

NOTA INFORMATIVA Nº 17/2026 - DVE/ CEVS/SES/RS

PARALISIA FÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE
ATUALIZAÇÕES FRENTE AO CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO ATUAL.

Atualizada em: 13/10/2026

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda, caracterizada por um quadro de paralisia motora que instala-se subitamente. Acomete, em geral, os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, sensibilidade preservada e arreflexia no segmento atingido.

O agente etiológico da poliomielite é o Poliovírus dos sorotipos 1, 2 e 3, pertencentes ao gênero Enterovirus, família Picornaviridae. Os poliovírus selvagens dos três sorotipos podem causar paralisia flácida. O poliovírus selvagem tipo 1 permanece circulando, o tipo 2 foi declarado erradicado em setembro de 2015 e o tipo 3 declarado erradicado em outubro de 2019.

Embora o último caso confirmado de poliomielite por Poliovírus Selvagem (PVS) no Rio Grande do Sul tenha ocorrido em 1983, no município de Santa Maria; no Brasil, em 1989, no município de Souza na Paraíba; e na Região das Américas em 1991, a ameaça continua. Apesar dos esforços para sua eliminação, no momento, em alguns países asiáticos, ainda existem crianças com paralisia permanente por este vírus. Como principal causa do risco de reintrodução da poliomielite nas Américas apontamos as baixas coberturas vacinais.

Tendo em vista a não circulação do Poliovírus Selvagem no Brasil, a Vigilância Epidemiológica (VE) da poliomielite em nosso país se dá por meio da Vigilância Epidemiológica da Paralisia Flácida Aguda (PFA). A PFA não é um diagnóstico, mas sim um sintoma de alerta.

O principal objetivo da Vigilância Epidemiológica das PFA é detectar precocemente a reintrodução do Poliovírus Selvagem e o surgimento do Poliovírus Derivado Vacinal (PVDV), através do monitoramento da ocorrência de casos de PFA e da manutenção de altas e homogêneas coberturas vacinais, cuja meta é 95%.

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.
- **ATENÇÃO:** deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação de poliovírus, ou contato 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.

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 da deficiência motora.
- **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 .

DESCARTADO:

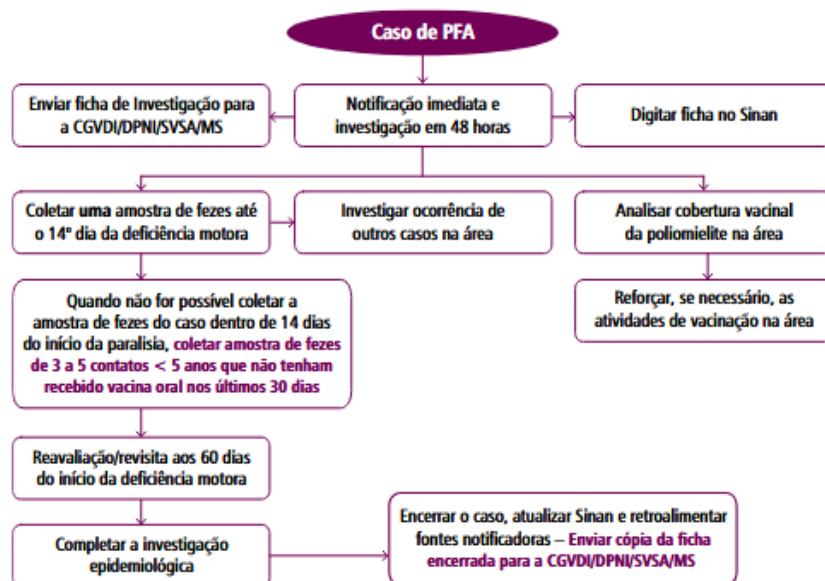
- Caso de PFA no qual não houve isolamento de poliovírus selvagem na amostra adequada de fezes, ou seja, amostra coletada até 14 dias do início da deficiência motora em quantidade e temperatura satisfatória.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL:

O isolamento do vírus é realizado a partir de amostra de fezes do caso ou de seus contatos coletada na fase aguda doença, ou seja, até o 14^º dia do déficit motor. A amostra de fezes deve conter de 4 a 8 gramas de fezes, armazenada em pote de plástico rígido com tampa de rosca bem fechado, mantida entre 4º a 8º C . O transporte da amostra deve ser realizado em caixa térmica com gelo reciclável, enviada o mais rápido possível. Não passar de 72h. A identificação da amostra é fundamental, devendo constar o nome paciente, doença a ser investigada, município, data coleta, natureza da amostra.

FLUXO DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE PFA/PÓLIO:

Por se tratar de uma Doença de Notificação Compulsória, todo caso de póliomielite deve ser notificado imediatamente e investigado, nas primeiras 48 horas após o seu conhecimento. O encerramento oportuno no Sinan se dá em até 60 dias após a notificação. Tendo em vista o momento epidemiológico, de risco para reintrodução da poliomielite em nosso país, há necessidade de revisita / reavaliação de todos os casos suspeitos de PFA/PÓLIO notificados. A revisita / reavaliação clínica faz parte do processo de investigação, deve ser realizada por volta dos 60 dias após o início do déficit motor e tem por objetivo acompanhar a evolução clínica do caso, principalmente quanto a condição motora.



Fonte: DPNI/SVSA/MS.

INDICADORES DE QUALIDADE DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PFA/PÓLIO:

O monitoramento da qualidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica da PFA/PÓLIO 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.

Tabela 01: Indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica de PFA/PÓLIO.Rio Grande do Sul.2007 a 2025:

RS	Pop 0 a 14 anos	Nº Casos Esperados	Nº Casos Notificados	Taxa de Notificação	Investigação Oportuna	Coleta Oportuna	Notificação Negativa
META				1 caso/100mil hab<15anos	80%	80%	80%
2007	2.533.013	25	25	1,0	96%	68%	90%
2008	2.497.196	25	26	1,1	92%	58%	90%
2009	2.459.194	25	18	0,8	100%	67%	82%
2010	2.419.516	24	26	1,2	96%	62%	93%
2011	2.378.883	24	17	0,8	94%	53%	94%
2012	2.245.550	22	28	1,2	100%	82%	94%
2013	2.206.872	22	27	1,2	89%	70%	94%
2014	2.173.737	22	25	1,2	92%	50%	92%
2015	2.148.852	21	29	1,3	88%	48%	95%
2016	2.123.805	21	42	2,0	98%	71%	95%
2017	2.106.970	21	22	1,0	100%	64%	80%
2018	2.096.650	21	28	1,3	100%	64%	80%
2019	2.086.503	21	34	1,6	91%	68%	84%
2020	2.075.850	21	12	0,6	100%	83%	63%
2021	2.070.237	21	15	0,7	93%	53%	65%
2022	2.070.237	21	30	1,4	97%	64%	67%
2023	2.073.244	20,7	26	1,3	92,3%	65,4%	60,4%
2023	1.801.024	18,0	26	1,4	92,3%	65,4%	60,4%
2024	2.074.129	20,0	29	1,4	96,5%	72,4%	63,2%
2025	1.906.510	19,0	34	1,8	92,0%	68,0%	67,8%

Fonte: DVE/CEVS/SES

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA POLIOMIELITE:

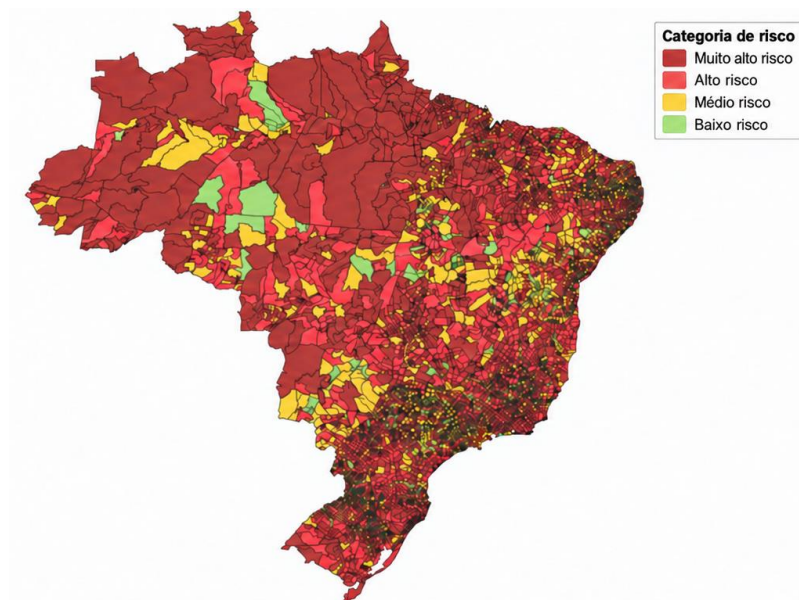
Casos de poliomielite pelo vírus selvagem diminuíram substancialmente quando, em 1988, governantes de todos os países se comprometeram com a *Iniciativa para Eliminação Global da Pólio* proposta pela *Organização Mundial de Saúde (OMS)*. Dessa forma, a incidência da doença foi reduzida em mais de 99% e o número de países com pólio endêmica foi reduzido para 2 países o Afeganistão e o Paquistão.

Nas Américas, em agosto de 2024, uma amostra ambiental coletada em Caiena, Guiana Francesa, foi positiva para o poliovírus tipo 3 derivado da vacina (VDPV3). Este fato associado ao fluxo internacional de viajantes e a cobertura vacinal abaixo da meta recomendada coloca as Américas em constante alerta para reintrodução da Poliomielite no continente.

O Brasil não detecta casos da doença pelo vírus selvagem há 30 anos e recebeu o certificado de eliminação em 1989, graças às sucessivas campanhas de vacinação. Entre 1968 e 1989, o Brasil contabilizou mais de 26 mil casos de poliomielite, de acordo com os dados do Ministério da Saúde. Embora existissem projetos municipais e estaduais para vacinação das crianças contra esse vírus, a primeira *Campanha Nacional de Imunização Contra a Poliomielite* foi lançada oficialmente em 1980, em consonância com um esforço mundial para a eliminação dessa doença, que está em curso até hoje. Não há relato de casos importados de Paralisia Flácida Aguda (PFA) pelo poliovírus no Brasil, que mantém compromissos internacionais assumidos para a eliminação da poliomielite com ações realizadas pelos três níveis de gestão (municípios, estados e União) e tem envidado esforços para o cumprimento dos mesmos.

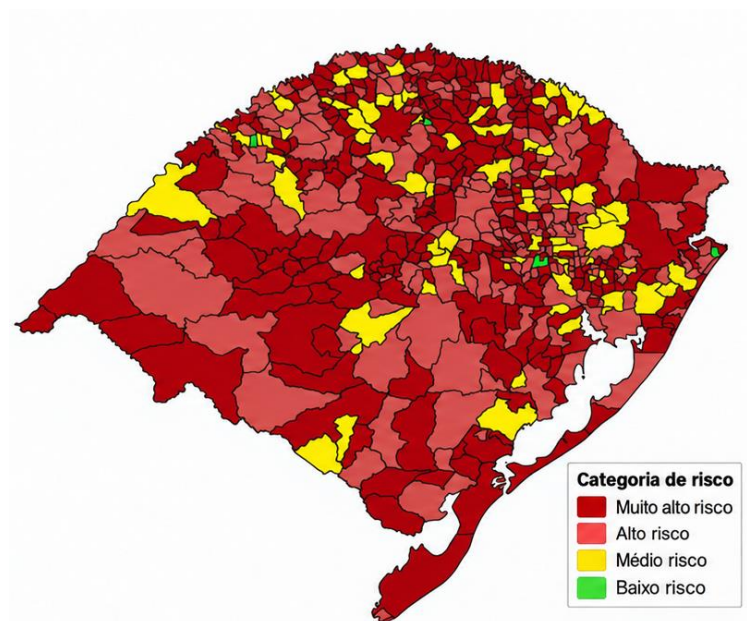
Anualmente, o Brasil e os estados realizam análise de risco para reintrodução do Poliovírus Selvagem (PVS) e surgimento do Poliovírus Derivado Vacinal (PVDV) por meio de metodologia proposta pela OMS/OPAS. Essa metodologia considera quatro componentes (Imunidade, que possui o maior peso, Vigilância Epidemiológica, Determinantes, que se referem ao acesso aos serviços básicos de água e esgoto, e casos e surtos de doenças imunopreveníveis). O Brasil encontra-se em alto risco (análise de desempenho referente ao ano de 2025) para reintrodução do PVS e surgimento do PVDV. No Rio Grande do Sul, mais de 70 % dos municípios estão em muito alto ou alto risco para reintrodução, conforme mapa a seguir:

Mapa 01: Análise de risco para reintrodução da Poliomielite. Brasil. 2025.



Fonte: Organização Pan-americana da Saúde, Metodologia de Análise de Risco, 2025

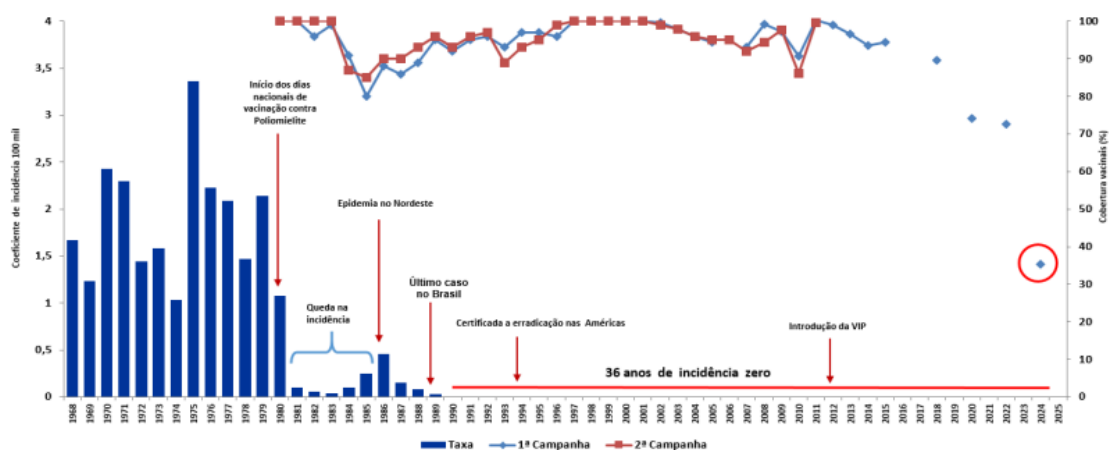
Mapa 02: Análise de risco para reintrodução da Poliomielite. Rio Grande do Sul. 2025.



Fonte: Organização Pan-americana da Saúde, Metodologia de Análise de Risco, 2025

Todo o contexto epidemiológico apresentado destaca a importância de se manter a cobertura vacinal contra a poliomielite elevada e homogênea para minimizar o risco de circulação do poliovírus e a ocorrência de casos de poliomielite. Também se faz necessário manter os sistemas de vigilância sensíveis para a detecção oportuna de uma importação de poliovírus selvagem e ou poliovírus derivado vacinal.

Gráfico 01: Coeficiente de incidência de PÓLIO e Cobertura Vacinal em Campanhas. Brasil. 1968-2025.



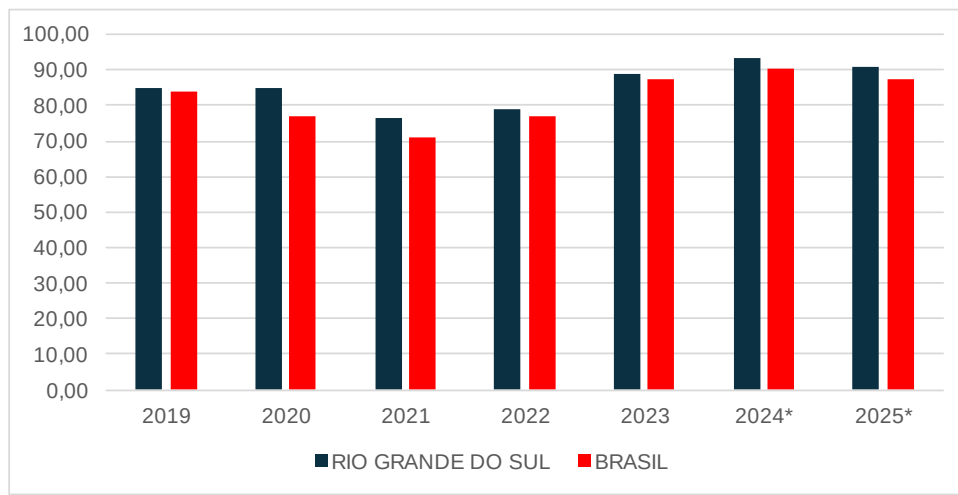
Fonte: CGVDI/SVS/MS Acesso em 24/03/2026

A situação epidemiológica da poliomielite no mundo está disponível no site: <https://polioeradication.org/polio-today/>.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE – IMUNIZAÇÃO:

A vacinação é a principal medida de prevenção da poliomielite, ocorre pela manutenção de elevadas coberturas vacinais na rotina e campanhas. O Brasil tem implementado estratégias que orientam as ações de prevenção e controle, como a vacinação de rotina e as 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). Deve ainda ser administrado dois reforços (VIP) aos 15 meses e 04 anos de idade.

Gráfico 02: Cobertura Vacinal. Vacina contra Poliomielite. Brasil e Rio Grande do Sul. 2019 a 2025.



Fonte: 2019 a 2022 TABNET e 2023 a 2025 Localiza SUS. Gerado em 24/03/2026. *2024 e 2025 Dados parciais

ATENÇÃO: Enquanto houver circulação do poliovírus em algum lugar do mundo, há necessidade de monitorar os casos de paralisia flácida aguda (PFA) em menores de 15 anos de idade. Devido ao risco de reintrodução da poliomielite no Brasil.

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*. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. *Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação* – 2.ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

-PORTARIA GM/MS Nº 11.211, DE 13 DE MAIO DE 2026. *Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional*.

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. *Diretrizes para resposta a um evento de detecção de poliovírus e um surto de poliomielite: estratégia do Brasil* / Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

-NOTA INFORMATIVA Nº 315/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS . 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.

-NOTA TÉCNICA Nº 3/2025/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA. Orientações e atualização das atividades de Vigilância epidemiológica em Portos, Aeroportos e Fronteiras em resposta a Emergência de Saúde. Pública de Importância Internacional relacionada a Poliomielite.

-[hps://polioeradicaon.org/](https://polioeradicaon.org/) . Acesso em 01/10/2026.