



Estado de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de Vig. Doenças Imunopreveníveis e Imunização



INFORME TÉCNICO

CAMPANHA NACIONAL DE MULTIVACINAÇÃO

DE 18/08/2011 A 24/08/2011

**VACINAÇÃO
EM DIA
18 A 24 DE AGOSTO**

**LEVE O SEU SUPER-HERÓI MENOR
DE 5 ANOS AO POSTO DE VACINAÇÃO
PARA ATUALIZAR A CADERNETA.**

Vacinação para quem precisa de mais proteção. Um direito seu assegurado pelo SUS.

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES
Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde
SUS
Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM FOME

Apresentação

Entre os compromissos assumidos pelo Ministério da Saúde, a Campanha Nacional de Multivacinação encontra-se entre uma das ações prioritárias desta instituição para o ano de 2012. Grande esforço tem sido demonstrado ao longo dos anos para o controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis. O envolvimento das três esferas de gestão nas ações de imunizações tem confirmado estes resultados exitosos no país, como no caso da varíola e da febre amarela urbana.

A Campanha Nacional de Multivacinação ocorrerá no período de **18 a 24 de agosto de 2012**, sendo a data de **18 de agosto**, o dia de divulgação e mobilização nacional. Nesta ocasião serão ofertadas todas as vacinas do calendário de vacinação da criança. Esta estratégia visa diminuir o risco de transmissão de enfermidades imunopreveníveis, assim como reduzir as taxas de abandono do esquema vacinal.

Nesta ocasião, as crianças menores de 5 anos de idade, aproximadamente **14.1 milhões**, público alvo para a ação, deverão ser avaliadas em relação a sua situação vacinal. Baseado nesta avaliação, de forma seletiva proceder-se-á a atualização do calendário de vacinal, de acordo com os esquemas preconizados pelo PNI. A ação ocorrerá nos postos de vacinação do Sistema Único de Saúde (SUS), fixos e volantes.

Esta ação envolve as três esferas gestoras do SUS, contando com recursos da União, das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para a realização da vacinação.

1. Introdução

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) ao longo de sua história vem adotando estratégias diferenciadas para alcançar adequadas coberturas vacinais, visando contribuir para erradicação, eliminação e controle das doenças imunopreveníveis.

Com a Campanha da Erradicação da Varíola (CEV), criada por intermédio do Decreto nº 59.153, de 31 de agosto de 1966, a saúde pública brasileira passou a contar com notável experiência em imunização, vigilância epidemiológica, equipe técnica e operacional vinculada a órgãos federais e estaduais. Essa estrutura vem sendo utilizada desde 1971 na implementação de programas como o Plano Nacional de Controle da Poliomielite, e em experiências locais de aplicação simultânea de vacinas, entre elas a vacina contra o sarampo.

A multivacinação é uma estratégia onde em um único momento são oferecidos a população alvo várias vacinas a o mesmo tempo, a fim de otimizar a logística dos serviços de saúde e a cobertura vacinal da população.

A estratégia de campanhas nacionais de vacinação, bem como a de multivacinação ocorre com a comunicação e mobilização da população, na tentativa de administrar vacinas de forma seletiva, **a exemplo**: tríplice bacteriana (difteria, tétano e coqueluche) e tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola). Os resultados destas ações podem ser comprovados na redução das doenças imunopreveníveis no país.

Os casos de **sarampo** entre 1977 e 1979, cujos coeficientes globais de mortalidade mantiveram-se em torno de 3,4/100 mil hab. A taxa média de letalidade no período foi de 5,4%. Na década seguinte houve uma redução no coeficiente de incidência que variou de 96,6/100 mil hab. em 1986, para 16,13/100 mil hab. em 1989. O coeficiente de mortalidade também apresentou diminuição, variando de 3,1/100 mil hab. em 1980, a 0,19/100 mil hab. em 1989. A taxa de letalidade, no mesmo período, ficou entre 4,2% e 1,1%. Até o início dos anos 1990, os

mais atingidos eram os menores de 15 anos de idade e o país enfrentou cerca de nove epidemias, a cada dois anos em média, em decorrência, principalmente, da incipiente cobertura de vacinação. Atualmente, não há casos autóctones da doença no país.

A morbidade da **coqueluche** no país já foi elevada. No início da década de 80 eram notificados mais de 40 mil casos anuais e o coeficiente de incidência era superior a 30/100.000 habitantes. Este número caiu abruptamente a partir de 1983, mantendo, desde então, tendência decrescente. Em 1990, foram notificados 15.329 casos, resultando em um coeficiente de incidência de 10,64/100.000 habitantes, a maior taxa observada na década. A partir de 1995, observou-se um declínio do número de casos e aumento da cobertura vacinal, principalmente a partir de 1998. Com isso verificou-se redução importante na incidência de 10,6/100 mil habitantes em 1990 para 0,9/100 mil habitantes em 2000. No período de 2001 a 2010, a incidência variou entre (0,32 a 0,75/100 mil). Em 2011, a incidência foi de 1,2/100 mil habitantes, aproximadamente quatro vezes maior quando comparada à incidência de 2010 (0,32/100 mil).

O número de casos de **difteria** notificados no Brasil vem decrescendo progressivamente, provavelmente em decorrência do aumento da utilização da vacina DTP. Em 1980, foram notificados 4.646 com coeficiente de incidência de 3,9/100.000 habitantes, já em 1990, foram notificados 640 casos com coeficiente de incidência de 0,44/100.000 habitantes. Esse número de casos veio decaindo progressivamente até atingir 58 casos em 2000 (coeficiente de incidência de 0,03/100.000 habitantes). A partir de 2004, o número de casos não ultrapassou 30 por ano e o coeficiente de incidência por 100.000 habitantes manteve-se em torno de 0,03. Exceto no ano de 2010, onde foram confirmados 33 casos da doença em todo o país, esse aumento foi associado à ocorrência de um surto de difteria no Estado do Maranhão neste ano. Em 2011, foram confirmados 05 casos com coeficiente de incidência de 0,003/100.000 habitantes.

Com a implementação de uma política de eliminação do **Tétano Neonatal** (TNN) como problema de saúde pública no mundo, sua incidência tem sido reduzida sensivelmente, principalmente nas Américas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), esta meta equivale a alcançar uma taxa à incidência de menos de 1 caso/1.000 Nascidos Vivos (NV), por distrito ou município, internamente em cada país. Atualmente, esta doença continua existindo como problema de saúde pública, apenas nos países de menor desenvolvimento econômico e social, principalmente no Continente Africano e Sudeste Asiático. No Brasil, a partir da década de 80 observa-se um declínio importante no número de casos da doença, passando de 584 casos em 1982 para 6 casos em 2011 correspondendo a uma redução de 98,9%.

Não obstante o alcance da meta de Eliminação do Tétano Neonatal, no País, como problema de saúde pública, em alguns municípios brasileiros essa meta ainda não foi alcançada.

No país, tem-se observado uma redução contínua do **Tétano Acidental** (TA). O coeficiente de incidência do TA na década de 80 foi de 1,8 chegando a 0,44 por 100 mil habitantes em 1998. Na década de 90 houve um declínio progressivo da doença e o número de casos passou de 1548 em 1990 para 321 em 2011, representando uma redução de 98% no número de casos. A incidência por cem mil habitantes nesse mesmo período passou de 1,1 para 0,2 representando uma redução de 82%.

Segundo dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2007 a 2011, foram notificados, no Brasil, 3.388 casos suspeitos de TA, destes 47,7% (1605/3388) foram confirmados. A incidência foi de 0,2/ 100 mil habitantes tanto nos últimos cinco anos quanto à média do período analisado. Nesse período ocorreram 545 óbitos por TA com letalidade média de 34,0%, variando de (30,9 a 39,4%).

Dos confirmados, a maioria dos casos foi do sexo masculino, com 82,5% (1416/1605), residentes em zona urbana, 77,0% (1237/1605) e distribuídos na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, com 65,5% (1052/1605). Observou-se que, 33,3% (350/1052) dos casos nessa faixa etária, nunca haviam sido vacinados contra a doença.

Apesar da vacinação contra o tétano acidental estar disponível nos serviços de saúde pública do país, observa-se a ocorrência da doença em todas as regiões brasileiras e a letalidade continua elevada, configurando a doença como um grave problema de saúde pública.

A situação epidemiológica anteriormente descrita mostra que esforços do PNI e da vigilância epidemiológica, visando aperfeiçoar seus aspectos técnicos, gerenciais e operacionais, contribuíram para a erradicação da **poliomielite** na Região das Américas e controle das demais doenças imunopreveníveis no país.

A iniciativa demonstrou que as campanhas de multivacinação garantiram aumento das coberturas vacinais de rotina, com excelente desempenho nas metas definidas pelo PNI, além de não comprometer as coberturas para a poliomielite durante as campanhas.

A premissa é válida até hoje. Alguns estados e municípios continuam oportunizando a multivacinação para crianças menores de 5 anos de idade, durante as campanhas da poliomielite, o que tem contribuído de forma decisiva para possibilitar maior oportunidade da população as ações de imunizações.

O PNI com a Campanha de Multivacinação deste ano, apoiará a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) na identificação crianças de seis meses a 5 anos de idade que tenham deficiência de vitamina A. Concomitantemente ocorrerá a distribuição deste suplemento vitamínico para este grupo.

O Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a partir do ano de 2012, irá manter uma etapa da campanha de vacinação anual contra a poliomielite no mês de junho, em todo o território nacional. Em seqüência realizará uma campanha de multivacinação, a qual ocorrerá no mês de agosto. A adoção desta estratégia além de dar continuidade no plano global de erradicação da poliomielite contribuirá para o controle de outras doenças imunopreveníveis.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Atualizar o esquema vacinal de acordo com o calendário básico de vacinação na caderneta de saúde das crianças menores de 5 anos de idade.

2.2. Objetivos específicos

-  Aumentar as coberturas vacinais para atingir a meta adequada.
-  Melhorar a homogeneidade das coberturas vacinais nos municípios.
-  Manter a eliminação do sarampo e da poliomielite.
-  Atingir altas coberturas vacinais para o reforço das vacinas de poliomielite, tríplice viral e DTP, em especial, na faixa etária de 4 a 5 anos.
-  Reduzir a incidência das doenças imunopreveníveis, conforme o calendário básico de vacinação das crianças menores de cinco anos de idade.

2.3. Meta

A meta na campanha é vacinar, de forma seletiva, as crianças menores de 5 anos de idade (0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias).

2.4. Estratégia

Todas as crianças menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias), deverão ser levadas a um posto de vacinação para que a caderneta de saúde da criança seja avaliada e o esquema vacinal atualizado, de acordo com a situação encontrada. Estarão disponíveis para esta ação todas as vacinas do calendário básico de vacinação da criança. Para maior adesão à vacinação das crianças é importante promover, durante a campanha, ações de divulgação e mobilização social dos pais e responsáveis.

3. Recomendações importantes para a operacionalização da campanha

Para utilização correta das vacinas disponibilizadas durante a campanha é importante organizar a equipe com as devidas atribuições: designar profissionais para triagem, vacinação e registro.

O trabalhador da saúde responsável pela triagem deverá avaliar atentamente a caderneta de saúde da criança para identificar o (s) esquema (s) vacinal (is) em atraso. O vacinador deverá observar o tipo de vacina, o sítio de administração e o intervalo entre as doses de acordo com o calendário básico de vacinação da criança. O registrador deverá anotar a vacina, dose, lote e data em que a vacina foi administrada e registrar a dose administrada no boletim diário de doses aplicadas ou instrumento específico da campanha. e o vacinador deverá assinar na caderneta de saúde da criança a vacina que aplicou.

Durante a campanha de multivacinação a vacina pentavalente e o esquema sequencial VIP/VOP serão preconizados para as crianças que iniciarão esses esquemas e ainda aquelas que já receberam estas vacinas bem como a vacina pentavalente para crianças indígenas, já utilizada na rotina de vacinação destas, conforme Portaria Nº 1946 de 19 de julho de 2010 que *“Institui, em todo o território nacional, o Calendário de Vacinação para os Povos Indígenas”*.

Quadro 1. Demonstrativo das vacinas disponibilizadas na Campanha Nacional de Multivacinação conforme esquema vacinal, Brasil, 2012.

Vacinas	Esquema vacinal
BCG	Dose única ao nascer. Para as crianças não vacinadas menores de 5 anos de idade.
Hepatite B	Administrar a 1ª dose em toda criança menor de 1 mês de idade não vacinada. Para a criança maiores de 1 mês de idade não vacinada, agendar a vacina pentavalente para os 2 meses idade.
Pentavalente*	Crianças entre 2 meses e 11 meses e 29 dias de idade deverão iniciar e concluir o esquema vacinal com esta vacina (2, 4 e 6 meses). *Para situações diferenciadas consultar o informe técnico da vacina pentavalente
VIP/VOP – esquema sequencial	Crianças de 2 meses a 11 meses e 29 dias de idade deverão receber o esquema vacinal sequencial da VIP (1ª e 2ª doses) e VOP (3ª dose e reforço). Crianças menores de 1 ano que receberam doses anteriores (1ª e/ou 2ª dose) de VIP deverão seguir o esquema sequencial.
VOP	Crianças menores de 5 anos de idade que iniciaram esquema com VOP deverá completar o esquema com a mesma vacina. Crianças maiores de 1 ano sem dose anterior de VOP deverão iniciar o esquema vacinal com VIP.
Rotavírus	1ª dose aos 2 meses de idade. 2ª dose aos 4 meses de idade.

	<p>Criança com idade de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias pode receber a vacina a 1ª dose.</p> <p>Crianças com idade de 3 meses e 07 dias a 5 meses e 15 dias poderão receber a 2ª dose desta vacina.</p>
Pneumocócica 10 valente	<p>Crianças a partir dos 2 meses de idade, deverão receber 3 doses desta vacina com intervalo de 2 meses entre elas, e uma dose de reforço, preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade.</p> <p>Crianças entre 7 meses e 09 meses de idade não vacinadas deverão receber 2 doses desta vacina com intervalo de pelo menos 2 meses entre as doses e uma dose de reforço, preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade. Crianças com 10 e 11 meses e farão 1 dose e mais 1 dose de reforço entre 12 e 15 meses.</p> <p>Crianças entre 1 ano e 2 anos incompletos de idade (1 ano, 11 meses e 29 dias) não vacinadas deverão receber uma única dose desta vacina.</p>
Meningocócica C conjugada	<p>Crianças a partir dos 3 meses de idade, deverão receber 2 doses desta vacina com intervalo de 2 meses entre elas, e uma dose de reforço, preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade.</p> <p>Crianças com esquema incompleto (uma dose), que iniciaram aos 10 ou 11 meses de idade, deverão receber uma dose de reforço a partir de 1 ano para completar o esquema iniciado. A dose de reforço é importante para obtenção de resposta imunológica adequada neste caso.</p> <p>Crianças entre 1 ano e 2 anos incompletos de idade (1 ano, 11 meses e 29 dias) não vacinadas deverão receber uma única dose desta vacina.</p>
Febre amarela	<p>Crianças a partir dos 9 meses de idade deverão receber a dose inicial desta vacina de acordo com a área de recomendação (ACRV).</p>
Tríplice viral	<p>Criança deve receber a 1ª dose da vacina aos 12 meses de idade e agendar a 2ª dose para 4 anos de idade.</p> <p>Criança maior de 1 ano de idade e menor que quatro anos sem vacina, deve receber a 1ª dose, e agendar a 2ª dose para os 4 anos de idade, obedecendo o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.</p> <p>Criança com 4 anos sem nenhuma dose de vacina administrar a 1ª dose e agendar a 2ª dose obedecendo o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.</p>
DTP	<p>Crianças na idade entre 1 ano e 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade não vacinadas deverão receber dois reforços: o 1º aos 15 meses e 2º aos 4 anos de idade.</p> <p>Criança maior de 1 ano de idade e menor que quatro anos sem vacina, deve receber a 1ª dose, e agendar a 2ª dose para os 4 anos de idade, obedecendo o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.</p> <p>Criança com 4 anos sem nenhum reforço administrar o 1º reforço e agendar DT para 10 anos após o primeiro reforço. Crianças que receberem o R1 com 4 anos ou mais não farão R2 com DTP, será agendado a DT.</p>
Varicela**	<p>Crianças indígenas menores de cinco anos deverão receber uma dose, conforme recomendações do calendário de vacinação para os povos indígenas.</p>

* Vacina que já era disponibilizada às crianças indígenas conforme Portaria Nº 1946 de 19 de julho de 2010 que

“Institui, em todo o território nacional, o Calendário de Vacinação para os Povos Indígenas” e que este ano foi introduzida no calendário básico de vacinação da criança.

** Vacina que é disponibilizada às crianças indígenas conforme Portaria Nº 1946 de 19 de julho de 2010 que

“Institui, em todo o território nacional, o Calendário de Vacinação para os Povos Indígenas” e que não está disponível no calendário básico de vacinação da criança.

3.1. Validade e conservação

As vacinas devem ser armazenadas sob temperatura entre +2º e +8ºC e protegidas da luz para preservar sua potência, de acordo com o prazo de validade indicado no rótulo, que deve ser rigorosamente obedecido.

A utilização das vacinas, após abertura dos frascos, segue o mesmo procedimento adotado na vacinação de rotina dos serviços de saúde, desde que mantidas as condições recomendadas de assepsia, conservação e armazenamento. Na campanha, esse procedimento deve ser adotado em relação aos postos fixos e volantes. Nos postos volantes é recomendado o desprezo das doses não utilizadas, conforme as normas de biossegurança, segundo legislação da ANVISA, expressa na Resolução RDC nº 306 de 7 de dezembro de 2004 e Resolução CONAMA nº 358/2005. O tratamento e destinação final devem atender a Resolução CONAMA nº 237/1997.

3.2. Contra indicações

Algumas vacinas apresentam contraindicações diante de situações clínicas específicas, entretanto, recomenda-se analisar cada caso individualmente.

As vacinas de **bactérias ou vírus vivos atenuados** não devem ser administradas, a princípio, em indivíduos:

- a) com imunodeficiência congênita ou adquirida;
- b) acometidas por neoplasia maligna;
- c) em tratamento com corticosteróides em esquemas imunodepressores (por exemplo, doses iguais ou maiores que 2mg/kg/dia de prednisona durante duas semanas ou mais, em crianças ou doses correspondentes de outros glicocorticóides e maiores ou iguais a 20 mg/dia nos adultos por mais de 14 dias) ou submetidas a outras terapêuticas imunodepressoras (quimioterapia antineoplásica, radioterapia, entre outros).

3.2.2. Específicas

Para as contra indicações específicas de cada vacina recomendamos consultar os manuais e notas técnicas do Programa Nacional de Imunizações.

3.3. Eventos Adversos

Quadro 2. Demonstrativo de eventos adversos das vacinas disponibilizadas na Campanha Nacional de Multivacinação conforme esquema vacinal, Brasil,2012.

Vacinas	Eventos Adversos
BCG	<p>A vacina BCG-ID pode causar eventos adversos locais, regionais ou sistêmicos, que na maioria das vezes são decorrentes do tipo de cepa utilizada, da quantidade de bacilos atenuados administrada, da técnica de aplicação e da presença de imunodepressão congênita adquirida.</p> <p>Dependendo de localização, extensão e gravidade, as complicações podem ser classificadas da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesões locais e regionais mais freqüentes <ol style="list-style-type: none"> a) Úlcera com diâmetro maior que 1 cm; b) Abscesso subcutâneo frio; c) Abscesso subcutâneo quente; d) Linfadenopatia regional supurada; e) Cicatriz quelóide; f) Reação lupóide. • Lesões resultantes de disseminação <p>Podem ser localizadas ou generalizadas e sua incidência é bastante rara.</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Lesões localizadas; <ul style="list-style-type: none"> • Em pele; • Osteoarticulares; • Em linfonodos; • Em um único órgão. b) Lesões generalizadas, acometendo mais de um órgão. <p>As condutas recomendadas referentes às lesões locais e regionais decorrentes dos eventos adversos associados temporalmente à vacina BCG-ID são as seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Úlcera com diâmetro maior que 1cm, sem cicatrização após 12 semanas, utilizar isoniazida, na dose de 10mg/kg/dia, dose máxima de 300mg, até a regressão completa da lesão. • Abscessos subcutâneos frios, até 3 meses após a vacinação, utilizar isoniazida, na dose de 10mg/kg/dia, dose máxima de 300mg, até a regressão completa da lesão. • Linfadenopatia regional supurada, em média nos três primeiros meses após a vacinação, utilizar isoniazida, na dose de 10mg/kg/dia, dose máxima de 300mg, até a supuração e diminuição significativa do tamanho do gânglio. Esses gânglios não devem ser incisados e não fazer exereses. • Nos casos de reação lupóide, lesões graves ou generalizadas

	(acometendo mais de um órgão) a indicação de tratamento deve ser com o esquema a seguir: Isoniazida (10mg/kg/dia); Rifampicina (10mg/kg/dia); Etambutol (25mg/kg/dia) por 2 meses, e Isoniazida (10mg/kg/dia); Rifampicina (10mg/kg/dia) durante 4 meses, totalizando seis meses o período de tratamento.
Hepatite B	Dor no local da injeção e febre baixa são os eventos adversos freqüentemente observados em crianças e adultos. Os vacinados podem apresentar também cefaléia e fadiga e desconforto gastrointestinal.
Pentavalente*	<p>Manifestações locais: podem ocorrer dor, vermelhidão, endurecimento e edema nas primeiras 48 horas. Ocasionalmente, forma-se nódulo subcutâneo.</p> <p>Manifestações sistêmicas: pode ocorrer febre, irritabilidade, mal-estar geral nas primeiras 24 a 48 horas; sonolência, choro persistente, anorexia e vômitos. Raramente ocorrem episódio hipotônico hiporresponsivo(EHH), convulsão e reações de hipersensibilidade.</p>
VIP	<p>VIP: Os eventos adversos mais frequentemente reportados são reações locais e febre.</p> <p>Desordem de sistema circulatório e linfático: Muito rara (<0,01%):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linfadenopatia <p>Desordens gerais e condições do local de administração: Muito rara (<0,01%):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reações no local de injeção tais como edema, dor no local de aplicação, <i>rash</i>, podem ocorrer nas 48 horas após a vacinação e persistir por um ou dois dias. <p>Febre moderada transitória ente 24 e 48 horas após a injeção.</p> <p>Desordens do Sistema imunológico: Muito rara (<0,01%):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reações de hipersensibilidade a um componente da vacina, como por exemplo, reações alérgicas, reação anafilática e choque anafilático. <p>Desordens músculo-esqueléticas: Muito rara (<0,01%):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mialgia e artralgia leve e transitória alguns dias após a vacinação. <p>Desordens do sistema neurológico: Muito rara (<0,01%):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convulsões de curta duração, convulsões febris alguns dias após a vacinação. • Dores de cabeça. • Parestesia leve e transitória (principalmente nos membros) em até duas semanas após a vacinação <p>Desordens Psiquiátricas: Muito rara (<0,01%): Dentro das primeiras horas ou dias após a vacinação e rapidamente resolvida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitação • Sonolência • Irritabilidade <p>Desordens da pele Muito rara (<0,01%):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Rash</i> • Urticária
VOP	<p>A vacina oral poliomielite é extremamente segura, sendo raras as reações associadas a sua administração. O evento adverso informado como associado à vacina produzida a partir dos poliovírus atenuados e a poliomielite pós-vacinal ou poliomielite associada ao vírus vacinal, caracteriza-se pelo desenvolvimento de paralisia flácida aguda (PFA) idêntica a infecção com o vírus selvagem, podendo, também, determinar sequelas motoras definitivas.</p> <p>A PFA é uma doença aguda febril que causa deficiência motora flácida, de intensidade variável, geralmente assimétrica. A paralisia surge entre o 4º e o 40º dia depois da vacinação no caso do próprio vacinado. No caso do comunicante do vacinado a paralisia surge entre o 4º e 85º dia. Essa situação ocorre em razão de uma mutação sofrida pelo vírus vacinal, tornando-o capaz de provocar a doença. Esse mecanismo de transformação da cepa vacinal em patogênica e denominado de reversão.</p> <p>A ocorrência da paralisia associada à vacina, no entanto, é muito</p>

	rara.
Rotavírus	Estudos demonstram que a maior incidência de eventos adversos associados a esta vacina concentra-se em irritabilidade e perda de apetite. Devido a relatos de invaginação intestinal, recomenda-se atenção na vigilância de até 30 dias após a administração da vacina, especialmente na primeira semana.
Meningocócica C conjugada	Existem relatos de ocorrência de dor local no primeiro dia após a aplicação, com duração média de até 3 dias. Tumefação, rubor e endureção são relatados em menor frequência. Em crianças menores há relato de febre, choro, irritabilidade, sonolência ou comprometimento do sono, anorexia, diarreia e vômitos. Convulsões febris e manifestações de hipersensibilidade são raras.
Febre amarela	Grande parte dos eventos adversos da vacina febre amarela é branda, autolimitada, de intensidade leve ou moderada, sendo mais frequentemente referida a dor local. Entre 2% a 5% dos vacinados podem apresentar cefaléia, mialgia, febre e outros sintomas leves entre o 5º e o 10º dia após a aplicação. São raros os casos de erupção cutânea, urticária, broncoespasmo e reações anafiláticas. Os eventos mais graves são as manifestações neurológicas e a doença viscerotrópica, de ocorrência em aproximadamente 1/22,8 milhões e 1/450.000 doses aplicadas, respectivamente.
Tríplice viral	Manifestações locais: são pouco freqüentes, podendo ocorrer eritema, hiperestesia, endureção e linfadenopatia regional. A febre pode ocorrer entre o 5º e o 12º dia, durando, em geral, de um a dois dias. Em menor frequência podem ocorrer cefaléia, irritabilidade, conjuntivite, parotidite, artralgia e manifestações catarrais. Meningites e reações de hipersensibilidade, incluindo reações anafiláticas e púrpura trombocitopênica são raras.
DTP	Entre as manifestações locais podem ocorrer dor, vermelhidão, endurecimento e edema nas primeiras 48 horas. Como manifestações sistêmicas, podem ocorrer febre, irritabilidade, mal-estar geral nas primeiras 24 a 48 horas; sonolência, choro persistente, anorexia e vômitos. Com menos frequência pode ocorrer: episódio hipotônico hiporresponsivo, convulsão e reações de hipersensibilidade.
Varicela**	Locais: sintomas locais como dor, hiperestesia ou rubor podem ocorrer em torno de 20% dos vacinados nas primeiras horas após a aplicação. Erupção leve semelhante à varicela pode surgir no local da aplicação de 8 a 19 dias após a vacinação em torno de 3,5% dos vacinados. Sistêmicos: febre pode ocorrer em torno de 15% dos vacinados, até 40 dias depois da vacinação. Erupção variceliforme, com cinco lesões, em média, pode ocorrer cinco a 26 dias após a vacinação. Encefalite, ataxia, eritema polimorfo e anafilaxia foram relatados raramente, assim como plaquetopenia. Alérgicos: anafilaxia é rara. Outros problemas associados à vacinação: A transmissão do vírus vacinal a outros indivíduos pode ocorrer, mas é rara (menos de 1%) e só em presença de exantema. O vírus permanece atenuado, quando se transmite. O risco de herpes zoster é mais baixo após a vacinação do que após a doença natural. A reativação do vírus vacinal, sob a forma de herpes zoster, em imunodeprimidos, é menos freqüente do que se observa nos indivíduos que tiveram a infecção natural. O exantema após a vacinação de imunodeprimidos é geralmente máculo-papular e vesicular e pode, às vezes, assemelhar-se a uma forma leve de varicela. A maioria das lesões é máculo-papular, mas, nos casos mais intensos, podem predominar as vesículas e o risco de transmissão é maior do que nos imunocompetentes. A evolução pode ser arrastada com duração de até dois meses. A freqüência das manifestações pode variar, na dependência do tratamento quimioterápico e de outros fatores. Caso seja necessário, podem ser tratadas com aciclovir, pois o vírus vacinal é sensível a esse medicamento. As indicações para tratamento com aciclovir são a presença de mais de 50 lesões cutâneas ou exantema com mais de sete dias de duração.
Pneumocócica	As reações adversas mais comuns observadas depois da vacinação primária foram rubor no local da injeção e irritabilidade. A maioria das reações relatadas foi de intensidade leve a moderada e não tiveram longa duração.

Conforme normas do Programa Nacional de Imunizações, toda suspeita de Eventos Adversos Graves devem ser notificados ao CRIE.

4. Vacinação segura

A vacinação segura constitui um componente prioritário do programa de imunização o qual procura garantir a utilização de vacinas de qualidade, aplicar as boas práticas de imunização, monitor dos EAPV (Eventos Adversos Pós-Vacinação) e fortalecer a integração com os meios de comunicação com mensagens claras sobre as estratégias, prioridades e segurança da vacinação.

O componente vacinação segura constitui ferramenta importante para prevenir eventuais erros no armazenamento, manuseio, preparo e administração da vacina, sendo de vital importância para a atividade de vacinação, seja rotina ou em estratégia de vacinação em massa, destacando-se como aspectos fundamentais:



O esquema de cada vacina, volume, número de doses, intervalo entre as doses;



Vacinação simultânea;



Conservação dos imunobiológicos: as vacinas devem ser conservadas em geladeira, fora do congelador, em temperaturas entre +2°C a +8°C.



Adotar procedimentos seguros no manuseio, preparo e na administração da vacina;

Exemplo: as **vacinas orais poliomielite e rotavírus** são administradas **exclusivamente** por **via oral**, não existe outra via de administração para estas vacinas. Para cada imunobiológico há uma via de administração recomendada, que deve ser obedecida rigorosamente.



A adoção de manuais e instrumentos padronizados de capacitação e supervisão para a equipe de vacinação é considerada.

Usuários, portadores de quadros clínicos especiais, isto é, indivíduos que por uma suscetibilidade aumentada as doenças ou risco de complicações para si ou para outros, que fazem uso dos imunobiológicos disponibilizados nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) deverão continuar com seus esquemas nestes Centros.

5. Avaliação final dos resultados



Avaliação do desempenho da campanha deverá contemplar a análise das coberturas vacinais (acompanhar a diminuição dos resíduos), e a realização do **monitoramento rápido de cobertura (MRC)**, para avaliação final das coberturas vacinais da campanha.

6. Registros

- Site <http://pni.datasus.gov.br/> : no dia "D" (18/08) e no dia 24/08 (Iniciar um mapa dia 18 e encerrar no dia 24/08).
- SI-API : Consolidado de rotina do mês (Somar o restante do mês com a semana de multivacinação)