

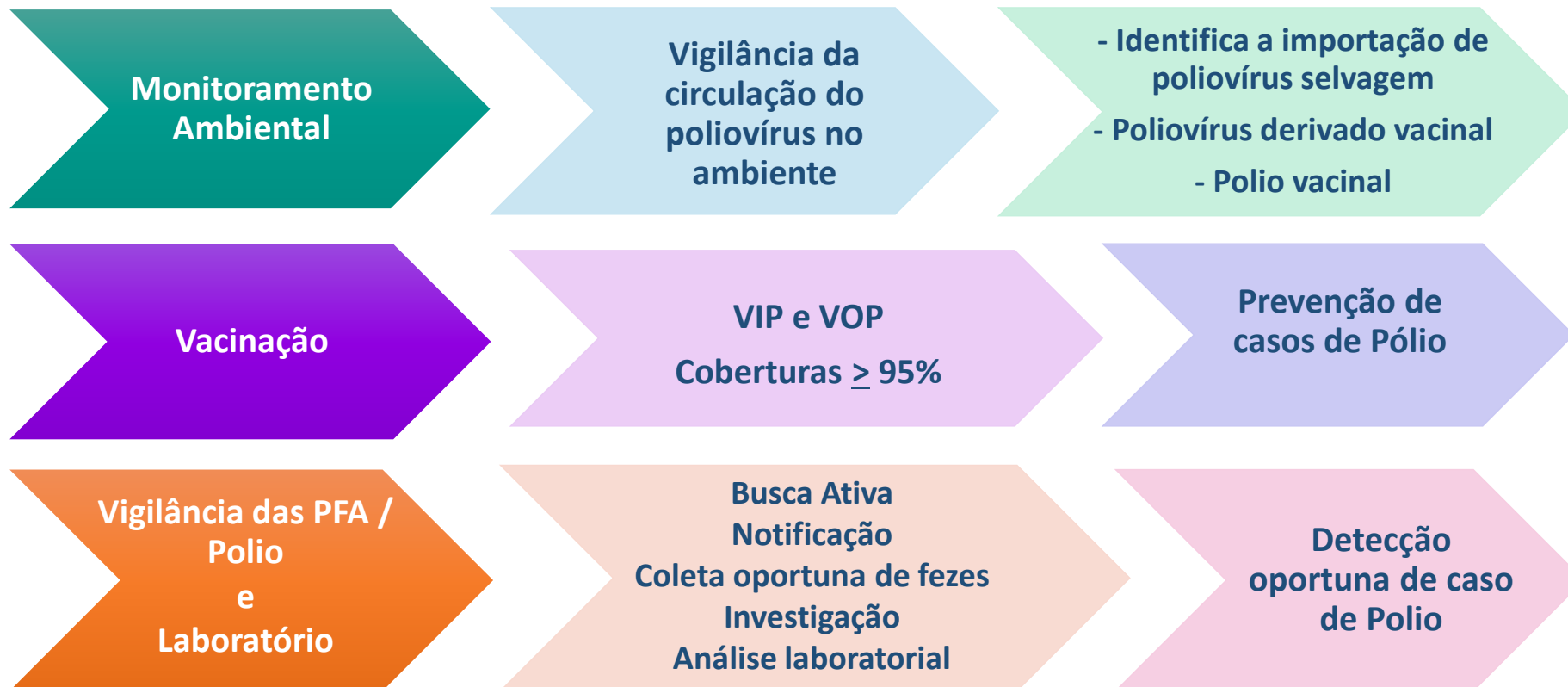
# Aula 3 – Poliomielite: Vigilância das Paralisas Flácidas Agudas

Sensibilização e  
Capacitação

# Poliomielite – Resumo Histórico Mundial

- ✓ **1988** – criada iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite - eram estimados 350.000 casos de **WPV** (selvagem);
- ✓ **2017** – redução da incidência mundial em 99% para apenas 22 casos;
- ✓ De 1988 até hoje, o nº de países endêmicos passou de 125 para 2 (Afeganistão e Paquistão);
- ✓ **1999** – Último caso de P2 selvagem no mundo;
- ✓ **2012** – Último registro de P3 selvagem no mundo;
- ✓ **2022** – Até 5 casos de WPV;
- ✓ **Hoje** – Das cepas selvagens, somente o P1 circula pelo mundo e, desde 2017, tem havido mais casos de paralisia pelo **PVDV** do que pelo vírus selvagem.

# Estratégias para Erradicação no Mundo e para Evitar a Reintrodução da Poliomielite no Brasil



# Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas – PFA/ Polio

CIRCULAÇÃO DE PESSOAS DE PAÍSES COM POLIOMIELITE



CASO IMPORTADO

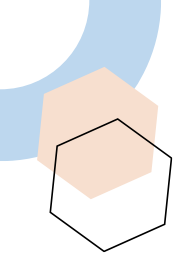
Impedir a  
transmissão  
autóctone



Detecção e notificação  
imediate, e  
confirmação oportuna

TRANSMISSÃO AUTÓCTONE





# O Programa de Vigilância Epidemiológica das PFAs – 3 pilares!

1. Notificação oportuna em 24 horas

2. Notificação Negativa (ou positiva) Semanal

3. Busca Ativa Semanal

# Notificação Oportuna em 24h - PFA

✓ **Notificação compulsória e imediata (24h)** de todo caso de **paralisia/ paresia flácida aguda<sup>1</sup>** em **menores de 15 anos** ou de uma **suspeita de poliomielite<sup>1</sup>** em qualquer idade.

<sup>1</sup>déficit motor/ fraqueza muscular de membros

<sup>2</sup>Suspeita-se de poliomielite em caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduo de qualquer idade, que viajou **ou** recebeu visita proveniente de país com circulação do poliovírus nos 30 dias anteriores à data de início do déficit motor **ou** quadro clínico compatível com poliomielite, mesmo sem histórico de viagem ou contato.

A lista atualizada de países com circulação do poliovírus encontra-se disponível em:  
<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/>



<sup>3</sup>Casos de **coleta de contatos**:  
a) caso com suspeita de reintrodução da circulação do poliovírus selvagem;  
b) caso com confirmação do vírus derivado vacinal;  
c) caso sem coleta oportuna de fezes

<sup>4</sup>**quantidade mínima da amostra**: 8 g ou 2/3 do coletor universal - recipiente conservado em freezer a -20°C até o momento do envio ou em geladeira comum (4° a 8°C) por até 3 dias (72h), não devendo jamais ser colocado em congelador comum.

✓ O período decorrido entre a notificação e a **investigação** deve ser de até **48 horas**



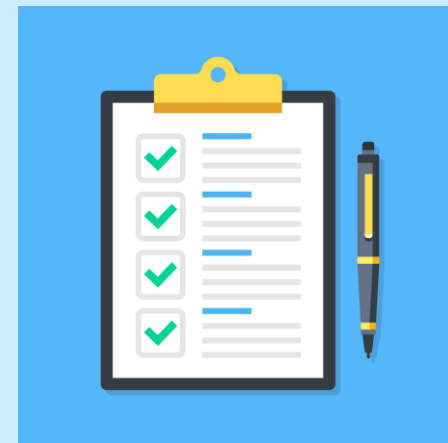
✓ **Coletar<sup>3</sup> amostra de fezes<sup>4</sup>** para pesquisa do poliovírus até o **14º dia**

# Notificação Oportuna em 24h - PFA

**Revisita:** fazer uma nova avaliação neurológica até **60 dias do início do déficit motor** para verificação de sequelas. Solicitar e fazer cópias de exames realizados que fecharam o diagnóstico para documentação do caso e cópia de carteira de vacina.



**Encerrar:** **60 dias após a notificação** - classificar o caso (confirmado, compatível, associado à vacina, poliovírus derivado vacinal, descartado), critério de classificação (laboratorial, clínico epidemiológico, perda de seguimento, óbito, evolução), diagnóstico do caso e evolução.



# 1. NOTIFICANDO PFA - Identificação

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 aguda em menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica, e em pessoas de qualquer idade que apresentem hipótese diagnóstica de poliomielite.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual				
	2 Agravado/doença <b>PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE</b>	Código (CID10) A 8 0 . 9	3 Data da Notificação 2   1   0   3   2   0   2   2		
	4 UF S   P	5 Município de Notificação São Paulo	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código	7 Data dos Primeiros Sintomas 1   9   0   3   2   0   2   2			
	8 Nome do Paciente I.P.F	9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de 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)		

sintomas, como: febre, dor de garganta



# 1. NOTIFICANDO PFA – Investigação

## Dados Complementares do Caso

doses válidas: mínimo de 30 dias entre as doses

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da 1ª Consulta	32 Data da Investigação	33 Tomou Vacina Contra Poliomielite 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	34 Número de doses válidas	
	35 Data da Última Dose da Vacina	36 Viajou ou recebeu visitas provenientes de áreas endêmicas de poliomielite nos 30 dias anteriores à data de início da deficiência motora? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	37 Se sim, País de origem		
Dados Clínicos	38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Dores Musculares <input type="checkbox"/> Sint. Respiratórios <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Outros _____			39 Data Início da Def. Motora <b>campo imprescindível!</b> 2   0   0   3   2   0   2   2	
	40 Deficiência Motora 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> Aguda <b>Sempre!</b> <input checked="" type="checkbox"/> Flácida <input type="checkbox"/> Assimétrica <input type="checkbox"/> Progressão Após 3 Dias <input type="checkbox"/> Ascendente <input type="checkbox"/> Descendente				
	41 Força Muscular 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD		42 Localização 1-Distal 2-Proximal 3-Todo o membro 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD		
	43 Comprometimento de 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Musculatura Respiratória <input type="checkbox"/> Musculatura Cervical <input type="checkbox"/> Face		Fase Aguda 44 Data do Exame <b>após 3 dias evolução</b> 2   3   0   3   2   0   2   2		45 Força Muscular 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD
	46 Tônus Muscular 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Musc. Cervical <input type="checkbox"/> Face		47 Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Face		
48 Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Aquileu E <input type="checkbox"/> Aquileu D <input type="checkbox"/> Patelar E <input type="checkbox"/> Patelar D <input type="checkbox"/> Bicipital E <input type="checkbox"/> Bicipital D <input type="checkbox"/> Tricipital E <input type="checkbox"/> Tricipital D					

# 1. NOTIFICANDO PFA – Investigação

Não pode preencher todos os campos com: 1 – Sim; ou é 1 - Sim para flexão ou para extensão ou 2 – Não para os dois.

Dados Clínicos (Cont.)	49 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 2 Flexão E 2 Extensão E 2 Flexão D 2 Extensão D	50 Sinais de Irritação Meníngea 1-Ausente 2-Presente 9-Ignorado 1 Kernig 1 Rigidez de Nuca 1 Brudzinski	
	51 Contato ou Ingestão de Substâncias Tóxicas (Agrotóxicos, Chumbo, Mercúrio, Medicamentos) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 2	52 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha)	
	53 História de Injeção Intramuscular 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 2	54 Local de Aplicação 1-MIE 2-MSE 3-MID 4-MSD 5-Glúteo E 6-Glúteo D <input type="checkbox"/>	
Atendimento	55 Hipótese Diagnóstica (Vide Tabela Anexa) G 6 1. 0	56 Ocorreu Hospitalização 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	57 Data da Internação 2   1   0   3   2   0   2   2
	58 UF S P 59 Município do Hospital São Paulo	Código (IBGE)	

# 1. NOTIFICANDO PFA – Investigação

**Dados do Laboratório**

60 Data da Coleta (das fezes) 2 | 2 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 2

61 Data do envio do Nível Local para o Estadual 2 | 2 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 2

62 Data do envio do Nível Estadual para o LRR **IAL para FIOCRUZ (faz o exame)**

63 Data do Recebimento no LRR

64 Quantidade 1  
1 - Suficiente  
2 - Insuficiente

65 Condições 1  
1 - Temperatura Adequada  
2 - Temperatura Alterada

66 Data do Resultado 1 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 2

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%
24 / 03 / 2022	02	70	100	56	110
/ /					

Eletroneuromiografia

69 Data da Realização 2 | 7 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 2

70 Diagnóstico Sugestivo de (tabela anexa)  
**Neuropatia periférica axonal sensitivo-motora**

71 Coletado Material Anatomopatológico? (em caso de óbito)  
 Cérebro  Medula  Intestino  
1 - Sim  
2 - Não  
9 - Ignorado

72 Data da Coleta

73 Resultado  
1 - Compatível com poliomielite  
2 - Não compatível com poliomielite

# 1. NOTIFICANDO PFA

## Revisita e Encerramento do Caso

Evolução do Caso (revisita)	<b>74</b> Data da Revisita <b>Até 60 dias do déficit motor</b> 1 9   0 5   2 0   2   2	<b>75</b> Força Muscular <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorado	<b>76</b> Tônus Muscular <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Musc. Cervical <input type="checkbox"/> Face 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado	
	<b>77</b> Reflexos <input type="checkbox"/> Aquileu E <input type="checkbox"/> Aquileu D <input type="checkbox"/> Patelar E <input type="checkbox"/> Patelar D <input type="checkbox"/> Bicipital E <input type="checkbox"/> Bicipital D <input type="checkbox"/> Tricipital E <input type="checkbox"/> Tricipital D 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado			
	<b>78</b> Reflexo Cutâneo Plantar <input type="checkbox"/> Flexão E <input type="checkbox"/> Flexão D <input type="checkbox"/> Extensão E <input type="checkbox"/> Extensão D 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>79</b> Atrofia <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD 1 - Presente 2 - Ausente 9 - Ignorado		
	<b>80</b> Sensibilidade <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Face 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicada 9-Ignorado			
Conclusão	<b>81</b> Data da Revisão 	<b>82</b> Classificação Final <input checked="" type="checkbox"/> 4 1-Confirmado Poliovírus Selvagem 2-Compatível 3-Associado à vacina 4-Descartado 5-Confirmado PVDV	<b>83</b> Critério de Classificação <input checked="" type="checkbox"/> 1 1-Laboratorial 2-Clínico Epidemiológico 3-Perda de Seguimento 4-Óbito 5-Evolução	
	<b>84</b> Diagnóstico do Caso Descartado (vide tabela em anexo)                     G 6 1 0	<b>85</b> Evolução <input type="checkbox"/> 1-Cura com sequela 2-Cura sem sequela 3-Óbito por PFA/Pólio 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado		
	<b>86</b> Data do Óbito 	<b>87</b> Data do Encerramento 2 0   0 5   2 0   2   2 <b>← encerrar até 60 dias após a notificação</b>		

coleta de fezes oportuna e negativa

# 1. Notificando PFA - Classificação Final

## Caso de PFA:

- **Descartado (não poliomielite)** – coleta oportuna e adequada de fezes NEGATIVA (coletada até 14º dia em quantidade satisfatória e mantida a temperatura adequada) – ou outros exames complementares e quadro clínico que indiquem outro diagnóstico – ou caso evolui sem sequelas 60 dias após o início da deficiência motora;
- **Confirmado Poliovírus selvagem** – isolamento de poliovírus selvagem na amostra de fezes;
- **Poliovírus derivado vacinal (PVDV)** – isolamento de PVDV (1 a 15% de diferença genética em relação ao vírus vacinal) e sequelas 60 dias após o início da deficiência motora;
- **Poliomielite compatível** – não teve coleta adequada de amostra de fezes e apresentou sequelas aos 60 dias, ou evoluiu para óbito, ou teve evolução clínica ignorada;
- **Poliomielite associada à vacina** – isolamento de vírus vacinal na amostra de fezes e presença de sequelas compatíveis com poliomielite 60 dias após o início da deficiência motora.

## 2. Notificação Negativa PFA Semanal

Informação semanal fornecida por todos **hospitais com internação pediátrica** sobre a ocorrência ou não – positiva ou negativa – de casos de PFA em menores de 15 anos. No formulário da notificação negativa deve ser informada a situação da **semana epidemiológica anterior** e dados do(s) caso(s), se semana positiva.



**Prefeitura do Município de São Paulo**  
**Secretaria Municipal da Saúde**  
**Coordenadoria de Vigilância em Saúde**

Plano de Erradicação da PFA							
FICHA DE NOTIFICAÇÃO NEGATIVA SEMANAL – 2022							
UVIS:		Itaquera		Responsável:		Patricia dos Reis Ferreira	
PFA							
SE	No. de Unidades Implantadas	Notificaram Negativamente		Notificaram casos suspeitos		Não Notificaram	
		No.	%	No.	%	No.	%
1	2	2	100,0	0	0	0	0
2	2	2	100,0	0	0	0	0
3	2	2	100,0	0	0	0	0
4	2	2	100,0	0	0	0	0
5	2	1	50,0	1	50	0	0
6	2	1	50,0	1	50	0	0
7	2	2	100,0	0	0	0	0
8	2	2	100,0	0	0	0	0
9	2	2	100,0	0	0	0	0
10	2	2	100,0	0	0	0	0
11	2	1	50,0	1	50	0	0
12	2	2	100,0	0	0	0	0

**LISTA DOS SUSPEITOS PFA:**

SE	NOME	NOME HOSPITAL	SINAN
5	A. J. S.	S. M.	8734187
11	L. G. R. S.	S. M.	8732122
11	F. H. N. A.	S. M.	8732143
12	E. S. F.	S. M.	8734202

# 3. Busca Ativa PFA Semanal

Pesquisa/ levantamento semanal de **prontuários de menores de 15 anos** realizada por todos hospitais com internação pediátrica e registrada no formulário específico.

O hospital deve pesquisar prontuários de crianças **internadas** no período de 1 semana (de preferência, a semana anterior e/ou atual) tendo como **CID de internação/ alta** um dos códigos da **lista de diagnósticos diferenciais de poliomielite**.

Se for localizado algum **prontuário com esses critérios**, o conteúdo do mesmo **deve ser lido** para procurar por **termos**, como: *dificuldade de deambular, perda ou diminuição de força muscular, hipotonia, paresia, hemiparesia*, ou outros que indiquem um *déficit motor flácido* e de *início súbito/ agudo/ recente*, preenchendo critério para notificar PFA.

Ao **encontrar um caso de PFA não notificado**, **preencher a ficha de notificação** e enviar para a UVIS juntamente com o formulário de busca ativa.

Ao **encontrar um caso de PFA já notificado**, avaliar a qualidade e correspondência das informações, comparando-se o prontuário e a ficha epidemiológica do caso, completando dados eventualmente não informados, como exames complementares realizados, diagnóstico definitivo, entre outros campos que não podem ficar em aberto.

# 3. Busca Ativa PFA Semanal – Lista 45 CIDs

## LISTA DE DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE POLIOMIELITE PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS PARALISIAS FLÁCIDAS AGUDAS

DIAGNÓSTICOS	CID 10	DIAGNÓSTICOS	CID 10
Acidente Vascular Cerebral, não especificado	I64	Neoplasia maligna do sistema nervoso central, não especificado (tumor)	C72.9
Amiotrofia Nevralgia	G54.5	Outras encefalites, mielites e encefalomiелites	G04.8
Compressão de raízes e plexos nervosos	G55	Paralisia periódica	G72.3
Diplegia dos membros superiores	G83.0	Paraplegia flácida	G82.0
Doença do neurônio motor	G12.2	Polineuropatia devido a outros agentes tóxicos	G62.2
Encefalite aguda disseminada	G04.0	Polineuropatia induzida por drogas	G62.0
Encefalite, mielite e encefalomiелite	G04	Polineuropatia inflamatória não especificada	G61.9
Encefalite, mielite e encefalomiелite não especificada	G04.9	Polineuropatia não especificada	G62.9
Encefalites, mielites e encefalomiелites em doenças virais classificadas em outra	G05.1	Poliomiелite aguda	A80
Hemiplegia Flácida	G81.0	Poliomiелite aguda não especificada	A80.9
Hemiplegia não especificada	G81.9	Poliomiелite paralítica aguda, associada ao vírus vacinal	A80.0
Intoxicações alimentares bacterianas não especificadas	A05.9	Poliomiелite paralítica aguda, vírus selvagem importado	A80.1
Lesão do nervo ciático	G57.0	Poliomiелites paralíticas agudas, outras e não especificadas	A80.3
Meningoencefalite e meningomiелite bacteriana não classificadas em outras partes	G04.2	Síndrome da Cauda Equina	G83.4
Miastenia Gravis	G70.0	Síndrome de Guillain Barre ( Polioneurite Pós- Infecçiosa )	G61.0
Mielite transversa aguda	G37.3	Síndrome paralítica não especificada ( ignorado – IGN )	G83.9
Miopatia, não especificada	G72.9	Tetraplegia flácida	G82.3
Mononeuropatia, não especificada	G58.9	Transtornos mioneurais não especificado	G70.9
Mononeuropatias de membros inferiores não especificada	G57.9	Traumatismo não especificado do membro inferior, nível não especificado	T13.9
Mononeuropatias de membros superiores não especificada	G56.9	Traumatismo não especificado do membro superior, nível não especificado	T11.9
Monoplegia de membro inferior	G83.1	Traumatismo de medula, nível não especificado	T09.3
Monoplegia de membro superior	G83.2	Traumatismo não especificados da cabeça	S09.9
Monoplegia não especificada	G83.3		



# 3. Busca Ativa Semanal – Formulário Hospitalar



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

## FORMULÁRIO HOSPITALAR PARA BUSCA ATIVA SEMANAL DE PARALISIA FLÁCIDA AGUDA - PFA/ POLIOMIELITE

UVIS:

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA:

ANO:

HOSPITAL:

RESPONSÁVEL PELA BUSCA NO HOSPITAL:

Nº Total de internações de <15 anos na semana revisada:

Nº de prontuários de <15 anos localizados com uma das CIDs da lista:

### DADOS DOS PRONTUÁRIOS LOCALIZADOS E REVISADOS:

Nº	NOME DO PACIENTE	IDADE	CID-10	Teve PFA? SIM/NÃO	SE PFA, FOI NOTIFICADO?		DATA DA PARALISIA/ PARESIA	DATA DA COLETA DE FEZES	SINAN da PFA
					SIM/NÃO	DATA NOTIF.			
1									
2									
3									
4									
5									

### Definição de caso suspeito:

Todo o caso de paresia ou paralisia flácida aguda (déficit motor ou fraqueza muscular aguda de membros inferiores e/ou superiores) em menor de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica, ou em qualquer idade, somente se a hipótese for de POLIOMIELITE (suspeita-se de poliomielite se o caso de PFA tiver histórico de viagem ou de receber visita de área endêmica de Poliovírus Selvagem tipo 1 - PVS1 ou Poliovírus Derivado da Vacina - PVDV nos últimos 30 dias).

Obs: A lista de países endêmicos para a Polio encontra-se no endereço eletrônico: <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/>.

A notificação de PFA/Polio é compulsória e imediata (24h) pelos serviços de saúde.

# 3. Busca Ativa Semanal – Formulário UVIS



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

## BUSCA ATIVA SEMANAL DE PARALISIA FLÁCIDA AGUDA - PFA - PLANILHA CONSOLIDADA DA UVIS

UVIS:

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA:

ANO:

### DADOS CONSOLIDADOS DAS BUSCAS ATIVAS HOSPITALARES:

Nº	NOME DO HOSPITAL	Nº Total de internações	Nº de Pront. Revisados	Nº de PFA encontradas	PFA já notificadas	PFA notificadas na busca ativa
1	Hospital 1					
2	Hospital 2					
3	Hospital 3					
4	Hospital 4					
5	Hospital 5					
6	Hospital 6					
7	Hospital 7					
8	Hospital 8					
9	Hospital 9					
10	Hospital 10					

### PFA ENCONTRADAS:

NOME DO HOSPITAL	NOME DO PACIENTE	Data da Paralisia	Data da Coleta	SINAN

### TÉCNICO DA UVIS - RESPONSÁVEL PELA VE DA PFA

Nome:	Tel:
Cargo:	E-mail:

# Metas do Programa

Taxa de Notificação: Avaliar a sensibilidade do programa

*Meta : 1 caso notificado / 100.000 menores de 15 anos*

Investigação em 48 horas: Implementar ações de controle oportunas

*Meta : 80% dos casos investigados nas primeiras 48 hs*

Coleta Oportuna de Fezes: detecção do poliovírus para assegurar a erradicação da poliomielite

*Meta : 80% dos casos com fezes colhidas nos primeiros 14 dias*

Notificação Negativa Semanal: Informar semanalmente a ocorrência ou ausência de casos de PFA para aumentar a sensibilidade do programa

*Meta : 80% das fontes notificando semanalmente*



# Dúvidas?

**Núcleo de Doenças Agudas Transmissíveis**  
Divisão de Vigilância Epidemiológica  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde – COVISA  
Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo  
E-mail: [vigresp@prefeitura.sp.gov.br](mailto:vigresp@prefeitura.sp.gov.br)



SEABEVS

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde



CIDADE DE  
**SÃO PAULO**  
SAÚDE



Saiba mais em:  
[prefeitura.sp.gov.br/covisa](http://prefeitura.sp.gov.br/covisa)