



NOTA TÉCNICA Nº 32/2025/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA

Processo nº 25351.912546/2023-51

Orientações e atualização das atividades de vigilância epidemiológica da Poliomielite para Portos, Aeroportos e Fronteiras frente à Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

1. RELATÓRIO

Em 1º de outubro de 2025, na 43ª reunião do Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), concluiu-se por unanimidade que o risco de disseminação internacional do poliovírus continua a constituir uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), sendo orientada a prorrogação das recomendações temporárias por mais três meses. No entanto, o Comitê, após uma análise minuciosa da situação epidemiológica e programática, concluiu unanimemente que o evento não constitui uma emergência pandêmica. (WHO,2025).

Em 11/11/2025, foi comunicada a detecção do poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1), que circula atualmente apenas no Afeganistão e no Paquistão, em uma amostra de águas residuais em Hamburgo, Alemanha. A sequência genômica do vírus isolado mostrou forte semelhança com um agrupamento genético detectado no Afeganistão. Relatos anteriores apontaram a circulação do poliovírus derivado da vacina tipo 2 (cVDPV2) em amostras de águas residuais de diversas localidades na Alemanha desde 2024, até então não relacionadas a esta detecção de WPV1. (Sumário Executivo CME SE 46, de 09/11/2025 a 15/11/2025).

Em 12/11/2025, a forma selvagem do vírus da polio foi encontrada em uma amostra de esgoto em Hamburgo, na Alemanha. Esta é a primeira vez que o poliovírus tipo 1 é detectado na Europa desde 2010. No entanto, o risco para a população é considerado muito baixo devido às altas taxas de vacinação e devido à detecção ter ocorrido de forma isolada em águas residuais, como também não houve relatos de infecção no país. (WHO, 2025).

Em 21/11/2025, a Indonésia encerrou oficialmente o surto de poliovírus tipo 2, que surgiu por consequência de anos de baixa cobertura vacinal contra a poliomielite. Quase 60 milhões de doses adicionais da vacina contra a poliomielite foram administradas a crianças durante a resposta à epidemia. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o fim do surto em 19 de novembro de 2025. (WHO, 2025).

2. ANÁLISE

No início do século XX, a poliomielite (do grego *polio* = cinza e *myelos* = medula ou da medula espinhal), comumente chamada de pólio ou paralisia infantil, era uma das doenças mais temidas nos países industrializados, paralisando centenas de milhares de crianças todos os anos. Logo após a introdução de vacinas eficazes nas décadas de 1950 e 1960, no entanto, a poliomielite foi controlada e praticamente eliminada como problema de saúde pública nesses países. Demorou um pouco mais para que a poliomielite fosse reconhecida como um problema grave nos países em desenvolvimento. Levantamentos sobre claudicação (movimento de arrastar de uma perna por não ter firmeza), realizados na década de 1970, revelaram que a doença também era prevalente nesses países. Como resultado, durante a década de 1970, a vacinação de rotina foi introduzida mundialmente como parte dos programas nacionais de imunização, ajudando a controlar a doença em muitos países em desenvolvimento. (WHO,2020).

Apesar de afetar principalmente crianças menores de 5 anos de idade, qualquer pessoa independente da idade que não esteja vacinada pode contrair a doença. Ela invade o sistema nervoso e pode causar paralisia total em questão de horas. O vírus é transmitido de pessoa para pessoa, principalmente pela via fecal-oral ou, menos frequentemente, por um veículo comum (por exemplo, água ou alimentos contaminados) e se multiplica no intestino. Os sintomas iniciais são febre, fadiga, dor de cabeça, vômitos, rigidez na nuca e dor nos membros. Uma em cada 200 infecções leva à paralisia irreversível (geralmente nas pernas). Entre os paralisados, 5 a 10% morrem quando seus músculos respiratórios ficam imobilizados. Não há cura para a poliomielite, ela só pode ser prevenida por meio da vacina, administrada em múltiplas doses, pode proteger uma criança por toda a vida. (WHO,2025).

O período de incubação ocorre entre 7 a 12 dias, podendo variar de 2 a 30 dias. O período de transmissibilidade pode ocorrer antes do aparecimento das manifestações clínicas. O vírus é encontrado nas secreções de orofaringe 36 a 72 horas após a infecção, e 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 nos indivíduos reinfetados a eliminação do vírus ocorre em menor quantidade por períodos mais reduzidos. (BRASIL, 2024).

Tem como agente etiológico o poliovírus, que pertence à família *Picornaviridae* e ao gênero *Enterovirus*. Três sorotipos foram identificados, designados 1, 2 e 3. O vírus coloniza o trato gastrointestinal e infecta apenas humanos, causando a pólio. A via de transmissão mais comum é a fecal-oral: o vírus é eliminado nas fezes de uma pessoa infectada e pode contaminar água, alimentos e mãos. Se outra pessoa ingerir água ou alimentos contaminados ou levar as mãos sujas à boca, pode se infectar facilmente. Menos frequentemente, a transmissão ocorre pela via oral-oral: através da saliva (por exemplo, pelo compartilhamento de utensílios). Raramente, pode ocorrer por transmissão direta: o contato próximo com uma pessoa infectada, especialmente em locais lotados ou com higiene precária, o que facilita a disseminação do vírus. É um vírus resistente que pode permanecer em águas residuais e fezes por até 30 dias sem perder a viabilidade. Possui alta capacidade de replicação e pode ser transmitido por pessoas assintomáticas. Até 95% das pessoas infectadas não apresentam sintomas, mas podem disseminar o vírus e infectar outras pessoas sem saber. Na maioria dos casos, o sistema imunológico neutraliza o vírus nessa fase, de modo que a infecção permanece assintomática ou causa apenas sintomas leves. No entanto, em alguns casos, o vírus continua a se replicar e ocorre uma segunda viremia, que pode coincidir com sintomas inespecíficos (febre, mal-estar, dores musculares). Apenas em uma pequena proporção de indivíduos infectados (1% a 5%) o vírus atravessa a barreira hematoencefálica e atinge o sistema nervoso central, onde pode danificar os neurônios motores e causar paralisia flácida aguda de gravidade variável. (TUELLS et HURTADO-SÁNCHEZ, 2025).

Em geral, o vírus dissemina-se mais facilmente em zonas densamente habitadas, portanto, nas áreas urbanas, afetando com enorme frequência as crianças e adultos que não dispõem de anticorpos protetores. Embora atinja mais frequentemente lactentes e crianças pequenas, o risco de formas paralíticas é maior para crianças na primeira e na segunda infância. Uma das maiores dificuldades para bloquear a disseminação desse vírus reside no fato de que uma grande porcentagem das infecções é subclínica, motivo pelo qual o vírus dissemina-se muito rapidamente. (UNICEF/WHO, 2025).

A forma de poliomielite epidêmica, ocorre na situação dos países com circulação intermitente do vírus da pólio, nos quais o vírus é reintroduzido por viajantes provenientes de países com endemia de poliomielite. Assim, surtos de poliomielite ocorreram em países aparentemente livres do vírus selvagem e sem casos por muitos anos. Já na poliomielite endêmica, ocorre na situação em países onde a circulação do vírus é permanente, infectando continuamente toda a comunidade. Quando ocorrem casos na comunidade, muitas vezes podem passar despercebidos, em razão da elevada taxa de mortalidade infantil. Atualmente, apenas os países Afeganistão e Paquistão apresentam-se endêmicos para a poliomielite. Esta situação ocorre devido a baixas coberturas vacinais, diminuição da eficácia da Vacina Oral contra Poliomielite - VOP (deficiência na cadeia de frio, interferência com outros vírus entéricos, altos níveis de anticorpos e outras causas não totalmente definidas). Isso é compatível com os baixos níveis de soroconversão, mesmo quando tenham sido aplicadas três doses de vacina antipólio oral. (SÃO PAULO,2025).

A Paralisia Flácida Aguda (PFA) caracteriza-se por ausência de reflexos, redução de tônus muscular, espasmos musculares e pode gerar atrofia muscular. Sua causa de maior importância em saúde pública é a poliomielite. No Brasil, a circulação do vírus selvagem não ocorre desde 1990, certificando sua eliminação em 1994 pela Organização Pan-Americana da Saúde. Considerando que a doença não está erradicada do globo, que o Brasil hoje é considerado um país de muito alto risco para surtos, e a queda nas coberturas vacinais, há necessidade de fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica das PFA. Ainda que exista vigilância estruturada com capacidade de detecção e notificação oportuna de casos suspeitos, mantêm-se os desafios para coleta apropriada de amostras

biológicas para pesquisa do poliovírus. Ademais, grande número de casos de PFA não é investigado para outros agentes e não recebe seguimento ambulatorial. Essa análise destaca a necessidade de aprimorar os fluxos operacionais e ferramentas vigentes de vigilância de PFA, garantindo adoção de medidas oportunas para manter a poliomielite como doença eliminada no país. (LIMA et al., 2023).

2.1. Cenário epidemiológico das Paralisias Flácidas Agudas/Poliomielite

Os casos de poliovírus selvagem diminuíram mais de 99% desde 1988, passando de uma estimativa de 350.000 casos em mais de 125 países endêmicos para apenas 6 casos notificados em 2021. Das três cepas de poliovírus selvagem (tipo 1, tipo 2 e tipo 3), o poliovírus selvagem tipo 2 foi erradicado em 1999, e o poliovírus selvagem tipo 3, em 2020. Em 2022, o poliovírus selvagem tipo 1 ainda persistia em dois países: Paquistão e Afeganistão. (WHO,2025).

Em 1994, a Região das Américas da OMS foi certificada como livre da poliomielite, seguida pela Região do Pacífico Ocidental da OMS em 2000, e pela Região Europeia da OMS em junho de 2002. Em 27 de março de 2014, a Região do Sudeste Asiático da OMS foi certificada como livre da poliomielite, o que significa que a transmissão do poliovírus selvagem foi interrompida neste bloco de 11 países que se estende da Indonésia à Índia. Em 2020, a África tornou-se a quinta região a ser certificada como livre do poliovírus selvagem. (WHO,2025).

Desde a última reunião do Comitê de Emergência para o Controle da Poliomielite, em 18 de junho de 2025, 15 novos casos de WPV1 foram relatados nos dois países endêmicos, Afeganistão (2 casos) e Paquistão (13 casos). Em 2025 (até 17 de setembro), 28 casos de WPV1 foram relatados: 4 no Afeganistão e 24 no Paquistão. Assim, verifica-se uma redução em relação aos 99 casos de WPV1 relatados em todo o ano de 2024. Para a vigilância ambiental, um total de 443 amostras positivas para WPV1 foram relatadas até o momento em 2025 (53 do Afeganistão e 390 do Paquistão), em comparação com 741 amostras positivas relatadas durante todo o ano de 2024 (113 do Afeganistão e 628 do Paquistão). Os dados disponíveis indicam que a transmissão global do WPV1 permanece geograficamente confinada aos dois países endêmicos. No entanto, durante 2024 e 2025, houve disseminação geográfica, juntamente com transmissão contínua nas principais áreas de reservatório em ambos os países endêmicos. (WHO,2025).

A situação no Brasil em 2025 mantém-se sem nenhum caso de pólio (selvagem ou derivado) detectado. Porém, o país apresenta risco elevado, segundo a OMS e o Ministério da Saúde, devido à cobertura vacinal abaixo da meta (≥95%), à queda histórica de imunização desde 2016 e à grande circulação internacional. Por isso, o país vem reforçando as campanhas de vacinação que foram retomadas nos últimos anos. (BRASIL, 2025).

É possível acompanhar as informações oficiais da situação de países com casos da vírus selvagem e derivado, bem como a situação vacinal, na internet no endereço <https://polioeradication.org/>

2.2. Vigilância epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas/Poliomielites no Brasil

A Lei 9.782/99 que criou a Anvisa, estabeleceu como competência, dentre outras, em seu Art. 7º, §3º, que "as atividades de vigilância epidemiológica e de controle de vetores relativas a portos, aeroportos e fronteiras, serão executadas pela Agência, sob orientação técnica e normativa do Ministério da Saúde."

Por sua vez, a Lei nº 6.259/75 que organiza as ações de Vigilância Epidemiológica, estabelece que:

Art 7º São de notificação compulsória às autoridades sanitárias os casos suspeitos ou confirmados:

- I - de doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional.
- II - de doenças constantes de relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada Unidade da Federação, a ser atualizada periodicamente.

Finalmente, a 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, atualizada pela Portaria GM/MS nº 5.201, de 15/08/2024, estabelece que é de notificação compulsória imediata (até 24 horas) aos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal), casos suspeitos e confirmados de Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda (CID-10 : A80).

A notificação deve ser enviada ao órgão de vigilância epidemiológica para registro no Sistema Nacional de Agravos de Notificação, o SINAN, por meio do preenchimento e do envio da Ficha de Investigação disponível na internet no endereço <https://portalsinan.saude.gov.br/paralisia-flacida-aguda-poliomielite>

Além disso, todo caso suspeito de Poliomielite Associada à Vacina (PAV) e/ou Poliovírus Derivado Vacinal (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 realizada diretamente no e-SUS Notifica, disponível na internet no endereço <https://notifica.saude.gov.br>. 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.

Casos suspeitos de Paralisia Flácida Aguda são um Evento de Saúde Pública e devem ser comunicados para o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) Nacional pelos canais:

- E-mail: notifica@saude.gov.br
- Telefone: 0800.644.6645

O Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2024), para fins de vigilância epidemiológica, traz os seguintes critérios para definições de caso de Poliomielite:

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 "aguda, 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.

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 da deficiência motora. Há dois tipos:
 - PFA, que se inicia entre 4 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;
 - caso de poliomielite associado à vacina por contato: PFA que surge após contato com criança que tenha recebido vacina oral poliomielite (VOP) até 40 dias antes. A paralisia surge de 4 a 85 dias após a exposição ao contato vacinado e o indivíduo apresenta sequelas neurológicas compatíveis com poliomielite 60 dias após o déficit motor.

Observação: em qualquer das situações anteriores, 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 1,0% 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 sequelas aos 60 dias ou evoluiu para óbito ou teve evolução clínica ignorada.

DESCARTADO

- 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 que a poliomielite representa uma grave ameaça à saúde pública e que a cobertura vacinal no Brasil tem enfrentado desafios significativos, recentes estudos têm mostrado a evolução da vacinação contra a poliomielite nas diferentes regiões do país, e os resultados mostram uma queda alarmante na cobertura vacinal, especialmente entre 2020 e 2021, quando a taxa caiu para 71,04%, com a região Norte apresentando a menor cobertura, apenas 62,29%. Essa diminuição pode ser atribuída a diversos fatores, como a reorientação dos serviços de saúde em resposta à pandemia de COVID-19, bem como à insegurança econômica e à hesitação vacinal exacerbada pela desinformação nas redes sociais. Além disso, o recente ressurgimento de casos de poliomielite em países como Estados Unidos e Peru destaca a urgência em manter altas taxas de vacinação. Dessa forma, é imperativo reforçar as campanhas de vacinação e implementar estratégias educativas que promovam a conscientização da população. A vigilância epidemiológica contínua e o engajamento da comunidade são essenciais para preservar os avanços na erradicação da poliomielite no Brasil e garantir a proteção da saúde infantil. (DATORE *et al*, 2025).

2.3. Vigilância epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas/Poliomielite em portos e aeroportos

A Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 932, de 10 de outubro de 2024, estabeleceu responsabilidades para administradores de portos, aeroportos e plataformas de petróleo, bem como para operadores de meios de transporte aquaviários e aéreos, considerando instrumentos e operações preconizadas pelo Regulamento Sanitário Internacional. Nesse intuito a referida RDC definiu, em síntese, que portos, aeroportos e plataformas de petróleo devem manter planos de contingência e atuar no gerenciamento de Eventos de Saúde Pública (ESP). Ao mesmo tempo, a norma estabelece a avaliação do cenário epidemiológico para indicação de medidas de saúde temporárias.

2.3.1. Avaliação de riscos para a saúde pública relacionados à Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda: implicações para portos e aeroportos

Embora a transição do Brasil para um esquema exclusivo com a Vacina Inativada Poliomilite - VIP represente um avanço significativo na segurança das vacinas, ela ocorre em um cenário nacional profundamente preocupante: uma queda sustentada e dramática na cobertura vacinal infantil. O Programa Nacional de Imunizações - PNI, por muito tempo considerado um modelo para o mundo, enfrenta desafios sem precedentes desde meados da década de 2010, levando a uma perigosa erosão da imunidade populacional contra uma série de doenças preveníveis por vacinação, incluindo a poliomielite (BRASIL,2025).

Em 2025, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) classificou a maioria dos países das Américas como em risco alto ou muito alto para a circulação de poliovírus (incluindo o Brasil), devido às baixas coberturas vacinais e lacunas na vigilância epidemiológica. Embora a região esteja certificada como livre do poliovírus selvagem desde 1994, a ameaça de reintrodução é real. (PAHO/OPAS,2025).

A vacina da Poliomielite apresentou, nos anos de 2014 e 2015, média de vacinação acima da meta prevista pelo MS, de 95,0%. A partir de 2016, observou-se queda, atingindo o declínio máximo em 2021. A partir de 2022, a cobertura apresenta padrão ascendente, embora ainda não tenha alcançado a meta. Esses achados identificaram uma redução expressiva da cobertura ao longo dos anos. Os índices atingiram a meta de 95,0%, em 2012 e 2013, mantendo-se estáveis em 2014 e 2015, mas apresentaram queda acentuada a partir de 2016, atingindo apenas 62,0% em 2021. O índice continuou em declínio após 2016, alcançando 76,0% em 2020. Dessa forma, fica evidente que a redução da cobertura vacinal contra a poliomielite vai além de um simples declínio estatístico, configurando um fenômeno de grande impacto epidemiológico. A continuidade desse cenário enfraquece a imunidade coletiva e favorece a reintrodução da doença na sociedade. (CASTILHO, BM *et al*. 2025).

As estratégias de erradicação da pólio são eficazes se aplicadas de forma integral. Isso é claramente demonstrado pelo sucesso da Índia na eliminação da pólio, em janeiro de 2011, em um lugar que poderia ser tecnicamente considerado o mais desafiador, e pela certificação de toda a Região do Sudeste Asiático da OMS como livre da pólio, em março de 2014. A falha na implementação de abordagens estratégicas, no entanto, levará à transmissão contínua do vírus. A transmissão endêmica continua no Afeganistão, na Nigéria e no Paquistão. A falta de sucesso em interromper a pólio nessas áreas remanescentes pode resultar em até 200 mil novos casos a cada ano, dentro de 10 anos, no mundo. (PAHO,2025).

Com o objetivo principal de fortalecer e dar continuidade ao PNI, e por consequência, proporcionar uma melhor cobertura vacinal, o Ministério da Saúde lançou em 1º de outubro de 2025, a Campanha Nacional de Multivacinação voltada para o público de até 15 anos de idade, ação que foi realizada como o "Dia D" de mobilização, incluindo a vacinação contra a Poliomielite. (BRASIL,2025).

A eliminação do risco de poliomielite paralisia associada à vacina através da cessação da VOP é uma conquista marcante de saúde pública para o Brasil. No entanto, o benefício total dessa estratégia de vacinação mais segura depende inteiramente da capacidade do Programa Nacional de Imunizações de reverter as tendências recentes de queda nas taxas de imunização e de reconstruir e sustentar altos níveis de imunidade populacional. Sem alcançar uma cobertura quase universal com o esquema VIP, a mudança de política, embora removendo um pequeno risco interno, poderia inadvertidamente ampliar a vulnerabilidade da nação à ameaça muito maior de um surto em grande escala alimentado por um poliovírus importado. (RODRIGUES *et al*, 2025).

Portanto, apesar de não ter casos, o Brasil é considerado de **risco elevado**, principalmente por três motivos chave:

- Baixa cobertura vacinal, uma vez que a meta é ≥95% para todas as doses; e nos últimos anos, o Brasil ficou entre 70% e 80%, dependendo do estado;
- Dados de vigilância ambiental limitados, pois apesar de o país monitorar águas residuais, a cobertura ainda não é considerada ideal; e
- Forte circulação internacional em grandes centros urbanos, aumentando o risco de importação do vírus. (ISI, 2023).

Considerando que o Brasil não possui voos diretos para os países endêmicos (Paquistão e Afeganistão), como também é limitado o fluxo internacional de viajantes desses países, estima-se que permaneça baixo o risco da importação de casos.

Apesar de existirem eventuais discordâncias acerca da real condição de risco (moderado, alto ou baixo) de introdução do poliovírus por portos ou aeroportos no país, as Coordenações de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras (CVPAFs) nos estados deverão estar atentas e aptas a identificar casos suspeitos e apoiar o rastreamento de potenciais casos identificados em serviços de saúde para a adoção de vigilância síndrômica aos casos suspeitos visando a adoção de medidas urgentes de contenção e monitoramento, além da Notificação compulsória em 24 horas.

Portanto, conforme o atual cenário mundial, não há medidas de saúde específicas para Portos, Aeroportos e Fronteiras (PAF) no momento, sendo que a estratégia principal a ser preconizada baseia-se na preparação e na vigilância de casos.

2.3.2. Medidas de saúde para portos e aeroportos

Frente ao cenário epidemiológico atual, **não são indicadas medidas de saúde temporárias para portos e aeroportos.**

Considerando a necessidade de manter a capacidade de vigilância epidemiológica nos portos e aeroportos, orienta-se aos administradores:

- Manter atualizado Plano de Contingência, revisando protocolos e procedimentos para casos suspeitos, prováveis, confirmados e em investigação laboratorial;
- Divulgar as definições de caso aos serviços de saúde atuantes nos portos e aeroportos, assim como os vinculados às empresas atuantes nesses locais;
- Ao detectar caso suspeito de Poliomielite, realizar avaliação do risco, e acionar a autoridade competente para avaliar a ativação do Plano de Contingência do Porto ou do Aeroporto;
- Avaliar necessidade de capacitação/reciclagem dos trabalhadores envolvidos no fluxo de resposta quanto ao uso indicado de EPIs, realização de PLD e gerenciamento de resíduos sólidos; e

- É indicado isolamento entérico para casos suspeitos de PFA, como uso de vasos sanitários exclusivos, descarte das fezes em rede de esgoto além de desinfecção de materiais contaminados, por seis semanas durante o período de transmissibilidade.

2.3.3. Orientação a viajantes

No momento atual não é indicado divulgação de materiais informativos relativo a Poliomielite/PFA.

Informações atualizadas sobre doenças que fazem parte das PFA podem ser obtidas na internet no portal do Ministério da Saúde nos endereços:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/poliomielite>

3. CONCLUSÃO

A OMS vem esforçadamente insistindo na cooperação interinstitucional para a manutenção da vigilância global e medidas preventivas para a efetivação do controle da pólio. Considerando o atual momento epidemiológico de ocorrência de novos surtos, foi sugerida a manutenção da ESPII conforme reunião do comitê de emergência da OMS.

O objetivo principal da Vigilância Epidemiológica é manter a poliomielite erradicada. Para tanto, segue diretrizes internacionais propostas pela OMS e adotadas pelo Ministério da Saúde. Os objetivos específicos incluem identificação, notificação e investigação imediata de todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica, assim como suspeita diagnóstica de poliomielite em indivíduos de qualquer idade; detecção e análise oportuna de surtos de PFA/pólio, de modo a aplicar com rapidez as medidas de controle; acompanhamento e avaliação de tendências das PFA e identificação precoce de casos importados ou autóctones de poliomielite.

A erradicação da poliomielite exige esforço mundial para bloquear a transmissão desse vírus altamente contagioso e, por isso, a necessidade de uma vigilância epidemiológica sensível é primordial.

Atualmente, considerando o cenário de eventuais chegadas no Brasil de refugiados ou repatriados advindos de países com circulação de poliovírus, seja derivado vacinal e/ou selvagem, é importante aumentar a sensibilidade da rede para a possível detecção de caso de poliomielite, visto que é sabido que a maioria dos casos é assintomático.

A Anvisa, juntamente com as ações do Ministério da Saúde estão atentos e atualizarão, continuamente, a evolução do cenário epidemiológico na hipótese de modificações das medidas de saúde a serem adotadas em portos e aeroportos.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 1 – 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view> Acessado em: 03/12/2025.

BRASIL, 2025. Ministério da Saúde lança campanha nacional de vacinação para proteção de crianças e adolescentes de até 15 anos de idade. 1º outubro de 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/outubro/ministerio-da-saude-lanca-campanha-nacional-de-vacinacao-para-protecao-de-criancas-e-adolescentes-de-ate-15-anos-de-idade>. Acessado em: 03/12/2025.

CASTILHO, BM *et al.* 2025. Análise da cobertura vacinal infantil entre os anos 2014 a 2024 e seu impacto na saúde pública. Contribuciones a Las Ciencias Sociales, v.18, n.12, p. 01-23, 2025. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/22579/12905>. Acessado em: 03/12/2025.

DATORE, LS. *et al.* 2025. Análise epidemiológica da cobertura vacinal contra poliomielite nas regiões do Brasil na última década. Brazilian Journal of Health Review. Vol. 8 No. 1 (2025). Disponível em <https://doi.org/10.34119/bjhrv8n1-127>. Acessado em: 03/12/2025.

ISI, 2023. International Symposium on Immunobiologicals 78. ed. In: Brasil como segundo país das Américas com mais risco de volta da poliomielite Disponível em <https://www.apm.org.br/pesquisadores-apontam-alto-risco-de-volta-da-poliomielite-no-brasil>. Acessado em: 03/12/2025.

LIMA, L. N. *et al.* Vigilância das paralisias flácidas agudas como ação de enfrentamento da poliomielite. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 27, 100844, 2023. Disponível em: <https://www.bjid.org.br/en-vigilancia-das-paralisias-flacidas-agudas-articulo-S1413867023008449>. Acessado em: 03/12/2025.

PAHO, 2025. Poliomielite. *Oportunidade e riscos: uma abordagem emergencial*. Disponível em : <https://www.paho.org/pt/topicos/poliomielite>. Acessado em: 03/12/2025.

PAHO/OPAS, 2025. 19th meeting of the Regional Commission for Certification of Polio Eradication in the Region of the Americas (RCC). 1 Aug 2025. Disponível em : [https://www.paho.org/en/news/1-8-2025-19th-meeting-regional-commission-certification-polio-eradication-region-americas-0#:~:text=the%20Americas%20\(RCC\),19th%20meeting%20of%20the%20Regional%20Commission%20for%20Certification%20of%20Polio,and%2017%20as%20low](https://www.paho.org/en/news/1-8-2025-19th-meeting-regional-commission-certification-polio-eradication-region-americas-0#:~:text=the%20Americas%20(RCC),19th%20meeting%20of%20the%20Regional%20Commission%20for%20Certification%20of%20Polio,and%2017%20as%20low) Acessado em: 03/12/2025.

RODRIGUES, RGV *et al.* 2025. Análise Epidemiológica da Paralisia Flácida Aguda no Brasil: um estudo seccional de base para a transição para um esquema exclusivo com a vacina inativada contra a poliomielite. In: Ciências da Saúde, volume 29 - edição 150/set 2025/ 28/09/2025. Disponível em <https://revistafcm.br/analise-epidemiologica-da-paralisia-flacida-aguda-no-brasil-um-estudo-seccional-de-base-para-a-transicao-para-um-esquema-exclusivo-com-a-vacina-inativada-contr-a-poliomielite>. Acessado em: 03/12/2025.

SÃO PAULO, 2025. Documento Técnico da Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas e Poliomielite. Secretaria Estadual de Saúde, 2025. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-transmitidas-por-agua-e-alimentos/doc/2025/polio/documento_tecnico_polio_2025.pdf Acessado em: 03/12/2025.

TUELLS, J *et* HURTADO-SÁNCHEZ, JA. Poliomyelitis: The paradigm of an eliminated disease. Sequelae and challenges to eradication. *Vacunas*, Volume 26, Issue 4, October–December 2025, Pages 500484. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.vacune.2025.500484>. Acessado em 03/12/2025.

UNICEF/WHO. 2025. Polio: A defining moment for eradication. October 2025. <https://www.unicef.org/documents/polio-defining-moment-eradication>. Acessado em: 03/12/2025.

WHO, 2020. A História da Poliomielite. Disponível em: <https://polioeradication.org/about-polio/history-of-polio/>. Acessado em: 03/12/2025.

WHO, 2025. Statement of the forty-third meeting of the Polio IHR Emergency Committee. 11 de novembro de 2025. Disponível em : <https://www.who.int/news/item/11-11-2025-statement-of-the-forty-third-meeting-of-the-polio-ih-er-emergency-committee>. Acessado em: 03/12/2025.

WHO, 2025. Detection of wild poliovirus type 1 in environmental sample in Germany .13 November 2025. Disponível em <https://www.who.int/europe/news/item/13-11-2025-detection-of-wild-poliovirus-type-1-in-environmental-sample-in-germany>. Acessado em: 03/12/2025.

WHO, 2025. Indonésia anuncia o fim do surto de poliomielite. 21 de novembro de 2025. Disponível em <https://www.who.int/indonesia/news/detail/21-11-2025-indonesia-announces-closure-of-polio-outbreak>. Acessado em 03/12/2025.

WHO, 2025. Poliomielite (pólio). Disponível em : https://www.who.int/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_3. Acessado em: 03/12/2025.

WHO, 2025 Poliomielite. 2 de abril de 2025. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis>. Acessado em: 03/10/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Gregis, Coordenador(a) de Vigilância Epidemiológica em PAF**, em 11/12/2025, às 16:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



Documento assinado eletronicamente por **Jose Eduardo Brandao Campos, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária**, em 11/12/2025, às 16:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Bezerra de Oliveira, Assessor(a)**, em 11/12/2025, às 16:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



Documento assinado eletronicamente por **Michelle Werneck de Oliveira, Gerente-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados Substituto(a)**, em 12/12/2025, às 12:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.anvisa.gov.br/autenticidade>, informando o código verificador **3935347** e o código CRC **5CF6E14D**.