolamento Viral/ Reação em Cadeia da Polimerase (PCR)	
<b>Preparo do Paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se aplica.</li> </ul>
<b>Amostra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>8 g de fezes</b> (ou 2/3 da capacidade do coletor universal tampa rosqueável);</li> <li>• De preferência coletar a partir do 1º dia do início da</li> </ul>
	<p>deficiência motora (fase aguda) até o 14º dia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo caso conhecido deverá ter uma amostra de fezes, 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.</li> <li>• <b>Swab retal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O swab retal somente é recomendado em casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA) que foram a óbito antes da coleta adequada de fezes.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Conservação e Transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Até 48h:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter sob refrigeração entre 2°C e 8°C;</li> <li>• Transportar em caixa térmica com gelo reciclável.</li> </ul> </li> <li>• <b>Após 48h:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Congelar a -20°C;</li> <li>• Transportar em caixa térmica com gelo seco.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Documentação Obrigatória</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requisição;</li> <li>• Ficha de investigação Paralisia Flácida Aguda / Poliomielite SINAN;</li> <li>• Cadastro no GAL.</li> </ul>
<b>Critério de Rejeição</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amostra mal acondicionada e/ou mal conservada;</li> <li>• Amostras coletadas e/ou enviadas fora do prazo oportuno de coleta e /ou envio;</li> <li>• Documentação obrigatória preenchida de forma incorreta.</li> </ul>
<b>Informações Importantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data dos primeiros sintomas;</li> <li>• Data da coleta;</li> <li>• Dados clínicos e epidemiológicos dos pacientes.</li> </ul>
<b>Tempo de Resultado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 dias, disponível via GAL (<i>Amostra enviada para laboratório de referência</i>).</li> </ul>

Fonte: LACEN/ PARÁ

➤ **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 e nas meningites, observa-se um aumento do número de células, com alterações bioquímicas.

#### ➤ **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: síndrome de Guillain-Barré, mielite transversa, meningite viral, meningoencefalite e outras enteroviroses (enterovírus 71 e coxsackievírus, especialmente do grupo A tipo 7). 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 sequela após 60 dias do início da deficiência motora.
- **Poliomielite associada à vacina (PAV)** – caso de PFA em que há isolamento de vírus vacinal na amostra de fezes e presença de sequela compatível com poliomielite, 60 dias após o início do déficit motor. **Há dois tipos:**
  - a- PFA, que se inicia entre 04 e 40 dias após o recebimento da vacina poliomieliteoral (atenuada), e que apresenta sequela neurológica compatível 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 4 a 85 dias após a exposição ao contato vacinado e o indivíduo apresenta sequela neurológica compatível com poliomielite 60 dias após o início do déficit motor.

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

- **Poliovírus derivado vacinal (PVDV):** caso de PFA com sequela 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 1,0% e igual ou superior a 0,6% para poliovírus tipo 2.
- **Poliomielite compatível:** caso de PFA que não teve coleta adequada na amostra de fezes e que apresentou sequela aos 60 dias ou evoluiu para óbito ou teve evolução clínica ignorada.
- **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.

**Considerando tais aspectos, é importante que os municípios estejam alerta para:**

## 5.2- NOTIFICAÇÃO

- **Notificar imediatamente** todos os casos de Paralisia Flácida Aguda - PFA, que apresentarem quadro de deficiência motora súbita e flácida em membros superiores e/ou inferiores, independente da hipótese diagnóstica à Secretaria Municipal de Saúde,

Regional de saúde e DIVEP- Divisão de Vigilância Epidemiológica – DEPI- Departamento de Epidemiologia (nível central) ou Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) pelos e-mails: [vigilancia.epidemiologica@sespa.pa.gov.br](mailto:vigilancia.epidemiologica@sespa.pa.gov.br) / [cievs@sespa.pa.gov.br](mailto:cievs@sespa.pa.gov.br) e **proceder a investigação em até 48 horas**, para obtenção de informações do caso;

- É necessário encaminhar além da notificação a cópia do cartão de vacinação, assim como 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**). A Ficha de Investigação de PFA 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. 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. 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;

- **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;
- **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 nível do SUS (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**

##### **➤ REVISITA 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, permanece 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. Ítem 74 a 80 da ficha de investigação.
- A Avaliação neurológica deveser 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.

## ➤ 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 e encerrar 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 (Difuldade de deambular e 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 deambular e ou força diminuída);
- Não descartar o caso em que o paciente apresentar sequela (dificuldade de deambular, 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 (cópia de prontuários, carteira de vacina, resultados de exames), para a vigilância Epidemiológica do Centro Regional de Saúde e Divisão de Vigilância Epidemiológica/ de Epidemiologia (SESPA), que enviará ao 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, deve realizar a busca ativa de casos de PFA **semanalmente**. Os formulários de busca ativa 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/Departamento de Epidemiologia - SESPA

### ➤ 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, reabilitação;

- Instituições ou líderes que recebem populações de risco (curandeiros tradicionais, clínicas de ONGs, provedores particulares/militares).

- **Qualidade da vigilância**

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

➤ **Passos para 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, ambulatórios com maior possibilidade de atender casos de PFA;
- Buscar os registros da unidade: Solicitar o registro dos pacientes (Prontuário eletrônico, fichas de atendimento) da unidade de interesse (pediatria, trauma, neurologia, reabilitação);
- Buscar casos de PFA nos registros da unidade: Procurar diagnósticos compatíveis com a definição de PFA (dificuldade de deambular, 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 mesmo 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;

## **5.6-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 paralisia flácida aguda, semanalmente (BRASIL, 2019)

## **6- MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE**

### **➤ PROTEÇÃO DA POPULAÇÃO**

A vacinação é a principal medida de prevenção da poliomielite. de modo que devem ser mantidas altas e homogêneas 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, mínimo de 30 dias. e uma dose de reforço com VIP aos 15 meses de idade (BRASIL, 2024).

Vale ressaltar que a criança deverá receber um reforço com VIP mesmo que tenha recebido o primeiro reforço com VOPb. O intervalo mínimo entre o primeiro reforço com VOPb e a dose de reforço com VIP é de trinta dias (excepcionalmente nesta situação) (BRASIL, 2024).

### **➤ 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.

- 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 1 reforço 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.

- 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.

- 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: A: 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). 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.

## ➤ **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.

## **7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 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. 3 v. : il.

- 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**

<b>Lista de Diagnóstico diferencial com Poliomielite e que devem ser investigados</b>	
<b>Os códigos são apresentados segundo nomenclatura do CID-10</b>	
<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>CID</b>
Poliomielite Aguda	A80
Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	I64
Amiotrofia nevrálgica	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 encefalomiелites 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 meningomiелite bacterianas não classificadas em outras partes	G04.2
Outras encefalites, mielites e encefalomiелites	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 encefalomiелites 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 paralytica não especificada (IGN)	G83.9
Tetraplegia flácida	G82.3
Traumatismo não especificado de membro superior nível não especificado	T 11.9
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	T 13.9
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  
2 Agravo/doença: PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE (Código CID10: A80.9) 3 Data da Notificação: / /  
4 UF: 6 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 - Hom 2 - Du 3 - Mês 4 - Anos 11 Sexo: M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado 12 Escolaridade: 1 - Não avaliado 2 - 1ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 2ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 4 - 3ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 5 - Ensino fundamental completo (antigo ginasial ou 1º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica 13 Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado

14 Número do Cartão SUS: 15 Nome da mãe: / /

**Dados de Referência 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 País (se residente fora do Brasil): / /

**Dados Complementares do Caso**

31 Data da 1ª Consulta: / / 32 Data da Investigação: / / 33 Tomou Vacina Contra Poliomielite: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 34 Número de doses validas: / /  
35 Data da Última Dose da Vacina: / / 36 Viagem 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: / /

**Sinais e Sintomas**

38 Sinais e Sintomas: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 39 Data Início da Def. Motora: / /  
Febre  Diaréia  Dores Musculares  Sint. Respiratórios   
Vômitos  Obstipação  Cefaléia  Outros: / /

**Deficiência Motora**

40 Deficiência Motora: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  
 Aguda  Flácida  Assimétrica  Progresso Após 3 Dias:  Ascendente  Descendente

**Força Muscular**

41 Força Muscular: 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9 - Ignorado 42 Localização: 1 - Distal 2 - Proximal 3 - Todo o membro 9 - Ignorado  
 MIE  MSE  MID  MSD  MIE  MSE  MID  MSD

**Comprometimento de**

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  
 Musculatura Respiratória  Musculatura Cervical  Face  MIE  MSE  MID  MSD  MIE  MSE  MID  MSD

**Tônus Muscular**

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

**Reflexos**

48 Reflexos: 1 - Diminuído 2 - Ausente 3 - Normal 4 - Aumentado 9 - Ignorado  
 Aquileo E  Aquileo D  Patelar E  Patelar D  Bicipital E  Bicipital D  Tripital E  Tripital D

**Dados Clínicos (Cont.)**

49 Reflexo Cutâneo Plantar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  
 Flexão E  Extensão E  Flexão D  Extensão D  
50 Sinais de Irritação Meningea: 1 - Ausente 2 - Presente 9 - Ignorado  
 Kernig  Rigidez de Nuca  Brudzinski

51 Contato ou ingestão de Substâncias Tóxicas (Agrotóxicos, Chumbo, Mercúrio, Medicamentos): 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 52 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha)

53 História de Injeção Intramuscular: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 54 Local de Aplicação: 1 - MIE 2 - MSE 3 - MID 4 - MSD 5 - Glúteo E 6 - Glúteo D

**Atendimento**

55 Hipótese Diagnóstica (Vide Tabela Anexa): 56 Ocorreu Hospitalização: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 57 Data da Internação: / /  
58 UF: 59 Município do Hospital: Código (IBGE): / /

**Dados de 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 <sup>3</sup>	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%
/ /	/	/	/	/	/
/ /	/	/	/	/	/

69 Data da Realização: / / 70 Diagnóstico Suggestivo de (tabela anexa):  
Eletroencefalografia: / /

71 Coletado Material Anatopatológico?: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  
 Cerebro  Medula  Intestino

72 Data da Coleta: / / 73 Resultado: 1 - Compatível com poliomielite 2 - Não compatível com poliomielite

**Evolução do Caso (Revisões)**

74 Data da Revisão: / / 75 Força Muscular: 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9 - Ignorado  
 MIE  MSE  MID  MSD  Musc. Cervical  Face

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  Tripital E  Tripital 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 - Clínico Epidemiológico 3 - Perda de Seguimento 4 - Óbito 5 - Evolução

84 Diagnóstico do Caso Descartado (vide tabela em anexo): 85 Evolução: 1 - Cura com sequela 2 - Cura sem sequela 3 - Óbito por PFAP/Pólio 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

86 Data do Óbito: / / 87 Data do Encerramento: / /

**Encerramento**

Município/Unidade de Saúde: / / Cód. da Unit. de Saúde: / /  
Nome: / / Função: / / Assinatura: / /  
PFA/Poliomielite Sinan NET SVS 08/10/2009

### ANEXO 3

#### Formulário de Busca ativa institucional de PFA- Preenchido pelo estabelecimento de Saúde



#### 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: ___/___/___ à ___/___/___		Busca realizada em: 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: zona Urbana \_\_\_\_\_ zona Rural \_\_\_\_\_ 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	Número total de casos de PFA encontrados na busca	Número de casos de PFA que já estavam notificados no sistema de vigilância	Número de casos encontrados que não estavam notificados	Dificuldades encontradas
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								

**Adriana Pimentel Veras**

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

**Daniele Monteiro Nunes**

Diretora do Departamento de Epidemiologia  
 DEPI/DVS/SESPA



## ASSINATURAS

Número do Protocolo: 2025/2734929

**Anexo/Sequencial:** 2

*Este documento foi assinado eletronicamente na forma do Art. 6º do Decreto Estadual Nº 2.176, de 12/09/2018.*

### **Assinatura(s) do Documento:**

**Assinado eletronicamente por:** Daniele Monteiro Nunes, **CPF:** \*\*\*.936.092-\*\*

**Em:** 28/05/2025 10:42:09

**Aut. Assinatura:** c05150e39a5e4aa4447339ec2d9a0ecfd61723a3872e948d87f367473b957d21

**Assinado eletronicamente por:** Adriana Pimentel Veras, **CPF:** \*\*\*.977.632-\*\*

**Em:** 31/05/2025 08:11:24

**Aut. Assinatura:** 5ff6c518adc7d73b6ef2e2df76690aa36f6bba945062dffa4b81c4ceb2b52490



**Identificador de autenticação:** 38be51c4-879d-45e9-8bcb-f0dba833e4d3

Confira a autenticidade deste documento em

<https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo>