

## NOTA TÉCNICA Nº 8/2026/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 14 de janeiro de 2026, na 44ª reunião do Comitê de Emergência sob o Regulamento Internacional de Saúde (RSI) sobre a disseminação internacional do poliovírus, concluiu-se pela manutenção da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) da Poliomielite, e que a sua transmissão global permanece geograficamente confinada aos dois países endêmicos (Afeganistão e Paquistão). (WHO, 2026).

No entanto, durante 2024 e 2025, além da disseminação geográfica de transmissão contínua nas áreas centrais em ambos os países endêmicos, também houve detecção de poliovírus em águas residuais na Alemanha (outubro de 2025) e Indonésia (novembro de 2025), ressaltando o risco contínuo de propagação internacional mais ampla. (WHO, 2026).

Em 06 de março de 2026, por meio do Ofício SEI nº 1704/2026/DSAUDE/DHS/SAMP/SG/G/MRE, o Ministério das Relações Exteriores (MRE) transmitiu informações recebidas da Missão do Brasil em Genebra sobre as conclusões da 44ª reunião do Comitê de Emergência sobre a propagação internacional do poliovírus. Foi orientado sobre a necessidade de que Estados infectados mantenham a declaração de emergência nacional, reforcem a vacinação de viajantes internacionais (com emissão do Certificado Internacional de Vacinação), intensifiquem a imunização de rotina e assegurem vigilância sensível e de alta qualidade, bem como mantenham a coordenação transfronteiriça, da vacinação de populações móveis e da preservação da capacidade da Rede Global de Laboratórios de Pólio.

### 2. ANÁLISE

A Poliomielite (*polio* = cinza e *myelos* = medula ou da medula espinhal), causada pelo poliovírus (família *Picornaviridae* e gênero *Enterovirus*), com três sorotipos (1, 2 e 3), é uma doença incapacitante e potencialmente fatal que afeta o sistema nervoso. Como o vírus causador da Poliomielite está presente nas fezes de uma pessoa infectada, pessoas com a doença podem transmiti-la a outras se não lavarem bem as mãos após defecar. A infecção também pode ocorrer pela ingestão de água ou alimentos contaminados com fezes infectadas. A maioria das pessoas com poliomielite não apresenta sintomas. Algumas pessoas têm apenas sintomas leves, como febre, cansaço, náuseas, dor de cabeça, congestão nasal, dor de garganta, tosse, rigidez no pescoço e nas costas e dor nos braços e pernas. Em casos raros, a infecção por Poliomielite causa perda permanente da função muscular (paralisia). No entanto, a doença pode ser fatal se os músculos utilizados para respirar ficarem paralisados ou se houver infecção no cérebro. (CDC, 2026).

O vírus possui um período de incubação que ocorre entre 7 a 12 dias, variando de 2 a 30

dias. O período de transmissibilidade pode ocorrer antes do aparecimento das manifestações clínicas, e o vírus pode ser encontrado nas secreções de orofaringe de 36 a 72 horas após a infecção. A eliminação do vírus via orofaringe persiste por um período de aproximadamente uma semana, e, nas fezes, por volta de três a seis semanas. (BRASIL, 2024).

Ao afetar o sistema nervoso, pode causar paralisia permanente (paralisia flácida de início súbito) em 1% dos casos com acometimento em membros inferiores, assimétrica, com sensibilidade preservada, e arreflexia no segmento atingido. O déficit motor tem evolução frequentemente em três dias, principalmente em crianças menores de cinco anos. Na maioria dos casos, não há sintomas, mas uma em cada 200 pessoas infectadas desenvolve paralisia, e entre 5% e 10% delas podem morrer por paralisia respiratória. (PAHO, 2025).

## 2.1. **Cenário epidemiológico das Paralisias Flácidas Agudas/Poliomielite**

Em nível global, os casos de Pólio diminuíram mais de 99% desde 1988, quando se estimavam 350 mil casos anuais em mais de 125 países. Hoje, apenas dois países mantêm circulação endêmica do poliovírus selvagem (Paquistão e Afeganistão). No entanto, os riscos não desapareceram. (OPAS/PAHO, 2025). Desde a última reunião do Comitê de Emergência, em 1º de outubro de 2025, nove novos casos de WPV1 (poliovírus selvagem tipo 1) foram relatados nos dois países endêmicos, Afeganistão (5) e Paquistão (4). Em 2025, até o momento, foram confirmados 40 casos de WPV1: nove no Afeganistão e 31 no Paquistão. (WHO, 2026)

Em relação à vigilância ambiental, foram relatadas, até agora, um total de 673 amostras positivas para WPV1 em 2025 (64 do Afeganistão, 608 do Paquistão e uma da Alemanha). Se comparadas às 741 amostras ambientais positivas relatadas durante todo o ano de 2024 (113 do Afeganistão e 628 do Paquistão), houve uma ligeira diminuição de casos relatados. (WHO, 2026)

É importante notar que o fechamento das fronteiras terrestres entre o Afeganistão e o Paquistão interrompeu o envio de amostras para paralisia flácida aguda (PFA) e para vigilância ambiental ao Laboratório Regional de Referência em Islamabad, Paquistão, desde 12 de outubro de 2025. Como resultado, acumulou-se um número substancial de amostras não testadas. (WHO, 2026).

Nas Américas, a Poliomielite afetou milhares de crianças na região até o início da década de 1990. Em 1975, foram notificados cerca de 6 mil casos, e o último caso de poliovírus selvagem foi registrado no Peru em 1991. Esse avanço levou as Américas a se tornarem, em 1994, a primeira região do mundo a ser certificada como livre da Pólio. (OPAS/PAHO, 2025). Na região, do total de 1.298 amostras de fezes (em crianças abaixo de 15 anos) testadas para isolamento viral do poliovírus, no período das 52 últimas semanas epidemiológicas (2025/8 a 2026/6), 985 foram negativas; e o restante (313 amostras), ainda não foram disponibilizadas nos laboratórios. (PAHO, 2026).

Apesar de o risco de reintrodução da doença na região das Américas ser considerado alto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), devido às baixas coberturas vacinais em diversos países, até o início de 2026, não foram notificados novos casos de Poliomielite (paralisia infantil) autóctones na região, mantendo-se assim, seu status de livre da circulação do poliovírus selvagem, conquistado há mais de três décadas. (PAHO, 2026).

Em relação à epidemiologia molecular, houve uma diminuição geral na biodiversidade genética entre 2020 e 2023. No entanto, um aumento na biodiversidade genética foi observado em 2024, o que levou à divisão de dois grupos genéticos em oito grupos genéticos, três dos quais estão ativos em 2025. As cadeias de transmissão restantes continuam a circular em populações e regiões com cobertura vacinal persistentemente baixa, incluindo os distritos fronteiriços dos corredores epidemiológicos sul e norte entre os dois países endêmicos. Evidências de transmissão transfronteiriça compartilhada entre os dois países endêmicos para WPV1 foram documentadas recentemente, em setembro de 2025. (WHO, 2026).

No Brasil, entre 2015 e 2025, foram notificados 5.056 casos de PFA no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Em 2020 e 2021, observou-se redução nas notificações, provavelmente como consequência da pandemia da Covid-19. Em 2025, até a Semana Epidemiológica 37, foram notificados 210 casos de PFA, dos quais 195 (95%) foram descartados e 15 (5%) permanecem em investigação. Entre os casos descartados, 60 (30%) evoluíram para cura com sequela, 95 (49%) para cura sem sequela, 2 (1%) para óbito, 17 (9%) possuem evolução ignorada e 21 (11%) não tiveram essa avaliação realizada. (BRASIL, 2025).

Em 1994, o Brasil recebeu da Organização Pan-Americana/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) a certificação de eliminação da poliomielite. Essa grande conquista do Sistema Único de Saúde foi comemorada em 2025, por completar 36 anos sem registros de casos da doença. (BRASIL, 2025)

## 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 de Informação 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](mailto: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 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. Há dois tipos:
  - PFA, que se inicia entre 4 e 40 dias após o recebimento da vacina poliomielite oral (atenuada), e que apresenta sequela neurológica compatível 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 sequela neurológica compatível com poliomielite 60 dias após o déficit motor.

Observação: em qualquer das situações anteriores, 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**

- 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

O Ministério da Saúde atualizou as recomendações para a Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas (PFA) e o risco de reintrodução da Poliomielite no Brasil na Nota Técnica N° 10/2023-CGVDI/DIMU/SVSA/MS, aos profissionais, autoridades e gestores em saúde em todo o País, a saber:

- expandir a vigilância de PFA 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
- novas orientações sobre coleta e transporte de fezes para a análise, quando não for possível coletar a amostra de fezes dentro de 14 dias do início da paralisia, deverá coletar amostras de fezes de 3-5 contatos próximos do caso de PFA, devendo esses contatos ter menos de 5 anos de idade e sem histórico de vacinação recente com vacina oral (VOP) nos últimos 30 dias.

O Ministério da Saúde atualizou as orientações para a vacinação contra a Poliomielite, visando

a prevenção de infecção causada pelo poliovírus dos tipos 1, 2 e 3 (Poliomielite ou paralisia infantil) e suas complicações, por meio da vacina VIP (injetável) inativada. As indicações são 3 doses para crianças a partir de 2 meses, 4 meses e 6 meses de idade. E dose de reforço aos 15 meses de idade. Também se aplica às recomendações a vacinação do viajante internacional, em que a VIP está indicada para viajantes internacionais a partir de cinco anos de idade, caso sejam oriundos ou se desloquem para áreas com recomendação de vacinação contra a Poliomielite. (BRASIL, 2026).

Em 2026, a vacinação contra a Poliomielite no Brasil consolidará a mudança realizada no final de 2024, utilizando exclusivamente a vacina inativada (VIP), que é injetável. A vacina oral (VOP), conhecida como "gotinha" ou "Zé Gotinha", foi substituída para aumentar a segurança e evitar a reintrodução do vírus. Assim, a vacina utilizada será 100% Injetável (VIP) e não haverá o uso de gotinhas. A VIP é mais segura, pois contém o vírus inativado (morto), eliminando o risco raríssimo de paralisia associada à vacina oral. (BRASIL, 2026).

Em áreas com baixa cobertura vacinal, os poliovírus derivados da vacina podem sofrer mutações e se propagar em comunidades não vacinadas, causando surtos semelhantes aos do vírus selvagem. A OPAS destaca a importância de uma vigilância epidemiológica robusta e do uso estratégico de diferentes vacinas para mitigar esse risco, sem perder de vista a meta da erradicação global. (OPAS/PAHO, 2025).

No Dia Mundial contra a Poliomielite, em 24 de outubro de 2025, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) celebrou mais de três décadas sem casos de poliovírus selvagem nas Américas e alertou sobre a importância de fortalecer a vacinação para evitar um possível ressurgimento dessa doença prevenível. (OPAS/PAHO, 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**

O Plano de Ação Global de Vigilância da Poliomielite (GPSAP) 2025-2026 define as atividades de vigilância necessárias para alcançar os objetivos para a interrupção da transmissão do poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1) e surtos do poliovírus derivado da vacina tipo 2 circulante (cVDPV2) :

- Aprimorar e manter a sensibilidade e a pontualidade da vigilância da PFA (Paralisia Flácida Aguda)
- Otimizar a rede de sistemas de alerta precoce para contribuir com a detecção oportuna de poliovírus.
- Aprimorar a gestão e a responsabilização da vigilância. (WHO, 2026).

Alguns destinos internacionais apresentam circulação do poliovírus e são atualizados em uma lista de acordo com dados epidemiológicos globais mais recentes. A lista é composta por países que detectaram o poliovírus em amostras humanas ou ambientais nos últimos 13 meses,

incluindo 32 países da África, Ásia, Europa e Oriente Médio, indicando que o risco de transmissão não está mais restrito às zonas tradicionalmente endêmicas. A última atualização, de 09/03/2026, inclui a adição de Laos e Namíbia e a remoção de Finlândia, Gana, Espanha e Zimbábue. Os seguintes destinos apresentam circulação do poliovírus: Afeganistão, Argélia, Angola, Benim, Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Costa do Marfim, República Democrática do Congo, Djibuti, Etiópia, Gaza, Alemanha, Guiné, Israel, Laos, Namíbia, Níger, Nigéria, Paquistão, Papua Nova Guiné, Polônia, Senegal, Somália, Sudão do Sul, Sudão, Tanzânia, Reino Unido e Iémen. (CDC, 2026).

O Comitê considerou risco contínuo de disseminação internacional do vírus, e também observou que o risco de disseminação internacional persiste devido aos seguintes fatores:

- Transmissão contínua nos principais reservatórios, particularmente na região sul do Afeganistão e no Paquistão.
- Expansão geográfica e transmissão estabelecida em áreas epidemiologicamente críticas;
- Inconsistências persistentes na qualidade das campanhas e um número substancial de crianças não imunizadas ou com vacinação incompleta;
- Movimento populacional contínuo entre os dois países endêmicos, incluindo os retornados do Paquistão para o Afeganistão;
- Movimento populacional dos dois países endêmicos para outros países distantes, demonstrando o risco de disseminação internacional (Alemanha). (WHO, 2026).

Assim, o Comitê concluiu por unanimidade, a prorrogação das recomendações temporárias por mais três meses. No entanto, após uma análise minuciosa da situação epidemiológica, concluiu-se unanimemente que o evento não constitui uma emergência pandêmica. (WHO, 2026).

O Ministério da Saúde do Brasil com apoio da OPAS, vem conduzindo o Inquérito Nacional de Contenção de Poliovírus, que busca identificar laboratórios que armazenam materiais infecciosos ou potencialmente infecciosos. Estão sendo avaliados todos os laboratórios públicos e privados, bem como as instituições de pesquisa cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) que realizam a manipulação ou armazenamento de amostras, permitindo atualizar o mapeamento nacional de risco e identificar a existência de materiais infecciosos ou potencialmente infecciosos nos estabelecimentos. (BRASIL, 2025).

Torna-se possível, portanto, assegurar a contenção segura do poliovírus em laboratórios, seguindo as diretrizes do Plano Regional para a Contenção dos Poliovírus nas Américas, que envolve a identificação, a notificação compulsória em 24 horas, o controle e a eliminação de materiais infecciosos ou potencialmente infecciosos que possam representar risco à saúde pública. (PAHO, 2025).

O risco de infecção permanecerá alto caso as metas de vacinação não sejam sustentadas com altos índices em todas as regiões. (IMUNOBIOLOGICALS, 2023).

A partir da detecção de um evento ou surto de Poliomielite, o Brasil terá que completar uma análise de risco e submetê-la à apreciação da OMS dentro de 24 horas. Embora essa análise de risco não possa ser concluída até que o evento tenha ocorrido, o País deverá estar familiarizado com as informações que serão necessárias para a análise de risco e com a fonte destas informações. Isso facilitará o processo de coleta de dados, quando necessário. (BRASIL, 2022).

O Brasil enfrenta um alto risco de reintrodução da Poliomielite (paralisia infantil) em 2026, cenário impulsionado pela baixa cobertura vacinal acumulada nos últimos anos, posicionando o País entre as nações com maior vulnerabilidade nas Américas. Especialistas da Fiocruz, OMS e OPAS alertam que, embora o último caso tenha ocorrido em 1989, a queda na imunização torna o retorno da doença altamente provável se a cobertura não atingir os 95% recomendados. O Brasil apresenta um alto Risco Regional, de acordo com a OPAS, que insere o País em área de alto risco para o retorno da Pólio. Em 2024, foi indicado que 7 em cada 10 municípios

brasileiros apresentavam alto ou muito alto risco para a doença. (PAHO, 2025).

O aumento de casos de Poliomielite relacionados ao poliovírus derivado vacinal (PVDV), a identificação do poliovírus derivado vacinal circulante tipo 3 (cPVDV3) em águas residuais na Guiana Francesa, o fluxo internacional de viajantes e a cobertura vacinal nacional abaixo da meta recomendada representam uma constante ameaça,. Dessa forma, enquanto houver circulação de poliovírus em algum lugar do mundo, haverá risco de reintrodução da Poliomielite e/ou ocorrência de casos de PVDV. Enquanto houver circulação de poliovírus em algum lugar do mundo, há necessidade de monitorar os casos de paralisias flácidas agudas (PFA) em menores de 15 anos de idade, devido ao risco de reintrodução da Poliomielite no Brasil. (BRASIL, 2025).

Portanto, apesar do risco acima descrito, a considerar o atual cenário mundial, e pelo fato de o Brasil não possuir voos diretos para os países endêmicos (Paquistão e Afeganistão), não há, no momento, medidas de saúde temporárias para Portos, Aeroportos e Fronteiras.

### 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
- Atentar para a indicação de 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 no endereço:

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

## 3. **CONCLUSÃO**

Apesar de o Comitê da OMS ter mantido a Poliomielite na condição de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), observou-se um declínio no número de casos de poliovírus relatados em 2025 em comparação com 2024. No entanto, essa tendência está sujeita a algumas considerações importantes, uma vez que o panorama epidemiológico

completo ainda não está disponível para o Afeganistão, por exemplo, visto que os testes de amostras de fezes de casos de Paralisia Flácida Aguda e de amostras ambientais estão suspensos desde o início de outubro de 2025.

Também com preocupação, o Comitê observou que a imunidade da população permanece baixa em áreas chave de alto risco, incluindo a Região Sul do Afeganistão e regiões específicas do Paquistão, onde a transmissão continua. Por fim, a ausência de campanhas de vacinação domiciliar ao longo de 2025 resultou em uma qualidade abaixo do ideal das campanhas, especialmente na Região Sul do Paquistão, onde a transmissão intensa de poliovírus persiste.

A todos os países envolvidos direta ou indiretamente nos casos de poliovírus, a OMS reforça continuamente que esses países deveriam, com urgência, seguir procedimentos tais, como: reforçar a imunização de rotina para aumentar/manter a imunidade da população; aprimorar a qualidade da vigilância, incluindo a consideração da introdução ou expansão de métodos suplementares, como a vigilância ambiental, particularmente entre populações vulneráveis e de alto risco; intensificar os esforços para garantir a vacinação de populações móveis, incluindo populações que se deslocam através de fronteiras nacionais, pessoas deslocadas internamente, refugiados e outros grupos vulneráveis; reforçar a cooperação regional e a coordenação transfronteiriça para garantir a detecção rápida e a vacinação de grupos populacionais de alto risco; e manter essas medidas com documentação que comprove a plena aplicação de atividades de vigilância e vacinação de alta qualidade. Apesar do risco, não há, no momento, medidas de saúde temporárias para Portos, Aeroportos e Fronteiras.

O Ministério da Saúde e a Anvisa mantêm vigilância contínua para a poliomielite em 2026, com foco especial na detecção precoce, no novo modelo de contenção do poliovírus e no aumento das taxas de vacinação, visando evitar o retorno da doença, que está eliminada no país desde 1990. Apesar de estar livre do vírus selvagem, o País tem sido classificado nos últimos anos como de "alto risco" para a reintrodução da paralisia infantil, o que justifica o monitoramento constante por parte das autoridades sanitárias do Brasil.

As recomendações descritas nessa Nota Técnica serão atualizadas sempre que a evolução do cenário epidemiológico e definições do Ministério da Saúde requererem alteração 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-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view> Acessado em: 11/03/2026.

BRASIL. Plano nacional de resposta a um evento de detecção de poliovírus e um de surto de poliomielite: estratégia do Brasil. Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_deteccao\\_surto\\_poliomielite.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_deteccao_surto_poliomielite.pdf) Acessado em 17/03/2026.

BRASIL. Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2026. Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) – VIP. 2026. Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-que-instrui-o-calendario-nacional-de-vacinacao-2026.pdf> . Acessado em 17/03/2026.

BRASIL. Contenção do Poliovírus nos Laboratórios Brasileiros. 2025. Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/poliomielite/contencao-do-poliovirus>. Acessado em 11/03/2026.

BRASIL. Poliomielite/Paralisias Flácidas Agudas – PFA. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/informes-tecnicos/informe-poliomielite-pfa.pdf> Acessado em 11/03/2025.

BRASIL. INSTRUÇÃO NORMATIVA DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO 2026. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-que-instrui-o- calendario-nacional-de-vacinacao-2026.pdf>. Acessado em 11/03/2026.

CDC. Poliomielite Global. 09 março de 21026. Disponível em <https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/level2/global-polio>. Acessado em 11/03/2026.

IMUNOBIOLOGICALS. *In*: Brasil como segundo país das Américas com mais risco de volta da poliomielite. ISI International Symposium on Immunobiologicals 7<sup>a</sup>.ed, 2023. Disponível em <https://www.apm.org.br/pesquisadores-apontam-alto-risco-de-volta-da-poliomielite-no-brasil>. Acessado em: 11/03/2025.

PAHO. OPAS destaca 31 anos sem pólio nas Américas e faz chamado para reforçar a vacinação. 23 Out 2025. Disponível em : <https://www.paho.org/pt/noticias/23-10-2025-opas-destaca-31-anos-sem-polio-nas-americas-e-faz-chamado-para-reforcar>. Acessado em 11/03/2026.

PAHO. Com apoio da OPAS, Ministério da Saúde do Brasil conduz Inquérito Nacional de Contenção de Poliovírus. 16 Dez 2025. Disponível em <https://www.paho.org/pt/noticias/16-12-2025-com-apoio-da-opas-ministerio-da-saude-do-brasil-conduz-inquerito-nacional>. Acessado em 11/03/2026.

PAHO. Boletim sobre a Poliomielite (Ano 42, 5-6) - 14 de fevereiro de 2026. Virus isolation results and indicators, last 52 weeks Epidemiological weeks 2025/8 - 2026/6. Disponível em <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/spe4105-06.pdf>. Acessado em 11/03/2026.

WHO. Statement of the Forty-fourth Meeting of the Polio IHR Emergency Committee. 4 March 2026. Disponível em : <https://www.who.int/news/item/04-03-2026-statement-of-the-forty-fourth-meeting-of-the-polio-ih-er-emergency-committee>. Acessado em 11/03/2026.

WHO. Plano de Ação Global para a Vigilância da Poliomielite 2025-2026. <https://polioeradication.org/global-polio-surveillance-action-plan-2025-2026>. Acessado em 11/03/2026.

WHO. WHO prequalifies an additional novel oral polio vaccine, strengthening global outbreak response. 13 February 2026. Disponível em : <https://www.who.int/news/item/13-02-2026-who-prequalifies-additional-novel-oral-polio-vaccine>. Acessado em 11/03/2026.

WHO. 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.



Documento assinado eletronicamente por **Jose Eduardo Brandao Campos, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária**, em 19/03/2026, às 08:09, 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm).



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Gregis, Coordenador(a) de Vigilância Epidemiológica em PAF**, em 19/03/2026, às 09:36, 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](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 19/03/2026, às 10:59, 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](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 **4132764** e o código CRC **1B6E346E**.

---

**Referência:** Processo nº 25351.909529/2022-55

SEI nº 4132764