

# SÍNDROME PÓS-POLIOMIELITE (SPP)

INFORMATIVO AOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE



# CEARÁ

## GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE

### **Secretaria da Saúde do Estado do Ceará**

Governador do Estado do Ceará  
**Elmano de Freitas da Costa**

Vice-Governadora  
**Jade Afonso Romero**

Secretária da Saúde do Ceará  
**Tânia Mara Silva Coelho**

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde (Sevig)  
**Antonio Silva Lima Neto**

Secretaria Executiva de Planejamento e Gestão Interna (Sepgi)  
**Carla Cristina Fonteles Barroso**

Secretário Executivo Administrativo-financeiro (Seafi)  
**Ícaro Tavares Borges**

Secretário Executivo de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional  
(Seade)  
**Lauro Vieira Perdigão Neto**

Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (Seaps)  
**Maria Vaudelice Mota**

**2025. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.  
Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde.  
Coordenadoria de Políticas da Gestão do Cuidado.**

**Série: Instrumentos técnicos e informativos para gestão do cuidado e fortalecimento das Políticas de Saúde do Estado do Ceará.**

**E-mail: coordenadoriadepoliticas@saude.ce.gov.br**

# Ficha Técnica

©2025-CEARÁ. Síndrome Pós-Poliomielite (SPP)/informativo aos profissionais de saúde, permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte e autoria.

## Elaboração

**Luciene Alice da Silva**

Coordenadora de Políticas e Gestão do Cuidado (Cogec)

**Priscilla Cunha da Silva**

Assessora Técnica da Cogec

**Thalita Helena Christian Oliveira**

Assessora Técnica da Cogec

## Colaboração

**Ana Virginia Evangelista de Mendonça**

Assessora Técnica da Cogec

**Ana Karine Borges Carneiro**

Coordenadora de Imunização (Coimu)

**Pollyana Lúcia Costa Pereira**

Assessora Técnica da Coimu

## Coordenadora de Comunicação

Helga Rackel Sousa Santos

## Projeto Gráfico, Edição e Diagramação

Júlio César Alves Lopes

## Equipe de Marketing Sesa

Ágda Sarah Sombra

Rayanne Nunes Forte de Aguiar

# Sumário

<b>Apresentação.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Introdução.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Fatores de Risco.....</b>	<b>8</b>
<b>3. Aspectos Clínicos.....</b>	<b>9</b>
<b>4. O Cuidado Integral às Pessoas com Síndrome Pós-Poliomielite.....</b>	<b>10</b>
<b>4.1. Diagnóstico.....</b>	<b>10</b>
<b>4.1.1. Diagnóstico Diferencial.....</b>	<b>11</b>
<b>4.2. Gerenciamento da Dor.....</b>	<b>11</b>
<b>4.2.1. Tratamento Medicamentoso.....</b>	<b>11</b>
<b>4.2.2. Reabilitação.....</b>	<b>11</b>
<b>4.2.3. Apoio Psicológico.....</b>	<b>12</b>
<b>4.3. Prevenção e Proteção.....</b>	<b>12</b>
<b>4.3.1. Responsabilidade da Atenção Primária em Saúde (APS) no âmbito da vacina.....</b>	<b>13</b>
<b>5. Referências.....</b>	<b>16</b>

# Apresentação

A Síndrome Pós-Pólio (SPP) é uma condição neuromuscular que pode surgir décadas após a infecção aguda pelo poliovírus, afetando indivíduos que anteriormente se recuperaram da poliomielite paralítica.

Caracterizada por sintomas como fraqueza muscular progressiva, fadiga intensa, dores articulares e musculares, a SPP pode comprometer significativamente a funcionalidade e a qualidade de vida dos pacientes. No entanto, o desconhecimento sobre a condição ainda é um desafio, levando a atrasos no diagnóstico e no início do manejo adequado.

O Brasil tem uma longa história de combate à poliomielite. A partir da década de 1980, o país implementou campanhas de vacinação massiva que resultaram em uma significativa redução dos casos de poliomielite. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) tem sido fundamental para a erradicação da doença, sendo reconhecido internacionalmente por sua eficácia.

A última epidemia de poliomielite no Brasil ocorreu na década de 1980, e o país foi declarado livre da transmissão do poliovírus em 1994 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No entanto, ainda são registrados casos de poliomielite em algumas regiões do mundo, principalmente em países com baixa cobertura vacinal.

O Estado do Ceará possui um dos maiores índices de cobertura vacinal do país, tem desempenhado um papel importante na luta contra a poliomielite. O estado implementou campanhas intensivas de vacinação, o que ajudou a manter a erradicação da doença. Entretanto, como ocorre em outras partes do Brasil, os sobreviventes da poliomielite que foram acometidos pela doença antes da introdução da vacina, ou que sofreram sequelas graves, podem desenvolver a Síndrome Pós-Poliomielite.

A falta de conhecimento sobre a síndrome e a necessidade de tratamento especializado são desafios para as pessoas afetadas. No Ceará, como em outras regiões do Brasil, a SPP é uma condição que ainda necessita de maior atenção, com a necessidade de profissionais qualificados para o diagnóstico e o manejo dessa síndrome.

Espera-se com esse informativo atualizar os profissionais de saúde sobre os principais aspectos clínicos, diagnósticos e tratamento da Síndrome Pós-Pólio, promovendo uma abordagem mais sensível, eficaz e humanizada no cuidado aos pacientes afetados.

**Maria Vaudelice Mota**  
Secretária Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde

# 1. Introdução

A etiologia exata da Síndrome Pós-Pólio ainda não é completamente compreendida, há hipóteses que explicam seu surgimento com base em alterações neuromusculares tardias decorrentes da infecção inicial pelo poliovírus. As principais causas sugeridas incluem:

## ■ Sobrevida dos neurônios motores sobreviventes:

Após a poliomielite aguda, o organismo realiza um processo de reinervação compensatória, no qual os neurônios motores restantes formam novas conexões para suprir as fibras musculares que perderam inervação. Com o passar dos anos, essa adaptação pode se tornar insustentável, levando ao desgaste progressivo dessas unidades motoras hipertrofiadas.

## ■ Degeneração neural tardia:

Estudos sugerem que há uma degeneração lenta e progressiva dos motoneurônios previamente comprometidos, mesmo décadas após a infecção inicial. Esse processo degenerativo contribui para a perda de força e função motora.

## ■ Desuso ou uso excessivo dos músculos:

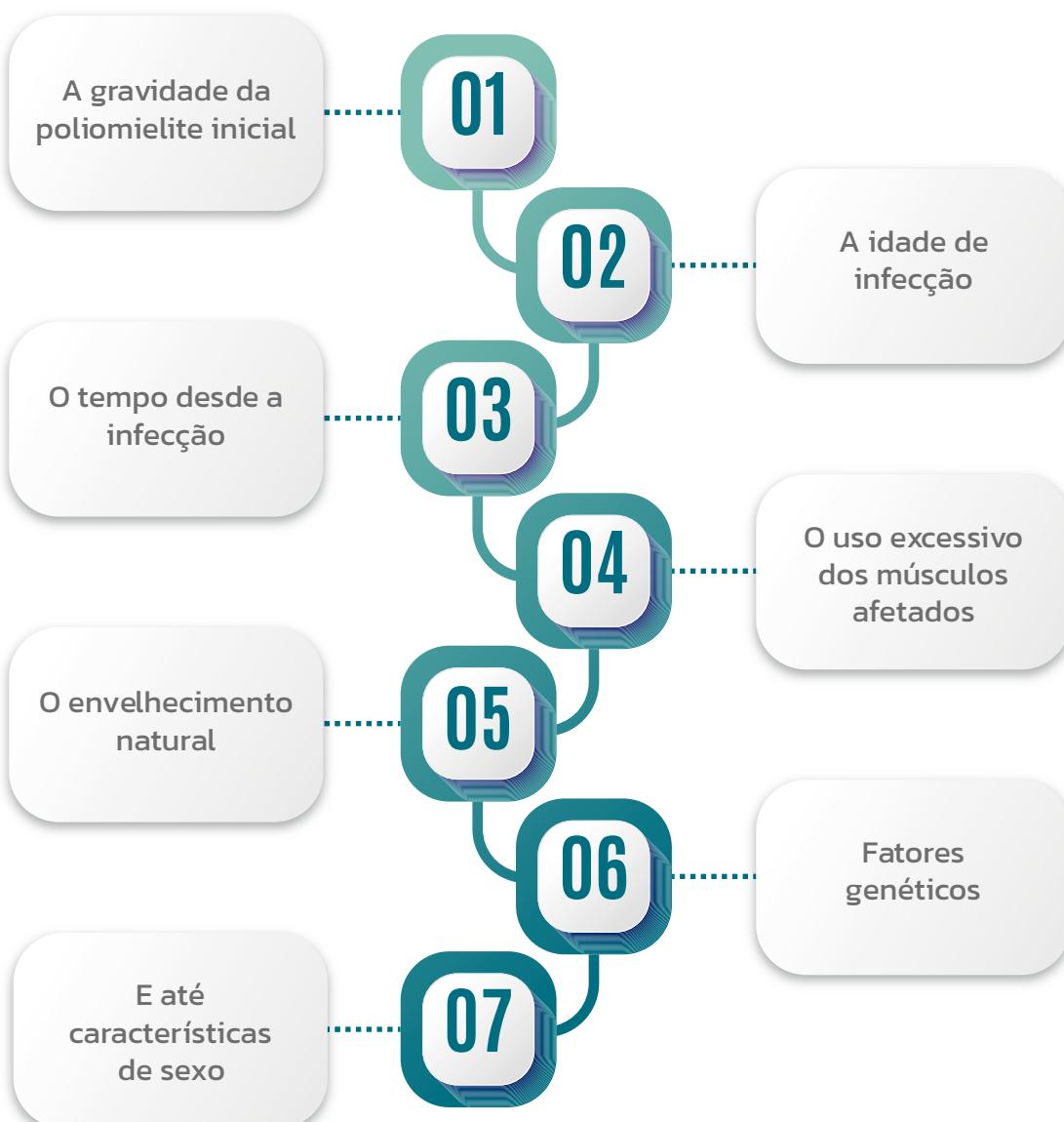
O desequilíbrio entre repouso e atividade pode agravar a fraqueza muscular. O uso excessivo de músculos enfraquecidos leva à fadiga e à deterioração funcional, enquanto o desuso contribui para atrofia muscular.

## ■ Fatores sistêmicos e envelhecimento natural:

O envelhecimento dos sistemas neuromuscular e musculoesquelético, somado a comorbidades como doenças articulares, distúrbios do sono e disfunções respiratórias, pode agravar o quadro da SPP.

## 2. Fatores de Risco

Alguns fatores aumentam as chances de desenvolver a condição neuromuscular, esses fatores incluem:



Compreender esses fatores de risco é fundamental para a prevenção, diagnóstico precoce e manejo adequado da síndrome, ajudando os sobreviventes a melhorar a qualidade de vida e a gerir os sintomas de forma eficaz.

# 3. Aspectos Clínicos

As manifestações da infecção pelo poliovírus podem apresentar-se como quadros inaparentes até quadros paralíticos. Existem três formas clínicas da infecção pelo poliovírus: inaparente, abortiva, e a forma paralítica.

## ■ Forma inaparente ou assintomática

Se manifesta por meio do isolamento do poliovírus nas fezes e orofaringe, como também pelo aumento dos anticorpos séricos.

## ■ Forma não paralítica

O período de incubação ocorre entre o início da infecção até o início dos sintomas usualmente de 1 a 3 dias, podendo chegar até 5 dias. O quadro clínico caracteriza-se por sintomas inespecíficos: febre, dor de cabeça, dor de garganta, anorexia, apatia, vômitos, dor abdominal e diarréia. A doença abortiva não é indistinguível clinicamente de outras doenças virais e o diagnóstico é realizado através do isolamento do vírus.

## ■ Forma paralítica

Apresenta um quadro clínico bastante heterogêneo e dependente do comprometimento da medula espinhal, tronco ou hemisférios cerebrais. Já a fraqueza muscular do tipo flácido, podendo ir desde acometimento seletivo de alguns grupos musculares, até quadros de paraplegia ou quadriplegia, sendo os membros inferiores os mais freqüentemente atingidos é uma forma clínica característica da poliomielite espinhal. Geralmente, nas formas de comprometimento espinhal, as paralisias são de distribuição assimétrica, embora esse padrão não seja obrigatório. Os reflexos podem ser vivos inicialmente e posteriormente tornam-se hipoativos ou mesmo abolidos. A hipotonia é invariavelmente encontrada no membro afetado nos quadros paralíticos. O comprometimento bulbar ocorre em 10-15% dos casos. O termo indica o envolvimento motor de nervos cranianos e centros de controle respiratórios e circulatórios. Um quadro de encefalite também pode ocorrer, embora seja uma forma bastante rara e grave da infecção e com alta mortalidade.

# 4. Cuidado Integral às Pessoas com SPP

## 4.1 Diagnóstico

O diagnóstico da Síndrome Pós-Poliomielite é principalmente clínico, baseado no histórico da doença e na avaliação dos sintomas atuais. Exames complementares são importantes para excluir outras condições e apoiar o diagnóstico, mas não existe um teste específico para a SPP.

O diagnóstico precoce é fundamental para que os pacientes recebam o tratamento adequado e possam adotar estratégias para gerenciar a síndrome e melhorar a qualidade de vida, então o processo envolve uma avaliação detalhada para confirmar que os sintomas não são causados por outras doenças.

### ■ Principais etapas no diagnóstico da SPP:



**Histórico Clínico Completo** - O primeiro passo no diagnóstico da síndrome pós-poliomielite é realizar um histórico clínico detalhado (Histórico de poliomielite; Início e evolução dos sintomas e Sintomas atuais);



**Exame Físico** - O exame físico é essencial para o diagnóstico e inclui a avaliação da força muscular, reflexos, coordenação e mobilidade;



**Exclusão de outras condições** - Como os sintomas da SPP podem se sobrepor aos de outras doenças neurológicas ou musculares, é essencial excluir outras possíveis causas para os sintomas. Algumas condições que precisam ser consideradas incluem:



**Doenças neurológicas degenerativas** - Como esclerose lateral amiotrófica (ELA), esclerose múltipla, distrofias musculares e doenças neuromusculares;



**Distúrbios metabólicos ou hormonais** - Como hipotiroidismo ou doenças endócrinas que podem afetar a função muscular;



**Artrite e doenças musculoesqueléticas** - Como a osteoartrite ou a fibromialgia, que podem causar dores e rigidez muscular;



**Testes Complementares** - Embora não haja um exame específico para a síndrome pós-poliomielite, os médicos podem solicitar alguns testes para ajudar a excluir outras condições e confirmar o diagnóstico:



**Eletromiografia (EMG)** - Um teste que avalia a atividade elétrica dos músculos;



**Testes de função muscular** - Avaliações de força e resistência muscular podem ser feitas para observar a extensão da fraqueza e do cansaço muscular;



**Ressonância magnética (RM)** - Pode ser usada para excluir lesões na medula espinhal ou outras condições neurológicas;



**Exames de sangue** - Para verificar condições metabólicas, como problemas na tireoide ou deficiências vitamínicas, que podem contribuir para os sintomas.

## 4.1.1 Diagnóstico Diferencial

É importante diferenciar a síndrome pós-poliomielite de outras doenças que podem apresentar sintomas semelhantes, como:

**Esclerose lateral amiotrófica (ELA)** – É uma doença neurodegenerativa que também causa fraqueza muscular progressiva. No entanto, ela tende a afetar músculos de forma mais generalizada e não tem o histórico de poliomielite;

**Distúrbios musculares não relacionados à poliomielite** – Como distrofias musculares ou miopatias, que causam fraqueza muscular;

**Síndrome de fadiga crônica** – Pode causar cansaço extremo, mas sem os sinais de fraqueza muscular ou atrofia característica da SPP.

## 4.2 Gerenciamento da Dor

A dor deve ser bem interpretada para uma melhor orientação. As suas causas podem ser de origem mecânica ou neuropática (OLIVEIRA; QUADROS, 2009). A dor mais predominante é a mecânica, especialmente relacionada ao comprometimento articular e músculo tendíneo. Para estas situações preconiza-se o uso de analgésicos, anti-inflamatórios não hormonais e os miorrelaxantes.

O “supertreinamento” é uma das principais causas de desordens dolorosas em pacientes com Síndrome Pós-Pólio (SPP). Estudos mostram que a localização da dor está diretamente relacionada ao tipo e velocidade de locomoção dos pacientes.

### 4.2.1. Tratamento Medicamentoso

O tratamento medicamentoso é baseado em analgésicos, uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e raramente corticoides. A dor crônica pode ser manejada com antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação da serotonina e relaxantes musculares.

Medicamentos só devem ser usados com prescrição médica, o tempo adequado, respeitando as doses máximas e interação com outras medicações. Quando de origem neuropática, relacionadas com comprometimento medular, radicular, ou dos nervos periféricos, poderão ser indicados medicamentos que diminuam a despolarização da membrana nervosa como antidepressivos, anticonvulsivantes e antiarrítmicos. Caso haja persistência da dor ou se a sua intensidade for limitante, recomenda-se o acompanhamento em unidade especializada para o tratamento da dor.

### 4.2.2. Reabilitação

Em caso de dores decorrentes de lesões agudas, o tratamento mais indicado é por modalidades fisioterapêuticas tradicionais. Assim como, mudanças no estilo de vida com redução de atividades físicas e da biomecânica empregada para a realização de determinados movimentos também contribuem na redução da dor. Essas estratégias podem ser difíceis de serem alcançadas porque, muitas vezes, exigem que o paciente desenvolva comportamentos diferentes daqueles que lhe são costumeiros. Sendo essencial alterar o ritmo e a intensidade das atividades e aprender novas maneiras de obtenção de maior controle de quando e como as atividades podem ser realizadas.

## 4.2.3 Apoio Psicológico

A síndrome pós-poliomielite não afeta apenas a função física, pode ter um impacto significativo na qualidade de vida emocional dos pacientes, já que muitos enfrentam limitações físicas progressivas, frustração e ansiedade. O apoio psicológico pode ser essencial para a adaptação e o enfrentamento positivo da condição, ajudar a lidar com as dificuldades emocionais e psicológicas decorrentes da condição.

## 4.3 Prevenção e Proteção

A vacinação tem sido fundamental para a erradicação de doenças imunopreveníveis, e para a redução significativa de outras, como a poliomielite. Uma população imunizada de forma adequada pode interromper a cadeia de transmissão de doenças, eliminando a circulação do agente patogênico.

O Brasil em 1994, graças à vacinação em massa com a vacina oral contra a pólio (VOP) erradicou a poliomielite e para reduzir o risco de reintrodução do poliovírus selvagem e o aparecimento de poliovírus derivado vacinal (VDPV) e dando continuidade ao processo de erradicação da poliomielite.

Em 2024 o Ministério da Saúde substituiu as duas doses de reforço com vacina oral poliomielite bivalente (VOPb) por uma dose de vacina inativada poliomielite (VIP), de modo que o esquema vacinal contra a doença será exclusivo com VIP. (Figura 1)

**Figura 01 – Esquema vacinal e reforços contra a poliomielite para as crianças menores de 5 anos de idade a partir de 4 de novembro de 2024**

IDADE	VACINA
2 meses – 1ª dose	
4 meses – 2ª dose	
6 meses – 3ª dose	
15 meses – reforço	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) – VIP

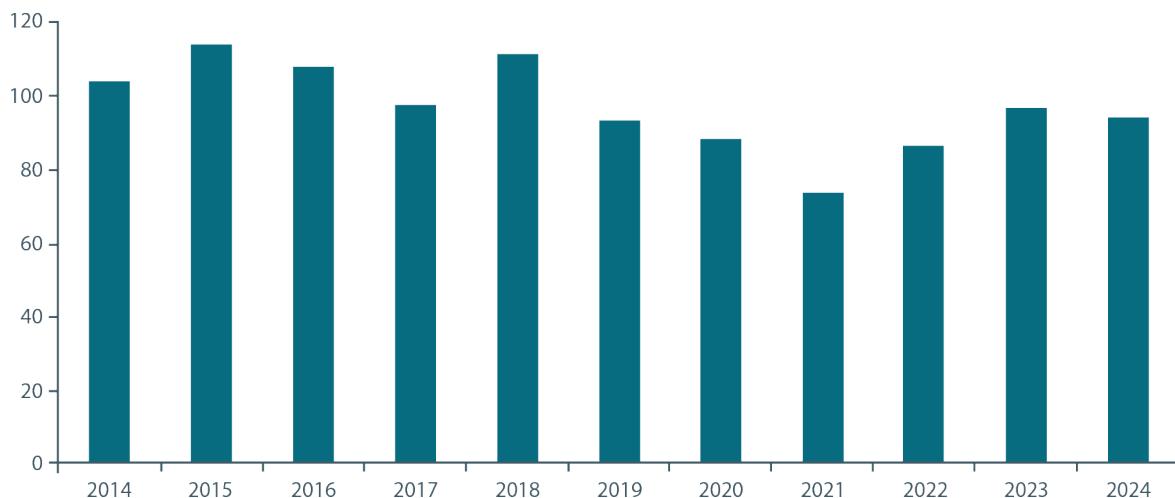
Fonte: CGIC/DPNI/SVSA/MS

Atualmente Conforme o Calendário Básico de Vacinação da Criança, o esquema vacinal contra Poliomielite corresponde a três doses que são administradas aos dois, quatro e seis meses de idade e um reforço que é administrado aos 15 meses com a Vacina Inativada Poliomielite (VIP). Após a aplicação de três doses, a VIP confere proteção sérica de 99% a 100% aos receptores com altos títulos de anticorpos 5.

A meta estabelecida pelo MS é alcançar, no mínimo, 95% de cobertura vacinal (CV) para as crianças com o objetivo de proteger contra a Poliomielite e manter a eliminação da doença.

Em 2024 o Brasil atingiu a CV de 89,18% para VIP. O Ceará teve 93,61% de CV na vacina Poliomielite administrada em crianças menores de um ano de idade. O Estado precisa alcançar a CV de forma homogênea, ou seja, todos os municípios deverão alcançar a meta preconizada por meio da atualização da situação vacinal das crianças. (Figura 2)

**Figura 02 – Série histórica de coberturas vacinais, vacina Poliomielite, Ceará, 2014 – 2024**



Fonte: DATASUS e LOCALIZASUS

Os resultados alcançados no Ceará refletem os esforços das administrações estaduais e municipais no último ano, consolidando e aprimorando as estratégias para os anos subsequentes. A imunização, sendo um processo dinâmico e complexo, necessita de intensificação contínua das estratégias, com o objetivo de aperfeiçoar as atividades de vacinação e alcançar a uniformidade dos indicadores em todas as regiões do estado.

A imunização é uma das ferramentas mais poderosas na luta contra doenças infecciosas. A colaboração de governos, organizações internacionais, profissionais de saúde e a conscientização da população são essenciais para garantir a proteção coletiva e a erradicação de doenças como a poliomielite.

Em 1999, foi detectado o último caso de poliomielite causada pelo poliovírus selvagem tipo 2 (PVS2) em todo o mundo; entretanto, o poliovírus Sabin tipo 2 (Sabin 2) foi responsável pela maioria dos casos de poliovírus circulante derivado da vacina (cPVDV), detectados a partir do ano 2000, e de uma proporção substancial dos casos de poliomielite paralítica associada à vacina.

### 4.3.1 Responsabilidade da Atenção Primária em Saúde (APS) no âmbito da vacina

Com o objetivo de estabelecer diretrizes para uma resposta coordenada a um provável evento ou surto causado por poliovírus, seguem algumas recomendações de ações no âmbito da APS:

#### Papel da APS e Gestão

- Os estados devem orientar e apoiar as Unidades Básica de Saúde (UBS) dos municípios nas ações de enfrentamento, na ocorrência de um caso;
- Alertar os profissionais, as autoridades e os gestores em saúde, para uma possível emergência de poliomielite;
- Reforçar a urgência de intensificação vacinal e das ações de vigilância das Paralises Flácidas Agudas (PFAs) para a detecção e a investigação de todos os casos em menores de 15 anos;
- Qualificar os profissionais da saúde para a detecção e a notificação de PFA.

## Vacinação e Acesso

- Orientar a população sobre atualização do calendário vacinal e fortalecer as orientações sobre o calendário de vacinação;
- Reforçar o monitoramento da cobertura vacinal da área do município;
- Propor a manutenção de serviços de vacinação em todas as UBS:
  - Na inviabilidade, estabelecer fluxo de direcionamento para locais com serviços de vacinação e ampla divulgação à população;
- Realizar controle de estoque e garantir disponibilidade das vacinas do Calendário Nacional de Vacinação e insumos necessários em todas as salas de vacina;
- Promover a disponibilidade e a qualidade das vacinas ofertadas à população;
- Evitar barreiras e a burocratização do acesso: avaliar a possibilidade de parcerias para instalação de pontos de vacinação em locais de grande circulação;
- Planejar e oferecer vacinação de rotina extramuro para:
  - Menores de 5 anos de idade com dificuldade ou impossibilidade física de deslocamento até uma UBS;
  - Populações vulneráveis (população em situação de rua, indígenas, quilombolas, filhos de pessoas abrigadas, filhos de população privada de liberdade, ribeirinha e locais de difícil acesso);
- Garantir pessoal de enfermagem treinado e habilitado para vacinar durante todo o tempo de funcionamento da unidade.

## Educação em Saúde e Comunicação

- Realizar ações de educação em saúde sobre a importância da vacinação;
- Realizar educação em saúde com professores nas escolas e articular estratégias com o Programa Saúde na Escola;
- Divulgar em redes sociais, rádios, televisão e outros meios de comunicação as ações coletivas, vacinas disponíveis, unidades vacinadoras, entre outras informações inerentes ao processo de vacinação;
- Fortalecer a relação entre a população e o sistema de saúde, incentivando a confiança na vacinação e a adesão aos programas de imunização;
- Combater qualquer informação falsa (*fake news*) sobre vacinação;
- Realizar ações de educação em saúde em sala de espera, em meio lúdico, para todos que aguardam atendimento na UBS.

## ■ Monitoramento e Registro

- Verificar o histórico vacinal das crianças e menores de 15 anos de idade nos estabelecimentos de saúde, por qualquer motivo de consulta, e atualizar a situação vacinal para poliomielite, conforme Calendário Nacional de Vacinação;
- Intensificar a vacinação de rotina: esquema de três doses de VIP (aos 2, 4 e 6 meses de idade) e um reforço de VIP (aos 15 meses de idade), nas crianças menores de 5 anos;
- Monitorar a cobertura vacinal por meio da ficha espelho e consulta aos cartões durante a rotina;
- Garantir a sala de vacina aberta durante todo o horário de funcionamento da UBS;
- Permitir o acesso à vacinação das crianças menores de 5 anos de idade que estiverem sem o cartão de vacina, sem o comprovante de residência ou sem outro documento;
- Para o correto registro, anotar os dados possíveis no momento da vacinação (endereço, nome, data de nascimento, entre outros);
- Posteriormente, os documentos deverão ser buscados;
- Garantir o registro adequado da vacinação;
- Garantir o registro de 100% das doses administradas nos sistemas de informação, em tempo oportuno.

## ■ Proteção e Segurança

- Reforçar as orientações quanto à proteção individual, para evitar possíveis contágios de doenças.

## 5. Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. FIOCRUZ – Com o primeiro surto no Brasil registrado em 1911, poliomielite ainda preocupa. Brasília, DF, 4 maio.2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/com-primeiro-surto-no-brasil-registrado-em-1911-poliomielite-ainda-preocupa>.
- 2.\_\_\_\_\_Secretaria de Saúde do Paraná. Poliomielite – CID10: A80 Doenças Infecciosas e Parasitárias. Paraná. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Poliomielite>
- 3.\_\_\_\_\_Universidade Federal da Bahia. SCIELO.  
Indicadores de efetividade da vigilância epidemiológica para paralisias flácidas agudas no Brasil de 1990 a 2000. Salvador, BA.2023 Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2003.v14n5/325-333/pt>
- 4.\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Síndrome pós-Poliomielite e Co-morbidades. Brasília, DF,2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_pospoliomielite\\_comorbidades.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pospoliomielite_comorbidades.pdf)
- 5.\_\_\_\_\_Portal Drauzio Varella .Doenças e sintomas – Síndrome pós-poliomielite (SPP).São Paulo, SP,2011. Disponível em : <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/sindrome-pos-poliomielite-spp/>
- 6.\_\_\_\_\_Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós Graduação em Ciências. "síndrome pós-poliomielite (spp):uma doença velha". São Paulo, SP, 2025. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sindrome\\_pos\\_poliomielite\\_spp.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sindrome_pos_poliomielite_spp.pdf)
- 7.\_\_\_\_\_+Tua Saúde. Vacina da Poliomielite (VIP): para que serve, quando tomar e doses. Rio de Janeiro, RJ, nov.2024. Disponível em:<https://www.tuasaude.com/vacina-contra-poliomielite/#SnippetTab>
- 8.\_\_\_\_\_. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. SCIELO. Poliomielite no Brasil: do reconhecimento da doença ao fim da transmissão  
.Rio de Janeiro, RJ, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MdTPzzFHsmcY3wmpz3hJLBj/?lang=pt>
- 9.\_\_\_\_\_. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. SCIELO. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. Rio de Janeiro, RJ, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000400005>
- 10.\_\_\_\_\_. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. SCIELO. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rio de Janeiro, RJ, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>
- 11.\_\_\_\_\_.Secretaria de Saúde do Ceará (SESA).campanha de vacinação contra poliomielite.Fortaleza. CE.17 de maio de 2024 . Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2024/05/17/ceara-inicia-campanha-de-vacinacao-contra-poliomielite-estado-e-o-que-mais-vacinou-contra-doenca-em-2023>.

## Síndrome Pós-poliomielite

- 12.\_\_\_\_\_Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina Departamento de Neurologia e Neurocirurgia – Associação Brasileira de Síndrome pós-pólio – Abra SPP. Documento técnico da síndrome pós-pólio. São Paulo, SP. Junho. 2004. Disponível em: <https://www.giorgionicoli.com.br/institutogn/P1.pdf>
- 13.\_\_\_\_\_RETIRADA DA VACINA POLIOMIELITE 1 E 3 (ATENUADA) (VOPb) E ADOÇÃO DO ESQUEMA EXCLUSIVO COM VACINA POLIOMIELITE 1, 2 E 3 (INATIVADA)(VIP) <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/informes-tecnicos/retirada-da-vacina-poliomielite-1-e-3-atenuada-e-adocao-do-esquema-exclusivo-com-vacina-poliomielite-1-2-e-3-inativada.pdf>
- 14.\_\_\_\_\_. Orsini M, de Freitas MR, Reis CHM, Mello M, Porto F, Vaz AC, et al. Guia de Reabilitação Neurológica na Síndrome Pós-Poliomielite: Abordagem Interdisciplinar. Rev Neurocienc [Internet]. 30º de junho de 2010 [citado 3º de julho de 2025];18(2):204-13. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8483>

# Síndrome pós-poliomielite (SPP)



Vacinar é um ato de amor.  
Proteja quem você ama.



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE