



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis
Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis

NOTA TÉCNICA Nº 25/2023-CGVDI/DIMU/SVSA/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Alerta sobre caso de poliovírus derivado vacinal tipo 1 (PVDV1) no Peru e avaliação de risco para o Brasil sobre possível reintrodução de poliovírus selvagem (PVS) e surgimento de poliovírus derivado vacinal (PVDV) diante das baixas coberturas vacinais.

2. **ALERTA NO PERU**

2.1. O Programa Nacional de Imunização (PNI) da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde (MS) alertam sobre a detecção de caso de poliovírus derivado vacinal tipo 1 (PVDV1) no Peru, país fronteiro ao Brasil, e vem expressar sua preocupação quanto ao risco de reintrodução de PVS e surgimento de poliovírus derivado vacinal (PVDV).

2.2. O Ministério da Saúde do Peru emitiu um alerta epidemiológico, no dia 22 de março de 2023, que trata de um caso de PVDV1 identificado na província de Del Datem del Marañón, na região de Loreto, no Peru, conforme *Alerta Epidemiológica. Presentación de um caso de poliovirus derivado de la vacuna em la Macro Oriente del País*. A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde também publicou uma *Atualização Epidemiológica: Detecção de poliovirus derivada da vacina tipo 1 em Perú: Implicações para a Região das Américas, em 23 de Março de 2023*, sobre esse evento.

2.3. O caso de PVDV1 trata-se de uma criança indígena do sexo masculino de 16 meses de idade, cujos responsáveis optaram por adiar a vacinação. A criança apresentou febre, tosse e fraqueza nos membros inferiores, seguida de paralisia flácida aguda (PFA). Foi coletada uma amostra de fezes para pesquisa de enterovírus, no qual foi isolado PVDV1, resultado emitido no dia 21 de março de 2023 pelo Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz/Brasil, laboratório de referência para o Peru.

2.4. A criança é residente de uma comunidade indígena no distrito de Manseriche, na província de Datem del Marañón, no departamento de Loreto (Figura 1), sem histórico de vacinação, nem histórico de viagens antes do início dos sintomas. Em 27 de dezembro de 2022, o caso foi atendido em um centro de saúde do distrito apresentando febre persistente, em 28 de dezembro foi referenciado ao Hospital Regional de Loreto e em 29 de dezembro apresentou paralisia em membros inferiores, por este motivo coletaram amostras fecais que foram enviadas ao laboratório de referência regional. Em 18 de janeiro de 2023, as amostras foram enviadas ao Instituto Nacional de Saúde do Peru para envio das amostras ao laboratório de referência regional para pólio, a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz no Brasil.



Figura 1: Localização geográfica do município de residência do caso de poliovírus derivado vacinal tipo 1 (PVDV1) no Peru e fronteira com o Brasil

2.5. Tal localidade fica a cerca de 500 quilômetros do Brasil, porém há inúmeras cidades brasileiras do Estado do Amazonas e do Acre que fazem fronteira com o Peru. Nessa região existem inúmeros rios e o deslocamento pela via fluvial é frequente.

2.6. Diante deste caso de PVDV1 no Peru, perto da fronteira com o Brasil, faz-se necessária a intensificação das ações de vacinação, vigilância epidemiológica e laboratorial das paralisias flácidas agudas no território brasileiro, em especial nos Estados do Acre e Amazonas e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) dessa região.

3. CARACTERÍSTICAS DA POLIOMIELITE E DA PARALISIA CAUSADA POR POLIOVIRUS DERIVADO VACINAL TIPO 1 - PVDV1

3.1. A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito, que ocorre em aproximadamente 1% das infecções causadas pelo poliovírus selvagem (PVS) tipo 1, 2 ou 3. O déficit motor instala-se subitamente e sua evolução, frequentemente, não ultrapassa três dias. Acomete, em geral, os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada, e arreflexia no segmento atingido.

3.2. Destaca-se que a baixa cobertura vacinal pode favorecer o surgimento de poliomielite causada pelo **poliovírus derivado vacinal (PVDV)**, que é um tipo bem documentado de poliovírus. Este tipo de poliovírus corresponde a uma mutação da cepa originalmente contida na vacina oral poliomielite (VOP) que surge em ambientes com bolsões de não vacinados. O PVDV também pode ser do tipo 1, 2 ou 3.

3.3. A VOP é a única vacina que favorece a imunidade de mucosa intestinal, protegendo contra a poliomielite. Em crianças vacinadas com este imunobiológico, os vírus atenuados se replicam e persistem em seus intestinos por até seis semanas e, então, são excretados no meio ambiente. Esses vírus vacinais podem atingir outras crianças suscetíveis e fornecer proteção - o que é conhecido como imunidade de rebanho.

3.4. No entanto, **nas localidades onde a cobertura vacinal contra a poliomielite é baixa**, como o vírus se espalha de uma criança não vacinada para outra durante um longo período de tempo (geralmente ao longo de 12 a 18 meses), ele pode sofrer mutações e assumir uma forma que pode causar paralisia, assim como o poliovírus selvagem.

3.5. **Assim, reafirma-se que a causa do surgimento de PVDV são as baixas coberturas vacinais.** Quanto menor a cobertura vacinal da população, mais tempo esse vírus circula e mais alterações genéticas ele pode sofrer.

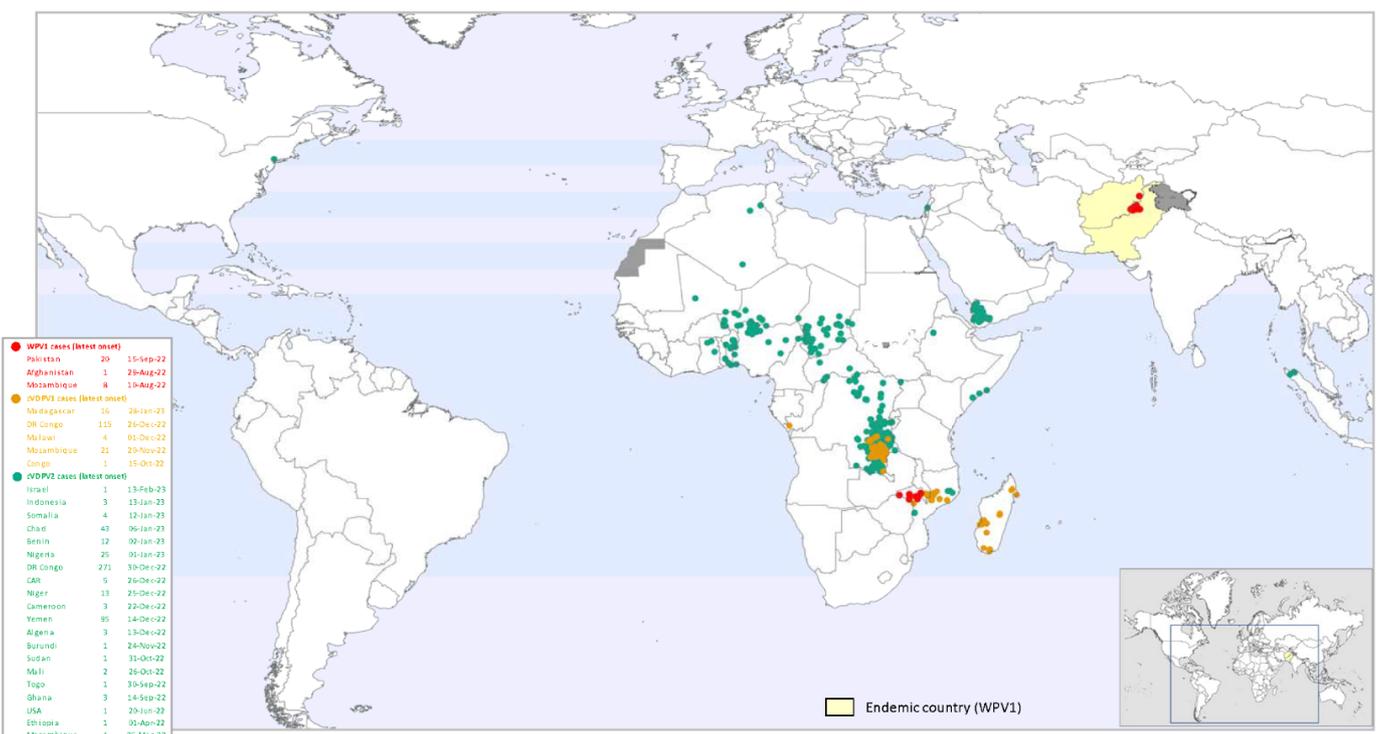
3.6. Os PVDVs podem ainda ser classificados de outras formas conforme descrito no “Plano nacional de resposta a um evento de detecção de poliovírus e um de surto de poliomielite: estratégia do Brasil” disponível em: <<https://bit.ly/plano-resposta-poliomielite02022><https://bit.ly/plano-resposta-poliomielite02022>>.

3.7. A adoção de um esquema vacinal utilizando vacina inativada poliomielite (VIP) e VOP é uma recomendação do Grupo Técnico Assessor (GTA) regional sobre Doenças Imunopreveníveis da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) aos países da Região das Américas. Embora a VIP tenha uma excelente resposta protetora, ela induz níveis muito baixos de imunidade no intestino. Desse modo, quando uma pessoa vacinada com VIP é infectada com PVS, por exemplo, o vírus selvagem pode se multiplicar dentro do intestino e ser eliminado nas fezes, favorecendo a circulação contínua do vírus.

3.8. Diante do exposto, cabe ressaltar que a VIP não interrompe a transmissão do vírus, a VOP é a vacina de escolha sempre que um surto de poliomielite precisa ser contido, mesmo em países que dependem, exclusivamente da VIP, em seus programas de imunizações.

4. SITUAÇÃO ATUAL DA POLIOMIELITE NO MUNDO

4.1. Conforme a Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI), a doença permanece endêmica em dois países (Paquistão e Afeganistão). Nos últimos 12 meses, foram confirmados 30 casos causados por PVS, sendo oito deles em país não-endêmico (Moçambique). Foram também detectados 632 casos de poliovírus circulante derivado vacinal (cPVDV) em mais de 20 países nos anos de 2022 e 2023. (Figura 2)



¹Excludes viruses detected from environmental surveillance; ²Onset of paralysis: 15 Mar. 2022 to 14 Mar. 2023

Data in WHO HQ as of 14 Mar. 2023

Fonte: <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/>
Boletim divulgado em 14 de março de 2023.

Figura 2: Distribuição dos casos de poliovírus selvagem tipo 1 (PVS1) e poliovírus circulante derivado vacinal (cPVDV) tipos 1, 2 e 3 detectados nos últimos 12 meses nos países afetados

4.2. A Organização Mundial da saúde (OMS) considera o risco de reintrodução de PVS e surgimento de PVDV como uma prioridade para a saúde pública, especialmente em países livres da doença que não alcançam as metas dos indicadores de cobertura vacinal e dos indicadores de vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas (VE-PFA/Pólio) preconizados.

4.3. Na Região das Américas, recentemente, em 21 de julho de 2022, foi identificado um caso de Paralisia Flácida Aguda (PFA) relacionada a um PVDV tipo 2 em uma pessoa não vacinada no Condado de Rockland, Nova York (Estados Unidos) e a OMS emitiu um alerta epidemiológico reiterando aos Estados Membros a importância de unir esforços para manter e fortalecer a vigilância para a detecção de casos, bem como alcançar altas e homogêneas coberturas vacinais contra a poliomielite.

4.4. Em 19 de janeiro de 2023, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) emitiu uma atualização do alerta epidemiológico denominado "Detecção prolongada de poliovírus cVDPV2 geneticamente relacionados: considerações para a Região das Américas". Este alerta reiterou aos Estados Membros a importância de alcançar e manter uma cobertura vacinal contra a poliomielite superior a 95% em cada distrito ou município para minimizar o risco de surto, fortalecer a vigilância epidemiológica da PFA e atualizar os planos nacionais de preparação e resposta para eventos e surtos de poliovírus para detectar e responder rapidamente e em tempo hábil a uma importação de PVS ou PVDV, ou ao surgimento de PVDV em um país da Região.

4.5. No Brasil, o último caso de poliomielite ocorreu em 1989 e juntamente com os demais países da Região das Américas, o Brasil recebeu da OMS/OPAS em 1994, a Certificação de área livre de circulação do PVS do seu território.

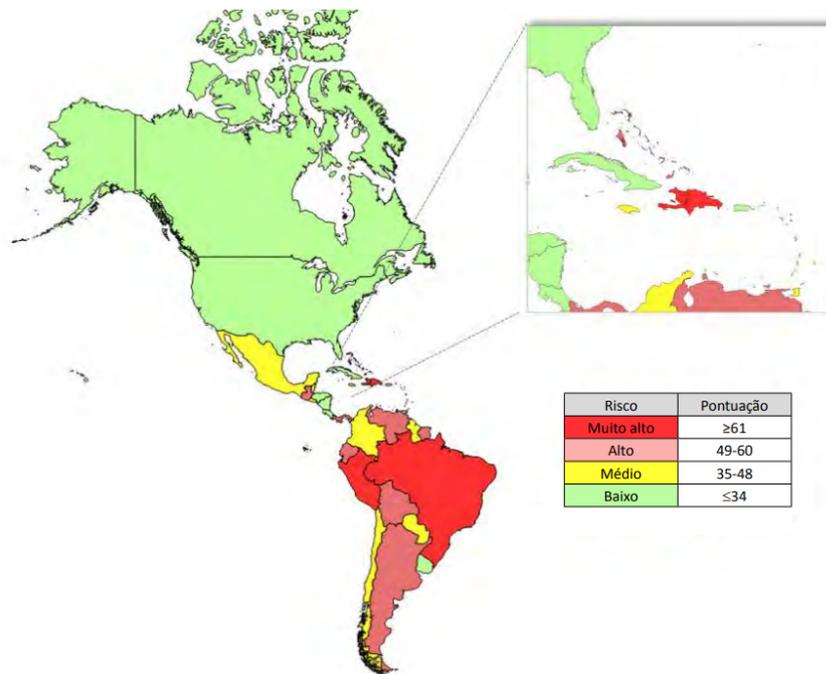
5. AVALIAÇÃO DE RISCO DO BRASIL

5.1. Seguindo o modelo internacional de avaliação de risco da OPAS/OMS, o Ministério da Saúde do Brasil realiza, anualmente, com os 5.570 municípios das 27 Unidades Federadas do país, essa avaliação analisando quatro eixos (imunidade, vigilância, determinantes e casos e surtos de doenças imunopreveníveis) e 12 indicadores, descritos a seguir.

Quadro 1: Eixos e indicadores de avaliação de risco para ocorrência de poliomielite.

Imunidade	Cobertura Administrativa
	Cobertura com VIP2
	Se o país realizou uma campanha de vacinação contra a poliomielite no período de 2017-2020, alcançou cobertura >95% no município?
Vigilância	% de unidades notificadoras que enviaram informação em todas as semanas durante o período avaliado (2020)
	Taxa PFA
	Casos de PFA com notificação oportuna (antes de 14 dias desde o início da paralisia)
	Casos de PFA investigados em menos de 48 horas
	Casos de PFA com amostra adequada de fezes
Determinantes	Casos de PFA com seguimento nos 60 dias
	Porcentagem da população com acesso aos serviços básicos de água
Casos e surtos de doenças imunopreveníveis	Porcentagem da população com acesso aos serviços básicos de saneamento
	Presença de surtos de sarampo, rubéola, difteria, febre amarela e/ou tétano neonatal nos últimos 5 anos

5.2. Após a análise dos indicadores de avaliação de risco em 2022, o Brasil foi classificado pela Comissão Regional de Certificação (RCC) para a Erradicação da Poliomielite na Região das Américas, como de **muito alto risco para reintrodução do PVS e surgimento do PVDV** na região, conforme relatório Regional (Figura 3).



Fonte: <https://www.paho.org/es/documentos/14a-reunion-comision-regional-certificacion-erradicacion-poliomielitis-region-americas>
Acessado em: 23 de março de 2023

Figura 3: Análise de risco de poliomielite da Região das Américas, 2022.

5.3. O país tem reafirmado o compromisso em manter o Brasil livre da poliomielite e tem buscado atender às recomendações emitidas pela OPAS/OMS no âmbito da erradicação da doença e dos esforços para fortalecer a vacinação, no entanto, não tem alcançado coberturas ≥95% nos últimos anos, como demonstrado na tabela 1.

Tabela 1: Cobertura vacinal de rotina para poliomielite (VIP) em crianças menores de 1 ano de idade, por unidade da Federação, no Brasil, de 2018 a 2022*

Unidade da Federação	2018	2019	2020*	2021*	2022*
Rondônia	101,89	98,26	82,51	74,58	81,84
Acre	78,34	81,73	63,08	61,78	71,41
Amazonas	79,25	83,29	68,17	67,76	76,69
Roraima	79,79	79,76	73,67	50,96	58,73
Pará	69,09	72,72	59,78	56,76	64,81
Amapá	68,74	73,01	42,68	45,36	51,62
Tocantins	91,68	88,17	84,42	80,22	84,72
Maranhão	80,61	75,73	60,91	61,94	72,59
Piauí	83,71	81,85	72,96	72,81	85,42
Ceará	111,08	93,54	88,42	74,25	85,32
Rio Grande do Norte	90,32	80,74	70,58	71,66	74,04
Paraíba	92,26	92,60	73,77	70,30	70,84
Pernambuco	94,72	85,64	72,78	68,99	75,08
Alagoas	96,13	87,89	74,40	77,52	84,82
Sergipe	89,74	80,86	71,62	72,26	79,38
Bahia	78,25	74,83	70,86	63,05	74,08
Minas Gerais	97,75	88,52	86,61	76,47	81,91
Espírito Santo	90,95	86,68	81,66	77,41	78,60
Rio de Janeiro	87,48	73,62	56,84	55,79	57,56
São Paulo	92,55	86,62	82,25	74,39	74,37
Paraná	90,88	89,69	86,35	80,75	83,46
Santa Catarina	94,59	93,68	88,70	83,76	86,43
Rio Grande do Sul	85,70	85,09	85,14	76,35	78,32
Mato Grosso do Sul	95,95	94,41	83,16	75,71	85,15
Mato Grosso	90,27	85,81	81,50	76,29	83,16
Goiás	85,54	81,52	78,13	72,71	76,05
Distrito Federal	86,03	84,32	81,54	73,23	77,59
Brasil	91,68	88,17	84,42	80,22	84,72

*Dados preliminares.

Fonte: <http://sijni.datasus.gov.br>
Acesso em 22/02/2023.

6. DA CONCLUSÃO

6.1. Em virtude da confirmação de um caso de poliovírus tipo 1 derivado da vacina (VDPV 1) no Peru e da classificação do Brasil pela Comissão Regional de Certificação como país de **muito alto risco** para reintrodução do Poliovírus Selvagem, o Ministério da Saúde alerta para o **alto risco de reintrodução da poliomielite no Brasil e surgimento de poliovírus derivado vacinal**.

7. DAS RECOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

7.1. Tendo em vista o que essa ameaça internacional representa para a população brasileira, o Ministério da Saúde reforça a importância do desenvolvimento de estratégias articuladas nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde e coordenadas entre as áreas de vigilância em saúde e ambiente, atenção primária à saúde e saúde indígena, faz-se necessária a adoção imediata de medidas para **intensificação das ações de prevenção e controle da poliomielite no Brasil**, principalmente nos estados do Acre, Amazonas, seus respectivos municípios e áreas indígenas que fazem fronteira com o Peru.

7.2. Essas medidas visam **aumentar as coberturas vacinais**, especialmente das crianças menores de cinco anos de idade contra a poliomielite. Destaca-se ainda a importância de aprimorar as **ações de vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas** para a detecção oportuna, notificação imediata, investigação dos casos e coleta de amostras clínicas em tempo adequado.

7.3. Dessa forma, a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) alertam sobre a importância de aprimorar as ações de vigilância epidemiológica e, principalmente, de **vacinação dos menores de cinco anos de idade** de forma oportuna, visando à prevenção e controle da doença, e recomenda:

- Realizar a intensificação das ações de busca ativa de casos de PFA nas unidades de saúde (Núcleo de epidemiologia/Vigilância epidemiológica local);
- Coletar oportunamente uma amostra de fezes para pesquisa de enterovírus de todos os casos de PFA notificados (até 14 dias do início da deficiência motora);
- Qualificar os profissionais da saúde para a detecção e notificação de PFA em < 15 anos de idade e/ou adolescentes e adultos com sintomas compatíveis com poliomielite (paralisia assimétrica, febre, diminuição ou ausência de reflexos, sinais de irritação meníngea presentes, etc.);
- Realizar por intermédio da unidade de saúde revisita (60 dias após o início da deficiência motora), com a avaliação clínica dos casos notificados;
- Monitorar por intermédio da vigilância epidemiológica os casos de PFA até o seu respectivo encerramento (classificação final aos 60 dias após o início da deficiência motora);
- Verificar o histórico vacinal das crianças menores de cinco anos de idade que se dirijam aos estabelecimentos de saúde, por qualquer motivo de consulta, e atualizar a situação vacinal para poliomielite conforme Calendário Nacional de Vacinação;
- Manter a vigilância de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (Esavi) sensível;
- Intensificar a vacinação de rotina, esquema de três doses de VIP (aos 2, 4 e 6 meses de idade) e dois reforços de VOP (aos 15 meses e 4 anos de idade), nas crianças menores de cinco anos, conforme o Calendário Nacional de Vacinação;
- Aproveitar as oportunidades de vacinação.
 - Os profissionais das equipes da APS devem verificar a situação vacinal durante todos os atendimentos. Caso seja identificado pendências vacinais, encaminhar o usuário à sala de vacina.
 - Monitorar as gestantes, a partir das datas prováveis do parto (DPP), para a captação das crianças após o nascimento, realização de agendamento de consulta de puericultura e seguimento. A cada consulta de puericultura deve ser avaliado o cartão de vacina da criança e da mãe.
 - As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), devem realizar a conferência da caderneta da criança no momento do atendimento, informando as equipes de vacinação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) para atualização da mesma.
- Intensificar as ações conjuntas de imunizações, VE-PFA/Pólio, laboratório, atenção primária à saúde, atenção especializada à saúde, saúde indígena, conselhos de saúde e parceiros (Rotary, Unicef, Pastoral da Criança, dentre outros), em especial nos municípios com instalações portuárias fluviais, aeroportos e rodoviárias.
- Garantir a sala de vacina aberta todo o horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS):
 - Recomenda-se manter serviços de vacinação em todas as UBS. Na inviabilidade de se seguir essa recomendação, é primordial que seja estabelecido um fluxo de direcionamento para locais com serviços de vacinação e que estes locais sejam amplamente divulgados a população.
 - Realizar controle de estoque e garantir disponibilidade das vacinas do Calendário Nacional de Vacinação em todas as salas de vacina e insumos necessários.
- Evitar barreiras e a burocratização do acesso:
 - Avaliar a possibilidade de parcerias para a instalação de pontos de vacinação em locais de grande circulação.
 - Permitir o acesso à vacinação das **crianças menores de cinco anos de idade** que estiverem sem o cartão de vacina, sem o comprovante de residência ou sem outro documento. Para o correto registro, devem ser anotados os dados possíveis no momento da vacinação (endereço, nome, data de nascimento, entre outros) e posteriormente os documentos deverão ser buscados.
 - Planejar e oferecer vacinação de rotina extramuros para **os menores de cinco anos de idade** com dificuldade ou impossibilidade física de deslocamento até uma UBS e para 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 o registro adequado da vacinação.
 - Identificar pessoas que não possuam cartão de vacina, assegurar a distribuição, administrar as doses recomendadas e registrá-las nos sistemas.
 - Garantir o registro de 100% das doses administradas nos sistemas de informação, em tempo oportuno.
 - Solicitar nos atendimentos domiciliares de rotina e nas atividades coletivas de saúde o cartão de vacina para verificação e atualização.
- Monitorar a cobertura vacinal.
 - Realizar vigilância das coberturas vacinais para poliomielite;
 - Subsidiar o agente comunitário de saúde e Agentes Indígenas de Saúde (AIS) (lista de vacinas disponíveis, calendário nacional de vacinação simplificado, cursos dentre outros) para busca ativa e identificação de pendência vacinal.
 - Subsidiar os profissionais de saúde das UBS e enfermeiros dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas responsáveis pela vacinação em território indígena (lista de vacinas disponíveis, calendário nacional de vacinação simplificado, cursos dentre outros) para identificação de

pendência na situação vacinal.

- Aprimorar os mecanismos de monitoramento de coberturas vacinais com base em dados disponíveis para a gestão local (SI-PNI, PEC, SISAB, SIASI, dentre outros).
- Realizar acompanhamento e discussão conjunta com a vigilância sobre as coberturas vacinais, e quando necessário, levar as discussões para as instâncias colegiadas (Comissão Intergestora Bipartite - CIB e Comissão Intergestora Regional - CIR).
- Produzir e divulgar periodicamente documentos informativos com análises locais das coberturas vacinais.
- Orientar a população sobre atualização do calendário vacinal.
 - Divulgar em redes sociais, rádios, televisão e outros meios de comunicação as ações coletivas, vacinas disponíveis, unidades vacinadoras, dentre outras informações inerentes ao processo de vacinação.
 - Realizar ampla divulgação do calendário vacinal a população. Como parceiros potenciais sugere-se ações conjuntas com os conselhos de saúde, conselhos das categorias profissionais, universidades, grupos sociais, dentre outros.
 - Promover encontros na comunidade com profissionais de saúde locais e especialistas, a fim de sanar dúvidas e desmistificar crenças, mitos, tabus e preconceitos sobre as vacinas, estimulando a reflexão sobre os benefícios para a saúde da comunidade, reforçando seu caráter de prevenção.
 - Verificar o histórico vacinal das crianças menores de cinco anos de idade que se dirijam aos estabelecimentos de saúde, por qualquer motivo de consulta, e atualizar a situação vacinal para poliomielite conforme Calendário Nacional de Vacinação.
- Combater qualquer informação falsa (*fake news*) sobre vacinação.
 - Promover encontros entre os gestores da saúde, profissionais da saúde locais e especialistas, a fim de sanar dúvidas e desmistificar crenças, mitos, tabus e preconceitos sobre as vacinas, estimulando a reflexão sobre os benefícios para a saúde da comunidade, reforçando seu caráter de prevenção.
 - Divulgar nos veículos de comunicação informações sobre a vacinação e seus benefícios para a saúde da comunidade, reforçando seu caráter de prevenção.
 - Ampliar a divulgação e acesso a informações obtidas com as melhores evidências científicas, como sites do Ministério da Saúde, OMS/OPAS, e de sociedades científicas.
 - Realizar treinamento, oficinas, cursos, simulações realísticas e outras ações com finalidade de preparar profissionais da saúde para realizar abordagem adequada às famílias hesitantes a vacinação.

7.4. No mais, este Ministério da Saúde coloca suas áreas técnicas à disposição para o que for necessário.

MAURO NISKIER SANCHEZ
Secretário de Vigilância em Saúde e Ambiente - Substituto

RICARDO WEIBE NASCIMENTO COSTA
Secretário Especial de Saúde Indígena

NESIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR
Secretário de Atenção Primária à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Weibe Nascimento Costa, Secretário(a) de Saúde Indígena**, em 27/03/2023, às 20:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mauro Niskier Sanchez, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente substituto(a)**, em 27/03/2023, às 21:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Felipe Proença de Oliveira, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde substituto(a)**, em 28/03/2023, às 12:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0032657706** e o código CRC **4D803408**.

