



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Divisão de Imunização

Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º Andar – Sala 619 CEP: 01246-000
Email: dvimuni@saude.sp.gov.br

DOCUMENTO TÉCNICO

**CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE E DE
ATUALIZAÇÃO DO ESQUEMA VACINAL EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS**

15 a 31 de agosto de 2015

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde realizará no período 15 a 31 de agosto de 2015, as Campanhas contra a Poliomielite e Atualização do Esquema Vacinal das crianças menores de 5 anos de idade. O dia “D” será o dia 15 de agosto, sábado.

O Brasil realiza em 2015, o 36º ano de Campanhas Nacionais de Vacinação contra a Poliomielite e o 26º ano sem a doença no país, estando livre do poliovírus desde 1989 e todas as ações devem ser mantidas até que aconteça a erradicação mundial. Em São Paulo, o último caso ocorreu no ano de 1988 no município de Teodoro Sampaio.

Em 1994, o país recebeu da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a Certificação de área livre de circulação do poliovírus selvagem juntamente com os países das Américas.

Destaca-se que em 1988, desde a realização da Assembleia Mundial da Saúde, houve redução da incidência mundial dessa doença em mais de 99% e o número de países, atualmente, onde a poliomielite é endêmica passou de 125 para três (Nigéria, Paquistão e Afeganistão). Sem esse esforço internacional, mais de 10 milhões de pessoas teriam sido afetadas pela poliomielite.

No entanto, as ações de vigilância epidemiológica e vacinação ainda deverão ser realizadas para que o mundo fique livre desta doença, devido a ocorrência de conflitos, instabilidade política, populações de difícil acesso e infraestrutura inadequada, que representam grandes desafios para a erradicação da poliomielite.

Atualmente, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre os anos de 2014 e 2015, nove países registraram a doença e na sua maioria decorrente de importações do poliovírus selvagem de países endêmicos. Em 2015, até o dia 29 de julho, foram registrados 34 casos da doença (28 no Paquistão e 6 no Afeganistão). É importante salientar que na Nigéria há quase um ano não há notificação de casos de paralisia infantil.

Desde 2012, com a introdução do esquema sequencial VIP-VOP, substituindo-se a primeira e segunda dose (aos 2 e 4 meses de idade), da vacina oral atenuada contra a poliomielite (VOP), pela vacina inativada (VIP), ocorre apenas uma etapa da Campanha de vacinação indiscriminada para crianças de seis meses a menores de cinco anos de idade (quatro anos, 11 meses e 29 dias) com a vacina VOP (VOP). Com a aplicação da VOP de modo indiscriminado em Campanhas obtemos extensa disseminação do vírus vacinal, capaz de competir com a circulação do vírus selvagem, interrompendo abruptamente a cadeia de transmissão da doença. Ao circular pela comunidade, a vacina promove imunização coletiva.

2. A Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite em 2015

2.1. Objetivo e Meta

Manter coberturas vacinais maiores ou iguais a 95% contra a poliomielite de forma homogênea em todos os municípios, promovendo a proteção coletiva por meio da disseminação do vírus vacinal no meio ambiente e evitar formação de bolsões de não vacinados.

O grupo alvo da campanha para a poliomielite são as crianças entre seis meses e menores de cinco anos de idade (seis meses a quatro anos 11 meses e 29 dias), totalizando no Brasil 12.716.756 crianças, a meta mínima é vacinar 95% do grupo alvo, de forma indiscriminada, ou seja, 12.080.918 crianças. No Estado de São Paulo a população alvo é de 2.519.247 crianças e a meta de 95%, corresponde a 2.393.285 crianças.

2.2. Estratégia de vacinação

Durante a Campanha recomenda-se vacinar todas as crianças de 6 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias, mesmo aquelas que apresentarem o esquema básico de vacinação completo (vacinação indiscriminada). A Campanha é muito importante para a disseminação do vírus vacinal no meio ambiente (imunidade rebanho) e a dose aplicada será útil para cobrir eventuais falhas na resposta imune de doses anteriores.

- para as crianças entre 6 meses a < 1 ano que já tenha recebido duas doses de VIP, aplicar VOP, independentemente do intervalo.
- para as crianças entre 6 meses a < 1 ano que tenha recebido equivocadamente, D1 ou D2 de VOP na vacinação de rotina, ao invés de VIP, continuar com VOP.
- para as crianças entre 12 meses e 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade, aplicar VOP para todas as crianças.

3. Vacina oral contra a Poliomielite

A VOP induz boa imunidade intestinal e humoral, confere proteção contra os três sorotipos do poliovírus 1, 2 e 3, e sua eficácia é em torno de 90% a 95%, após a administração de três doses. Para uma imunidade longa, frente aos tipos de

poliovírus, faz-se necessário completar o esquema básico de três doses, ou seja, duas doses de VIP (D1 e D2) e uma dose de VOP (D3), sendo necessárias mais duas doses de reforço (VOP), após o término do esquema básico. Assim, praticamente 100% dos vacinados terão proteção garantida (Quadro 1).

Quadro 1: Vacina oral poliomielite

Denominação Comum Brasileira (DCB)	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada) - VOP
Laboratório produtor	Fiocruz/Bio-Manguinhos
Apresentação	Bisnaga com aplicador e tampa rosqueável, em plástico maleável de 2,5 ml contendo 25 doses
Forma Farmacêutica	Solução oral
Via de administração	Oral
Composição por dose de duas gotas = 0,1 ml	Polivírus atenuado tipo 1: 1.000.000 CCID ₅₀ ; Polivírus atenuado tipo 2: 100.000 CCID ₅₀ ; Poliovírus atenuado tipo 3: 600.000 CCID ₅₀ ; Contém: cloreto de magnésio, arginina estreptomicina, eritromicina, polissorbato 80, L- arginina e água destilada.
Conservação	A vacina deve ser armazenada e transportada na temperatura de -20°C em freezer. Após o degelo , conservar em temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz, condição esta que manterá a validade por um período de 3 (três) meses , por um período não superior ao prazo de validade indicado no rótulo. Após o descongelamento não recongelar o produto.
Cuidados de conservação após a abertura da bisnaga	Pode ser utilizada no prazo máximo de 5 (cinco) dias desde que mantidas as condições assépticas e a temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz. Na campanha, esse procedimento deve ser adotado em relação aos postos que funcionam em unidades de saúde. Para os postos móveis ou de instalação temporária, recomenda-se que as doses remanescentes das bisnagas abertas não sejam utilizadas.

Fonte: GT-GEIN/CGPNI/DEVEP/SVS/MS

3.1. Cuidados importantes na utilização da vacina oral poliomielite

Alerta-se, para evitar o contato da bisnaga conta-gotas com a boca da criança, impedindo a contaminação pela saliva no ato da vacinação.

Para os postos móveis ou de instalação temporária, recomenda-se que as doses remanescentes das bisnagas abertas não sejam utilizadas. No final do dia, as bisnagas abertas devem ser devolvidas à unidade de saúde de referência, acondicionadas em recipientes rígidos, resistentes a perfurações, ruptura, vazamento, com tampa e devidamente identificadas, de forma a garantir o transporte seguro, sendo de responsabilidade do serviço de saúde o tratamento (conforme a Resolução RDC da ANVISA nº 306 de 7 de dezembro de 2004) e o destino final dos resíduos gerados pelas atividades de vacinação.

3.2. Contraindicações

- imunodeficiência congênita ou adquirida.
- neoplasia maligna.
- tratamento com corticosteróides em doses elevadas (equivalente a prednisona na dose de 2mg/kg/dia ou mais, por mais de 2 semanas) ou

submetidas a outras terapêuticas imunossupressoras (quimioterapia, radioterapia).

- reação anafilática em dose anterior.

3.3. Evento adverso pós-vacinação

A vacina oral contra a poliomielite é segura. A ocorrência de paralisia pós-vacinal associada ao vírus vacinal, evento adverso raro, pode iniciar entre 4 e 40 dias depois da vacinação no caso do próprio vacinado e entre 4 e 85 dias no comunicante. A ocorrência da paralisia associada à vacina é rara, cerca de 1 caso / 2,4 milhões de doses distribuídas nos EUA. A taxa é maior após a primeira dose, o risco é de 1 caso / 1,5 milhões. Para as doses subsequentes, o risco é substancialmente menor.

Em estudo realizado no Brasil, por Oliveira e Struchiner, no período de 1989 a 1995, observou-se um risco para a primeira dose de 1 caso para cada 2,39 milhões de doses aplicadas e para todas as doses de 1 caso para cada 13 milhões de doses aplicadas. No Estado de São Paulo, observa-se o risco de 1 caso para cada 20 milhões de doses aplicadas.

Na ocorrência de eventos adversos associados à vacinação notificar a Vigilância Epidemiológica do Município/ Regional ou ao DISQUE CVE 0800-555466 ou notifica@saude.sp.gov.br.

4. CAMPANHA NACIONAL DE MULTIVACINAÇÃO PARA ATUALIZAÇÃO DO ESQUEMA VACINAL

4.1. Introdução

O atual calendário de vacinação consta de vacinas para 17 doenças: a vacina BCG que protege contra a tuberculose, a vacina rotavírus, contra um dos principais agentes etiológicos que causam a diarreia, vacina poliomielite que protege contra a paralisia infantil, vacina pentavalente que protege contra a difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e *Haemophilus influenza* tipo b (Hib), vacina pneumocócica conjugada 10-valente, vacina meningocócica conjugada C, vacina febre amarela, vacina sarampo, caxumba e rubéola (SCR), vacina influenza, vacina varicela e a vacina hepatite A.

Essa Campanha Nacional de Multivacinação para Atualização do Esquema Vacinal terá como objetivo o incremento das coberturas vacinais (CV) e a homogeneidade (H) em todo o país, para a manutenção da erradicação da poliomielite e o sarampo e o controle das outras doenças imunopreveníveis.

No Estado de São Paulo (ESP), observa-se que nos últimos 4 anos (2011-2014), a CV de 95% foi atingida na maioria das vacinas, no entanto, a homogeneidade de 70% nem sempre foi atingida.

Durante essa Campanha teremos uma grande oportunidade para a melhoria dessas CV e conseqüentemente da homogeneidade.

4.2. ESQUEMA VACINAL 2015

Idade	Vacina
Ao nascer	BCG ¹ , Hepatite B ²
2 meses	PENTA(DTP/Hib/HB), VIP ³ , Rotavirus ⁴ , Pneumo 10
3 meses	MenC
4 meses	PENTA(DTP/Hib/HB), VIP, Rotavirus ⁵ , Pneumo 10
5 meses	MenC
6 meses	PENTA(DTP/Hib/HB), VOP ⁶ , Pneumo 10
9 meses	Febre amarela ⁷
12 meses	SCR ⁸ , MenC, Hepatite A ⁹
15 meses	VOP, DTP ¹⁰ , Pneumo 10, SCR/Varicela ⁸
5 anos	VOP, DTP ¹¹
6 meses a 4 anos	Influenza ¹²

Notas:

1. Caso a vacina BCG não tenha sido aplicada na maternidade, aplicar na primeira visita ao serviço de saúde.
2. Vacina Hepatite B, deve ser administrada preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida, ainda na maternidade.
3. Vacina Poliomielite: na primeira e a segunda dose aplicar a vacina VIP (vacina inativada da poliomielite), a terceira, o primeiro e segundo reforço aplicar VOP (vacina oral da poliomielite).
4. A idade para aplicação da primeira dose é aos 2 meses, mas se não foi possível, a idade máxima é de 3 meses e 15 dias.
5. A idade para aplicação da segunda dose é aos 4 meses, mas se não foi possível, a idade máxima para aplicação da segunda dose é de 7 meses e 29 dias.
6. A vacina VOP continua sendo aplicada aos 6 meses (3ª. dose) e aos 15 meses (1º Reforço) e 5 anos (2º Reforço).
7. Vacina febre amarela está indicada para as crianças que residem ou viajam para regiões onde houver indicação, de acordo com a situação epidemiológica.
8. Vacina SCR, a primeira dose é aplicada aos 12 meses de idade e a segunda aos 15 meses se idade de modo combinado com a vacina varicela (vacina Tetraviral).
9. Vacina hepatite A é aplicada aos 12 meses de idade.
10. O primeiro reforço da DTP é aplicado aos 15 meses de idade ou de 6 meses a 12 meses após o término do esquema básico.
11. O segundo reforço da DTP é aplicado aos 5 anos de idade. No entanto caso a criança esteja com 5 anos de idade e não tenha recebido nenhum reforço de DTP, administrar apenas um reforço. Posteriormente seguir o esquema de uma dose de dupla tipo adulto (dT) a cada 10 anos.
12. Vacina influenza é aplicada para as crianças anualmente para as crianças entre 6 meses a 4 anos de idade, anualmente.

4.2. Vacina Pneumocócica 10-valente

O esquema vacinal da vacina pneumocócica 10-valente varia com a idade:

Idade	Nº doses	Reforço
3, 5 e 7 meses	3 doses com intervalo de 2 meses ⁽¹⁾	1 dose aos 15 meses de idade
5, 7 e 9 meses		
7 e 9 meses	2 doses com intervalo de 2 meses ⁽¹⁾	1 dose aos 15 meses de idade
8 e 10 meses		
9 e 11 meses		
10 meses	1 dose	1 dose aos 15 meses de idade ⁽²⁾
11 meses		
12 a 23 meses	dose única	-

Nota: (1) Intervalo entre as doses: mínimo de 30 dias

(2) Intervalo entre a última dose e o reforço: mínimo de 2 meses

4.3. Vacina Meningocócica Conjugada C

Idade	No. de doses	Reforço
3 e 5 meses	2 doses com intervalo de 2 meses ⁽¹⁾	12 meses
5 e 7 meses		
7 e 9 meses		
8 e 10 meses		
9 e 11 meses		
10 meses	1 dose	1 dose aos 12 meses de idade ⁽²⁾
11 meses		
12 a 23 meses	Dose única	

Nota: (1) Intervalo entre as doses: mínimo de 30 dias

(2) Intervalo entre a última dose e o reforço: mínimo de 2 meses

4.4. Vacina Penta(DTP-Hib-HB) e vacina Hepatite B

A vacina Penta é aplicada aos 2, 4 e 6 meses de idade, com intervalo de 2 meses (mínimo de 30 dias). Poderá ser aplicada para as crianças menores de 5 anos de idade e a idade mínima é de 6 semanas. Para completar o esquema vacinal da DTP, o primeiro reforço é aplicado aos 15 meses e o segundo aos 5 anos de idade.

A vacina conjugada contra o *Haemophilus influenza* tipo b (Hib), é aplicada nos menores de 1 ano de idade, no esquema de 3 doses. Para as crianças entre 1 e 5 anos de idade, apenas uma dose é suficiente para adequada proteção.

A primeira dose da vacina hepatite B é aplicada ao nascer, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida. Com a utilização da vacina Penta as crianças receberão 4 doses da vacina hepatite B, ao nascer, 2, 4 e 6 meses de idade.

Observações:

- a) RN prematuro (< 33 semanas de vida) e/ou peso < 2000g: aplicar a primeira dose ao nascimento com a vacina hepatite B e mais 3 doses da vacina Penta aos 2, 4 e 6 meses de vida.
- b) RN filho de mãe HBsAg+: aplicar a vacina e a imunoglobulina específica contra hepatite B ao nascimento e mais 3 doses da vacina Penta aos 2, 4 e 6 meses de vida.
- c) RN filho de mãe HIV+: aplicar a vacina hepatite B ao nascimento e mais 3 doses da vacina Penta aos 2, 4 e 6 meses de vida. Na situação de confirmação de infecção pelo vírus HIV, aplicar uma quinta dose dobrada com a vacina hepatite B.
- d) RN filho de mãe HBAg+ e HIV+: aplicar a vacina e a imunoglobulina específica contra hepatite B ao nascimento e mais 3 doses da vacina Penta aos 2, 4 e 6 meses de vida. Na situação de confirmação de infecção pelo vírus HIV, aplicar uma quinta dose dobrada com a vacina hepatite B.

4.5. USO SIMULTÂNEO DE OUTRAS VACINAS

Nesse momento, a maioria das vacinas do Programa Nacional de Imunização, poderão ser aplicada simultaneamente, ou seja, em um mesmo atendimento, mas por vias diferentes (Quadro 2).

Quadro 2: Intervalos recomendados entre as doses de vacinas inativadas e as vacinas atenuadas

Tipo de Vacinas	Intervalo entre as doses
Inativada - inativada	Nenhum Podem ser administradas simultaneamente ou com qualquer intervalo entre as doses
Vírus vivo atenuado - inativada Inativada - vírus vivo atenuado	Nenhum Podem ser administradas simultaneamente ou com qualquer intervalo entre as doses
Vírus vivo atenuado - vírus vivo atenuado	<ul style="list-style-type: none">• O intervalo mínimo entre duas doses da vacina SCR é de 30 dias.• Não administrar simultaneamente as vacinas SCR e febre amarela, para as crianças menores de 2 anos de idade, aguardar 30 dias. No entanto, se já recebeu dose anterior de SCR ou febre amarela com intervalo mínimo de 30 dias, ambas as vacinas poderão ser aplicadas no mesmo dia.• A vacina poliomielite poderá ser aplicada simultaneamente com qualquer vacina viral atenuada

4.6. CONTRAINDICAÇÕES GERAIS

a) Vacinas atenuadas (BCG, VOP, Febre amarela, SCR e Varicela).

- reação anafilática em dose anterior;
- com imunodeficiência congênita ou adquirida: crianças com leucemia, submetidas a transplante de medula ou órgão sólido, infectados pelo HIV, em tratamento com corticosteróides em dose elevada (equivalente a prednisona na dose de 2 mg/kg/dia ou mais, por mais de duas semanas) ou submetidas a outras terapias imunodepressoras como quimioterapia e radioterapia.

b) Vacinas inativadas (Penta, Hepatite B, VIP, Pneumocócia 10-valente, Meningocócica C, Influenza, DTP).

- reação anafilática em dose anterior

c) Vacina Pentavalente:

A vacina Pentavalente está contraindicada para as crianças com quadro neurológico em atividade e naquelas que tenham apresentado, após a sua aplicação, qualquer das seguintes manifestações:

- a) convulsões nas primeiras 72 horas após a aplicação da vacina Pentavalente ou DTP. Aplicar a vacina DTPa;
- b) episódio hipotônico-hiporresponsivo, nas primeiras 48 horas após a aplicação da vacina Pentavalente ou DTP. Aplicar a vacina DTPa;
- c) encefalopatia sete dias após a aplicação da vacina Pentavalente ou DTP. Aplicar a vacina DT;
- d) reação anafilática.
- e) crianças que apresentaram púrpura trombocitopênica idiopática. É um evento muito raro, associado a vacina hepatite B, com início dos sintomas até 2 meses após a aplicação. Nessas situações está contraindicado o prosseguimento com a vacina hepatite B.

5. SITUAÇÃO EM QUE SE RECOMENDA O ADIAMENTO DA VACINAÇÃO.

- na vigência de doença aguda febril grave, sobretudo para que os seus sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos adversos das vacinas.

- até 3 meses após o tratamento com imunodepressores ou corticosteróides em doses elevadas

6. Eventos Adversos.

Notificação dos eventos adversos

- solicitamos que todos os eventos adversos graves e/ou inusitados, associados temporalmente às vacinas, sejam notificados imediatamente ao nível hierárquico superior, com a finalidade de alertar a vigilância, de acordo com o Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação.

Referências Bibliográficas

1. American Academy of Pediatrics. Report of the Committee on Infectious Disease, 30^aed, Elk Grove Village, 2015.
1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico Campanha Nacional contra a Poliomielite e Campanha de Multivacinação para Atualização do Esquema Vacinal, 2015, 47p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais, 4^a.ed, 2014,160p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação. Brasília/Ministério da Saúde, 3^a. ed, 2014, 252p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Informe técnico da introdução da vacina pentavalente. Brasília/Ministério da Saúde, 2012, 16p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Informe técnico da introdução da vacina inativada poliomielite (VIP). Brasília/Ministério da Saúde, 2012, 18p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Informe técnico campanha nacional de multivacinação para atualização do esquema vacinal. Brasília/Ministério da Saúde, 2013, 22p.
7. Oliveira LH, Struchiner CJ. Vaccine-associated paralytic poliomyelitis in Brazil, 1989-1995. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 2000; 7(4):219-224.
8. Recommended immunization Schedule for persons aged 0 through 18 years – United States, 2015 in <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip.recs/index.html>. Acessado em 10/08/2015.
9. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Norma Técnica do Programa de Imunização, 2008, 68p.
10. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Suplemento da Norma Técnica do Programa de Imunização, 2011, 8p.

Divisão de Imunização
Agosto/2015