



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE IMUNIZAÇÃO E DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
COORDENAÇÃO-GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

INFORME TÉCNICO

CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE E MULTIVACINAÇÃO PARA ATUALIZAÇÃO DA CADERNETA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Brasília

2022

2022 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs.

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações

SRTV, Quadra 701, via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700, 6º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: www.saude.gov.br

E-mail: cgpni@saude.gov.br

Nos estados: Coordenações Estaduais de Imunizações/Secretarias Estaduais de Saúde

Nos municípios: Secretarias Municipais de Saúde, Postos de Vacinação, Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.

Expediente:

Ministro da Saúde

Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes

Secretário de Atenção Primária à Saúde

Raphael Câmara Medeiros Parente

Secretário Especial de Saúde Indígena

Reginaldo Ramos Machado

Secretário de Vigilância em Saúde

Arnaldo Correia Medeiros

Diretora do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis

Cássia de Fátima Rangel Fernandes

Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações

Adriana Regina Farias Pontes Lucena

Elaboração:

Ana Carolina Cunha Marreiros – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Ana Goretti Kalume Maranhão – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Antonia Maria da Silva Teixeira – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Carlos Edson Hott – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Cristiane Pereira Barros – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Elder Marcos de Moraes – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Ernesto Issac Montenegro Renoier – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Erik Vaz da Silva Leocádio – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Hugo Rodrigues de Souza – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Karla Calvette Costa – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Luciana Maiara Diogo Nascimento – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Maria Isabella Claudino Haslett – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Michelle Flaviane Soares Pinto – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Pedro Terra Teles de Sá – DEIDT/SVS/MS

Regina Célia Mendes dos Santos Silva - CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Sirlene de Fátima Pereira – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Soraya Oliveira dos Santos – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Tiago Mendonça de Oliveira – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Thiago Almeida Bizinotto – DEIDT/SVS/MS

Thiago Fernandes da Costa – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Rui Moreira Braz – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Sheila Nara Borges da Silva – DEIDT/SVS/MS

Wellington de Souza Freitas – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Victor Bertollo Gomes Porto – DEIDT/SVS/MS

Zirlei Maria de Matos – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Diagramação:

Área editorial/Necom/SVS

Revisão:

Área editorial/Necom/SVS

Sumário

Introdução	6
Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite e Multivacinação para Atualização da Caderneta de Vacinação da Criança e do Adolescente	7
1. Doenças Imunopreveníveis e as coberturas vacinais no Brasil	7
2. Operacionalização da Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite e Multivacinação para Atualização da Caderneta de Vacinação da Criança e Adolescente menor de 15 anos de idade – 2022	10
2.1. Propósito	10
2.2. Metas	10
2.3. Objetivo	10
2.4. Operacionalização	10
2.5. População-alvo da campanha contra a poliomielite e multivacinação	10
2.6. Financiamento	12
3. Logística	12
4. Monitoramento e desempenho das campanhas	12
5. Vacinas disponibilizadas nas campanhas de 2022	12
6. Conservação e validade das vacinas	12
7. Resíduos gerados nas campanhas	12
8. Orientações Específicas para a Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite	13
8.1. Cuidados na utilização da Vacina Oral Poliomielite	13
8.2. Evento Adverso Pós-Vacinação	13
8.3. Orientações para o registro dos dados da Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite	13
8.3.1. Registro de doses aplicadas de VIP e VOP	14
8.3.2. Orientações e condutas a serem adotadas para cada idade e esquema vacinal.	14
8.3.3. Orientações para o registro de doses aplicadas da vacina poliomielite oral (VOP) no Novo SIPNI	17
8.3.4. Orientações para entrada de dados consolidados no Novo SIPNI, estratégia Campanha	18
9. Orientações Específicas relacionadas à Campanha de Multivacinação para Atualização da Caderneta de Vacinação da Criança e do Adolescente menor de 15 anos de idade	20

9.1. Vacinação segura	24
9.1.1. Contraindicações gerais	24
9.1.2. Contraindicações específicas	25
9.2. Vigilância dos eventos adversos pós-vacinação (VEAPV)	25
9.3. Fluxo de informações para a vigilância dos EAPV	25
9.4. Orientação para o registro de doses aplicadas na Campanha Nacional de Multivacinação	26
9.4.1. Orientações para o registro das doses aplicadas no e-SUS	26
9.4.2. SIPNI WEB	27
9.4.3. Anotações de doses aplicadas	27
10. Bibliografias consultadas	28

Introdução

A vacinação é uma intervenção de elevado benefício em relação ao seu custo, pois tem contribuído para o avanço no caminho para a conquista da erradicação da poliomielite e no alcance da eliminação de doenças como a rubéola e a síndrome da rubéola congênita (SRC), além de prevenir e controlar outras doenças imunopreveníveis.

A redução da incidência destas doenças revela que mudanças importantes ocorreram no seu comportamento com o uso de vacinas e no alcance de elevadas coberturas vacinais ao longo dos anos. Entretanto, a heterogeneidade dos resultados dessas coberturas, verificada principalmente nos últimos cinco anos, contribuiu para a reintrodução do vírus do sarampo no País e pode levar ao recrudescimento de outras doenças imunopreveníveis e requer a adoção de estratégias adicionais para o resgate e vacinação das pessoas não vacinadas.

Dando continuidade às ações voltadas para a promoção da vacinação, em todo território nacional, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) realizará a Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite e a Campanha Nacional de Multivacinação para Atualização da Caderneta de Vacinação de menores de 15 anos de idade, no período de 8 de agosto a 9 de setembro de 2022, sendo 20 de agosto, o dia “D” de divulgação e mobilização nacional. Na ocasião, as unidades da Federação e os municípios terão autonomia para definir a realização de outras datas de mobilização para a vacinação, em conformidade com a realidade local.

Com a realização destas campanhas de vacinação, o Brasil reafirma o compromisso internacional assumido de manter o País livre da poliomielite e de manter a situação vacinal da população alvo em dia. A multivacinação é uma estratégia que tem a finalidade de atualizar a situação vacinal de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade (14 anos 11 meses e 29 dias), de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação e vacinar de forma indiscriminada, crianças de 1 a menores de 5 anos de idade que estejam com o esquema primário com a vacina VIP, com a vacina VOP.

As campanhas de vacinação coincidirão com a realização da vacinação contra a covid-19, em andamento. As vacinas COVID-19 poderão ser administradas de maneira simultânea ou com qualquer intervalo com as demais vacinas do Calendário Nacional de Vacinação, na população a partir de três anos de idade. Destaca-se que todas as medidas para evitar a transmissão da covid-19 nas ações de vacinação deverão ser adotadas.

A comunicação social e mobilização da população são fundamentais para que se obtenha uma maior adesão a estas estratégias, além do apoio das sociedades científicas e entidades de classe para o fortalecimento do envolvimento da sociedade civil, os pais, responsáveis, educadores, influenciando na captação da população-alvo para vacinação.

É imperativo o engajamento e atuação dos gestores das três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como dos profissionais de saúde na organização das ações para o sucesso das campanhas. Estima-se o funcionamento de aproximadamente 40 mil postos de vacinação, com o envolvimento dos recursos humanos que atuam nos serviços de vacinação da rede pública do País.

Este informe apresenta as diretrizes e orientações técnicas e operacionais para organização das campanhas, fundamentando a necessidade destas estratégias e subsidiando o processo de trabalho das equipes estaduais, municipais, do Distrito Federal e de outros órgãos interessados na capacitação dos recursos humanos envolvidos, bem como, na orientação das ações de comunicação e mobilização social.

CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA POLIOMIELITE E MULTIVACINAÇÃO PARA ATUALIZAÇÃO DA CADERNETA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

1. Doenças Imunopreveníveis e as coberturas vacinais no Brasil

Com a realização da Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite, o Brasil reafirma o compromisso internacional assumido de manter o país livre da doença com o alcance de altas e homogêneas coberturas vacinais.

Atualmente, no cenário global da poliomielite, existem dois países endêmicos, Paquistão e Afeganistão. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), atualizados até 5 de julho de 2022, mostram que entre 1 de janeiro a 12 de julho de 2022, foram confirmados 15 casos de poliomielite, sendo 4 no Afeganistão e 11 no Paquistão. Recentemente, em novembro de 2021, um caso de poliovírus selvagem tipo 1 foi relatado em Malawi e em 2022 um caso em Moçambique. A atual situação do Malawi e Moçambique, países considerados livres da circulação de poliovírus selvagem, demonstra que todos os países permanecem em risco de pólio até que a doença seja completamente erradicada do mundo.

A estratégia de vacinação contra poliomielite é um grande desafio para os países frente ao processo de erradicação do poliovírus. Nos mais de 30 anos do esforço global de erradicação, com seu início em 1988, vários progressos têm sido alcançados: inexistência de casos pelo poliovírus selvagem (PVS) tipo 2 desde 1999 e pelo poliovírus selvagem tipo 3 desde 2012.

O Brasil não detecta casos desde 1990. Em 1994, recebeu da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a Certificação de área livre de circulação do PVS, juntamente com os demais países das Américas e vem envidando esforços para alcançar a meta dos indicadores preconizados para manutenção do país livre da doença, a saber: taxa de notificação, coleta adequada de fezes, investigação em 48 horas e notificação negativa semanal.

No entanto, desde 2015 tem sido detectada uma progressiva queda das coberturas vacinais para poliomielite, menores que 95% (Tabela 1) e heterogêneas, podendo levar à formação de bolsões de pessoas não vacinadas e possibilitar a reintrodução do PVS e o surgimento de poliovírus derivado vacinal (PVDV). Este cenário foi intensificado no contexto da pandemia de covid-19, tanto no que se refere às baixas coberturas vacinais quanto ao alcance dos indicadores de Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas (VEPFA).

Tabela 1 - Cobertura vacinal da poliomielite (VIP) em crianças menores que 1 ano de idade, por unidade da Federação no Brasil, em 2015 a 2021*

Unidade da Federação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Rondônia	105,4	105,4	108,2	101,9	98,3	82,3	73,9
Acre	82,7	71,3	74,0	78,3	81,7	62,9	61,5
Amazonas	104,8	76,2	76,4	79,3	83,3	67,5	66,5
Roraima	112,3	88,5	90,5	79,8	79,8	73,0	50,0
Pará	72,1	63,2	67,6	69,1	72,7	59,2	55,7
Amapá	92,4	47,6	63,2	68,7	73,0	42,0	44,2
Tocantins	97,2	84,8	86,1	91,7	88,2	83,9	79,5
Maranhão	100,0	69,4	74,3	80,6	75,7	60,4	60,7
Piauí	80,9	70,7	78,1	83,7	81,9	71,6	70,8
Ceará	113,7	107,9	97,3	111,1	93,5	86,9	72,1
Rio Grande do Norte	97,6	70,3	69,5	90,3	80,7	69,7	70,1
Paraíba	96,1	85,5	82,3	92,3	92,6	72,7	68,4
Pernambuco	109,3	90,4	84,7	94,7	85,6	71,7	67,0
Alagoas	94,3	80,1	83,9	96,1	87,9	72,2	75,1
Sergipe	93,7	78,3	79,0	89,7	80,9	70,7	70,9
Bahia	95,4	70,7	78,3	78,3	74,8	69,8	61,3
Minas Gerais	97,1	88,3	87,1	97,8	88,5	86,0	75,4
Espírito Santo	99,4	89,3	83,2	91,0	86,7	81,6	77,4
Rio de Janeiro	107,0	89,9	88,8	87,5	73,6	55,5	53,9
São Paulo	99,7	83,8	87,7	92,6	86,6	82,1	74,0
Paraná	97,4	87,5	90,4	90,9	89,7	86,1	79,7
Santa Catarina	102,4	92,1	95,1	94,6	93,7	88,3	83,2
Rio Grande do Sul	89,2	84,5	85,7	85,7	85,1	84,9	75,9
Mato Grosso do Sul	120,4	93,8	91,5	96,0	94,4	82,2	74,3
Mato Grosso	102,8	90,6	84,1	90,3	85,8	80,9	75,3
Goiás	95,9	82,1	81,6	85,5	81,5	77,9	72,3
Distrito Federal	74,9	136,8	84,4	86,0	84,3	81,5	73,0
Brasil	98,3	84,4	84,7	89,5	84,2	76,2	69,9

Fonte: <http://sipni.datasus.gov.br>. Acessado em 11/07/2022. *dados preliminares.

Esta situação contribuiu na classificação do Brasil como País de alto risco para a poliomielite segundo o relatório de 2021 da Comissão Regional de Certificação (CRC). Essa classificação tem como base os dados anuais monitorados e apresentados pelo país referente a VEPFA, vacinação e contenção laboratorial.

Os resultados mostram que o País apresenta aproximadamente 84% dos municípios classificados como de “alto risco” e “muito alto risco” para pólio.

Desta forma, o Brasil se encontra entre aqueles países que apresentam maior risco para reintrodução do PVS e surgimento do PVDV. As análises foram realizadas nos três níveis de gestão (nacional, estadual e municipal) para identificar e direcionar as ações necessárias para mitigar o risco de reemergência da poliomielite.

Este cenário também está refletido nos resultados parciais do “Inquérito de cobertura vacinal em crianças nascidas em 2017 e 2018, residentes nas áreas urbanas das capitais

brasileiras, do Distrito Federal e de 12 municípios do interior com mais de 180.000 habitantes” que alertam sobre o risco real de reintrodução do PVS, do surgimento de PVDV, bem como da necessidade de reduzir os bolsões de crianças não vacinadas.

Em relação às PFA, a vigilância epidemiológica é o principal mecanismo para detectar evento ou surto de poliomielite, tendo por objetivo manter o Brasil livre da circulação do poliovírus selvagem e/ou derivado vacinal. A avaliação do desempenho operacional do Sistema de Vigilância Epidemiológica das PFA no País (VE PFA/Pólio) é realizada pelas três esferas de governo.

Destaca-se que o sucesso das altas coberturas vacinais obtido com os Dias Nacionais de Vacinação (DNV) no Brasil, desde 1980, com a realização de duas campanhas anuais, evidenciaram impacto sobre a redução da incidência da doença no território nacional. A partir de 2012, o País introduziu a vacina inativada poliomielite (VIP) e passou a realizar uma etapa de Campanha de Vacinação contra a Poliomielite e introduziu a Campanha Nacional de Multivacinação. Mesmo diante de todos os esforços observa-se o declínio importante nas coberturas vacinais de rotina e também nas campanhas, reforçando a necessidade da adoção de estratégias diferenciadas para o resgate de não vacinados.

As coberturas vacinais seguem em um processo de queda nos últimos anos e, desde 2019, nenhuma vacina do calendário da criança atingiu a meta preconizada. Situação idêntica foi observada com as vacinas HPV, febre amarela e hepatite B e outras destinadas ao adolescente, ao adulto e ao idoso, na rotina dos serviços de saúde. As baixas coberturas vacinais têm provocado sérios problemas à saúde dos brasileiros, principalmente pelo aumento das infecções por pneumococo, responsável por elevadas cargas de morbimortalidade, além da reintrodução da transmissão do Sarampo, inicialmente nos estados de Pernambuco e Ceará, com contenção dos surtos em 2014 e 2015, sendo certificada a eliminação pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2016, apresentado nova reintrodução da transmissão da doença em Roraima, em 2018, expandindo-se para o Amazonas, Pará, Amapá e vários outros estados até os dias atuais. Os surtos de febre amarela também causaram muitos óbitos, principalmente nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Bahia.

A adoção da estratégia de multivacinação se justifica diante do cenário de baixas coberturas vacinais e a reintrodução do sarampo, além do risco da reintrodução da poliomielite e aumento de casos de doenças até então controladas.

2. OPERACIONALIZAÇÃO DA CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIO-MIELITE E MULTIVACINAÇÃO PARA ATUALIZAÇÃO DA CADERNETA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE MENOR DE 15 ANOS DE IDADE - 2022

2.1. Propósito

Manter o País livre da poliomielite e empreender esforços para a erradicação da doença, além de atualizar a situação vacinal, proteger a população contra as doenças imunopreveníveis e reduzir os bolsões de não vacinados.

2.2. Metas

Vacinar no mínimo 95% das crianças de um a menores de cinco anos de idade (11.572.563) contra a poliomielite e realizar a campanha de multivacinação nas 27 unidades da Federação (UF).

2.3. Objetivo

Alcançar cobertura vacinal igual ou maior que 95% para a vacina poliomielite na faixa etária de um a menores de 5 anos de idade, além de reduzir o número de não vacinados de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade e melhorar as coberturas vacinais, conforme o Calendário Nacional de Vacinação.

2.4. Operacionalização

As campanhas serão realizadas no período de 8 de agosto a 9 setembro de 2022, sendo o dia D de mobilização nacional, 20 de agosto. Neste período, as UF e os Municípios terão autonomia para definir outras datas de mobilização para a vacinação, em conformidade com a realidade local.

2.5. População-alvo da campanha contra a poliomielite e multivacinação

Para a campanha contra a poliomielite o grupo-alvo são as crianças menores de cinco anos de idade, totalizando 14.302.613 de crianças (Tabela 2), sendo que as crianças menores de um ano (2.730.050) de idade deverão ser vacinadas conforme a situação vacinal encontrada para esquema primário e as crianças de um a quatro anos (11.572.563) deverão ser vacinadas indiscriminadamente com a Vacina Oral Poliomielite (VOP), desde que já tenham recebido as três doses de Vacina Inativada Poliomielite (VIP) do esquema básico.

As crianças menores de um ano de idade (até 11 meses e 29 dias) deverão ser vacinadas conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação, com a VIP. A estimativa de crianças a serem vacinadas com essa vacina consta na tabela 2.

Tabela 2. Grupo-alvo para a Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite, por faixa etária, nas unidades da Federação (Brasil, 2022)

População Campanha contra a Poliomielite - 2022						
UF	< 1 ano*	1 ano*	2 anos	3 anos	4 anos	total
Acre	15.142	15.142	16.753	16.801	16.236	80.074
Alagoas	48.341	48.341	50.430	50.611	49.621	247.344
Amapá	14.633	14.633	15.928	15.990	16.140	77.324
Amazonas	75.594	75.594	81.159	81.448	79.838	393.633
Bahia	188.960	188.960	205.530	206.887	203.572	993.909
Ceará	121.904	121.904	131.625	132.195	129.972	637.600
Distrito Federal	39.361	39.361	41.486	40.630	38.815	199.653
Espírito Santo	53.766	53.766	58.053	58.337	56.854	280.776
Goiás	92.767	92.767	103.792	105.093	103.965	498.384
Maranhão	106.073	106.073	117.782	118.247	116.255	564.430
Mato Grosso	57.036	57.036	57.209	57.500	55.814	284.595
Mato Grosso do Sul	41.308	41.308	44.036	44.233	43.577	214.462
Minas Gerais	247.192	247.192	267.086	268.318	262.775	1.292.563
Pará	132.937	132.937	144.329	144.884	141.528	696.615
Paraíba	56.379	56.379	57.392	57.662	56.418	284.230
Paraná	146.289	146.289	158.268	158.895	156.598	766.339
Pernambuco	128.470	128.470	137.673	138.545	134.180	667.338
Piauí	45.225	45.225	47.539	47.716	46.886	232.591
Rio de Janeiro	199.110	199.110	226.132	228.025	221.813	1.074.190
Rio Grande do Norte	43.531	43.531	47.581	47.702	46.937	229.282
Rio Grande do Sul	130.742	130.742	140.764	141.295	141.013	684.556
Rondônia	25.798	25.798	28.219	28.340	27.802	135.957
Roraima	13.759	13.759	12.245	12.031	11.771	63.565
Santa Catarina	97.914	97.914	97.803	98.124	97.193	488.948
São Paulo	552.307	552.307	606.344	609.875	604.980	2.925.813
Sergipe	31.784	31.784	34.231	34.413	33.332	165.544
Tocantins	23.728	23.728	25.498	25.522	24.422	122.898
Brasil	2.730.050	2.730.050	2.954.887	2.969.319	2.918.307	14.302.613

Fonte:

*Estimativas preliminares elaboradas pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC/DASIS/SVS/MS, 2020 (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>).

2 a 4 anos idades: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE, 2021 (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>)

Na multivacinação a população-alvo será as crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade (14 anos 11 meses e 29 dias), não vacinados ou com esquemas vacinais incompletos, de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação.

2.6. Financiamento

Os recursos financeiros federais administrados pelo Fundo Nacional de Saúde, repassados pelo Ministério da Saúde aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, referentes as campanhas, são organizados e transferidos fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única e mantidos em instituições oficiais federais conforme dispõe a Portaria n.º 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que versa sobre as regras sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS.

3. Logística

Para a implementação exitosa das campanhas é necessária uma organização e coordenação de todos os processos para o abastecimento suficiente e oportuno das vacinas e insumos em todas as salas de vacinas para a administração das mesmas. Para as campanhas, o Ministério da Saúde proverá todas as vacinas necessárias e assessoria técnica para a execução das estratégias.

4. Monitoramento e desempenho das campanhas

Considerando a necessidade de **monitorar de modo oportuno o desempenho diário das campanhas de vacinação**, os dados registrados durante seu período de realização, estarão disponíveis para consulta no Sítio Eletrônico LocalizAsus no Link: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/demas/localizasus>

5. Vacinas disponibilizadas nas campanhas de 2022

As vacinas utilizadas nestas campanhas de vacinação são as mesmas disponibilizadas na rotina dos serviços de vacinação. Desta forma, recomenda-se utilizar as normas já estabelecidas pelo PNI.

6. Conservação e validade das vacinas

As vacinas disponibilizadas nas Campanhas devem ser conservadas pela instância local, rigorosamente, à temperatura entre **+2°C e +8°C**, para manutenção da qualidade, segurança e eficácia das vacinas. Com relação à validade, após a abertura do frasco, esta pode variar de laboratório para laboratório. Os prazos para utilização das vacinas devem ser adotados nos postos fixos e volantes.

7. Resíduos gerados nas campanhas

O gerenciamento de resíduos de serviços de saúde no âmbito do PNI deve estar em conformidade com as definições estabelecidas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º **222, de 28 de março de 2018, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde** (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf) da Resolução Conama n.º **358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS)** (<http://www.siam.mg.gov.br/sla/download.pdf?idNorma=5046>).

Para os postos móveis ou de instalação temporária, recomenda-se que as doses remanescentes das bisnagas abertas não sejam utilizadas. Assim, ao final da jornada de trabalho, as bisnagas abertas da vacina poliomielite 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 RDC n.º 222, de 28 de março de 2018 e o destino final dos resíduos gerados pelas atividades de vacinação e de acordo com a Resolução Conama n.º 358, de 29 de abril de 2005.

8. ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA A CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE

8.1. Cuidados na utilização da Vacina Oral Poliomielite

Evitar o contato da bisnaga conta-gotas com a boca da criança, para não contaminar a bisnaga pela saliva no ato da vacinação.

8.2. Evento Adverso Pós-Vacinação

Em geral, a VOP é bem tolerada e raramente está associada a eventos adversos. O principal evento adverso relacionado à VOP é a paralisia pós-vacinal, tanto no vacinado como no comunicante, que se caracteriza pelo desenvolvimento de paralisia flácida aguda (PFA) idêntica à infecção com o vírus selvagem, podendo, também, determinar sequelas motoras definitivas.

A Paralisia Associada ao Vírus Vacinal (PAVV) caracteriza-se por quadro agudo febril, que cursa com déficit motor flácido de intensidade variável, geralmente assimétrico. Há predileção pelo comprometimento dos membros inferiores, mas a musculatura respiratória pode ser acometida. Não há diminuição da sensibilidade e podem ser encontrados sinais de comprometimento radicular, meníngeo ou dores espontâneas. Após alguns dias, desaparece o quadro algóico, há melhora do déficit motor e começam a se instalar as atrofia. A hipotonia e a diminuição ou abolição dos reflexos tornam-se evidentes.

A paralisia pode surgir entre o 4º e o 40º dia após a vacinação, na pessoa vacinada. No caso do comunicante da pessoa vacinada, a paralisia surge entre o 4º e 85º dia.

A taxa de paralisia é substancialmente maior em indivíduos sem vacinação prévia. Nos imunocomprometidos, este risco é mais elevado, cerca de 3.200 vezes maior que em imunocompetentes.

Em raras ocasiões, particularmente em crianças imunodeficientes, tem sido relatada a ocorrência de meningite asséptica e encefalite após a administração da VOP.

Em quaisquer dessas condições clínicas **notificar e investigar todos os casos**. Para maior detalhamento consultar o Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-vacinação do Ministério da Saúde. 4ª Edição, 2021.

8.3. Orientações para o registro dos dados da [Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite](#)

O registro dos dados da Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite, do ano de 2022, será realizado de forma nominal, quando se tratar da estratégia Rotina em crianças menores de 5 anos (4 anos, 11 meses e 29 dias) considerando a situação vacinal encontrada. Os registros nominais ocorrerão, pelo e-SUS APS nas unidades da Atenção Primária à Saúde, pelo SIPNI (Web ou Desktop) nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) e também por meio de sistemas próprios.

Quando se tratar de uma dose de VOP indiscriminada, o **registro consolidado** será realizado na estratégia de Campanha no Novo SIPNI para crianças de 1 ano a menores de 5 anos (4 anos, 11 meses e 29 dias) de idade considerando as especificações descritas no **tópico 8.3.2 (Quadro 1)**.

8.3.1. Registro de doses aplicadas de VIP e VOP

O registro das doses aplicadas durante a campanha será realizado nos seguintes sistemas de informação, conforme especificado no Quadro 1:

1. e-SUS APS, nas unidades de atenção primária à saúde, para atualização da situação vacinal da criança;
2. Novo SIPNI no módulo campanha, para todas as doses de crianças de um a menores de cinco anos de idade
3. SIPNI (Web ou Desktop) nas unidades de saúde que NÃO são integrantes da atenção primária, como: Maternidades, CRIE, clínicas especializadas, clínicas privadas, entre outras, ou seja, aquelas unidades que não fazem parte da estratégia da atenção primária;
4. SISTEMAS PRÓPRIOS para as unidades de saúde e municípios que os utilizam, conforme RDC Anvisa n.º 197/2017.

8.3.2. Orientações e condutas a serem adotadas para cada idade e esquema vacinal.

Quadro 1. Especificações das condutas adotadas na campanha nacional de vacinação contra poliomielite considerando a situação vacinal, Brasil, 2022

Criança de 2 meses a menor de 5 anos de idade.				
Situação		Conduta	Observação	Registro
Criança de dois meses a menor de um ano de idade	Não vacinada ou com esquema básico incompleto	Vacinar com VIP e, se necessário, agendar próxima dose para complementação do esquema vacinal.	NÃO administrar VOP na campanha	Registrar no e-SUS APS para atualização de caderneta. Forma de registro: 1) Estratégia: Rotina (individualizado – e-SUS) 2) Vacina: VIP 3) Dose: 1ª dose (D1), 2ª Dose (D2) ou 3ª Dose (D3)
Criança de um ano a menor de cinco anos de idade (quatro anos, 11 meses e 29 dias)	Não vacinada	Vacinar com VIP (D1) e agendar D2 (com VIP)	NÃO administrar VOP na campanha	Registrar no e-SUS APS para atualização de caderneta e também no módulo campanha no Novo SIPNI Forma de registro: 1) Estratégia: Rotina (e-SUS) e Campanha (Novo SIPNI) 2) Vacina: VIP. 3) Dose: 1ª dose (D1) (individualizado) e Dose “D” (consolidado)
	Vacinada com D1 de VIP	Vacinar com VIP (D2) e agendar D3 (com VIP), obedecendo ao intervalo mínimo de 30 a 60 dias entre as doses.	NÃO administrar VOP na campanha	Registrar no e-SUS APS para atualização de caderneta e também no módulo campanha no Novo SIPNI Forma de registro: 1) Estratégia: Rotina (e-SUS) e Campanha (Novo SIPNI) 2) Vacina: VIP 3) Dose: 2ª dose (D2) (individualizado) e Dose “D” (consolidado)

Criança de 2 meses a menor de 5 anos de idade.				
Situação		Conduta	Observação	Registro
	Vacinada D2 de VIP	Vacinar com VIP (D3) e agendar 1º reforço (com VOP), obedecendo ao intervalo mínimo de 6 meses entre as doses.	NÃO administrar VOP na campanha	Registrar no e-SUS APS para atualização de caderneta e também no módulo campanha no Novo SIPNI Forma de registro: 1) Estratégia: Rotina (e-SUS) e Campanha (Novo SIPNI) 2) Vacina: VIP 3) Dose: 3ª dose (D3) (individualizado) e Dose "D" (consolidado)
	Com esquema básico completo (D1, D2 e D3 de VIP)	Administrar VOP	Validar dose na rotina se estiver no momento de receber um dos reforços	Em caso de reforço 1 (15 meses) e 2 (4 anos), deverá ser registrada também nominalmente no e-SUS APS para validar o reforço na estratégia 1) Estratégia: Rotina (e-SUS). 2) Vacina: VOP. 3) Reforço: 1º Reforço (R1) ou 2º Reforço (R2) (individualizado)
			Validar dose na campanha se não estiver no momento de receber um dos reforços	Registrar esta dose SOMENTE no módulo campanha no Novo SIPNI. Forma de registro: No Novo SIPNI, a forma de registro da VOP é: 1) Estratégia: Campanha (consolidado –Novo SIPNI) 2) Vacina: VOP. 3) Dose: Dose (D) A dose D será válida apenas na campanha.
Criança menor de cinco anos de idade	Nas indicações do CRIE*	NÃO administrar VOP	Continuar esquema com VIP	Registrar nominalmente no SIPNI (Web ou Desktop) ou no e-SUS APS para validar a dose na estratégia Especial. Forma de registro: 1) Estratégia: Especial 2) Vacina: VIP 3) Dose/Reforço: 1ª dose (D1), 2ª Dose (D2) ou 3ª Dose (D3) ou 1º Reforço (R1) ou 2º Reforço (R2)
Criança menor de cinco anos de idade	Nas indicações do CRIE*	NÃO administrar VOP	Continuar esquema com HEXA	Registrar nominalmente no SIPNI (Web ou Desktop) ou no e-SUS APS para validar a dose na estratégia Especial. Forma de registro: 1) Estratégia: Especial 2) Vacina: HEXA 3) Dose/Reforço: 1ª dose (D1), 2ª Dose (D2) ou 3ª Dose (D3) ou 1º Reforço (R1) ou 2º Reforço (R2)

Fonte: CGPNI/DEIDT/SVS/MS

*Indicações do CRIE. Disponível em https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf



Apenas a DOSE “D” será registrada na estratégia CAMPANHA no Novo SIPNI.



Os municípios que utilizam “SISTEMAS PRÓPRIOS” devem garantir o registro e envio das informações, conforme orientações do Quadro 1 para o Ministério da Saúde como dispõe a RDC Anvisa n.º 197/2017.

SAIBA MAIS: As orientações de registros no e-SUS APS podem ser encontradas nos links abaixo:

- Manual e-SUS APS (Capítulo 6 – Atendimentos) - https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/docs/PEC/PEC_06_atendimentos/#63-realizar-vacina%C3%A7%C3%A3o
- Manual e-SUS APS (Capítulo 7 – Coleta de Dados Simplificada – CDS) -
- https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/docs/PEC/PEC_07_cds/#-711-ficha-de-vacina%C3%A7%C3%A3o

Na Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite será **avaliada a situação vacinal** da criança menor de 1 ano de idade considerando o esquema básico de vacinação com VIP (D1, D2 e D3) e será somente atualizada a Caderneta em caso de esquemas em atraso ou não iniciado.

As crianças de 1 ano a menores de 5 anos de idade **que já receberam as três doses de VIP, deverão ser vacinadas indiscriminadamente com a Vacina Oral Poliomielite (VOP). Nesta situação**, não é necessário respeitar o intervalo mínimo entre a dose de VOP administrada no período da campanha e a dose da rotina. A seguir serão apresentados exemplos que contemplam a referida situação:

- Se uma criança na faixa etária de 1 ano a menor de 5 anos comparecer, no período da campanha, ao serviço de vacinação com as 3 doses de VIP ela pode receber a VOP independente do intervalo entre as doses.
- Se uma criança na faixa etária de 1 ano a menor de 5 anos comparecer, no período da campanha, ao serviço de vacinação com qualquer uma das doses de reforço de VOP, ela pode receber a dose indiscriminada da VOP independente do intervalo entre as doses.
- Se uma criança na faixa etária de 1 ano a menor de 5 anos comparecer, no período da campanha, ao serviço de vacinação e nesse período a dose de reforço com VOP coincidir com a administrada no período da campanha, essa dose de VOP será validada na estratégia rotina e campanha.
- Se uma criança na faixa etária de 1 ano a menor de 5 anos comparecer, no período da campanha, ao serviço de vacinação sem esquema ou com esquema incompleto para VIP, nesta situação administrar VIP respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Nesta situação, esta criança **NÃO** deverá receber a dose de VOP, ela só irá atualizar a situação vacinal, se necessário. Atenção para o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses de VIP.

Na situação do comparecimento de crianças com esquema básico completo (D1, D2 e D3 de VIP), só será administrada VOP se a criança completou esquema até o dia **7/8/2022**. Se ela completar esquema dentro do período da campanha, 8/8 a 9/9, nessa situação, não é necessário que ela retorne para receber VOP, ainda que no período da campanha.

8.3.3. Orientações para o registro de doses aplicadas da vacina poliomielite oral (VOP) no Novo SIPNI

Portanto, **exclusivamente** para as crianças que **receberão** a vacina oral poliomielite (**VOP**), conforme consta no **Quadro 1** acima, **o registro deverá** ser feito com dados consolidados no Novo SIPNI, **por idade simples nos campos específicos para cada idade (1 ano, 2 anos, 3 anos e 4 anos de idade)**.

As crianças menores de 1 ano não receberão a VOP e deverão ser vacinadas com a VIP de acordo com a situação vacinal encontrada e **NÃO DEVERÃO** ser registradas no módulo campanha do Novo SIPNI. Neste caso, as doses administradas integram o esquema vacinal da criança (esquema básico D1, D2, D3) e portanto, estas doses devem ser validadas e registradas na estratégia rotina no e-SUS AB, no SIPNI (web ou desktop) ou nos sistemas próprios seguindo as recomendações do PNI para a transmissão dos dados para compor a cobertura vacinal.

Crianças com idade entre 1 e menores de 5 anos que compareçam ao serviço não vacinadas ou com esquema básico incompleto, deverão iniciar ou completar o esquema básico com VIP e registrar na rotina (conforme esquema) e também na campanha (como Dose “D”). Agendar a próxima dose na caderneta de vacinação que deverá ser entregue ao responsável.

As doses da vacina VOP administradas nas crianças com idade entre 1 e menores de 5 anos de idade deverão ser registradas na campanha no Novo SIPNI no campo específico Dose (D). Quando houver recomendações para a validação da dose de campanha na rotina, estas doses devem obrigatoriamente ser registradas no e-SUS na estratégia rotina conforme o Reforço (1º ou 2º) recebido e a idade correspondente.

Quando se tratar de uma criança com recomendação de vacinação nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE, utilizar para o registro da dose realizada e considerar a estratégia ESPECIAL para VIP ou HEXA.



Solicita-se que, para não haver prejuízo para as coberturas vacinais da campanha, em nenhuma hipótese deve ser utilizado site de treinamento para registro de doses.

8.3.4. Orientações para entrada de dados consolidados no Novo SIPNI, estratégia Campanha

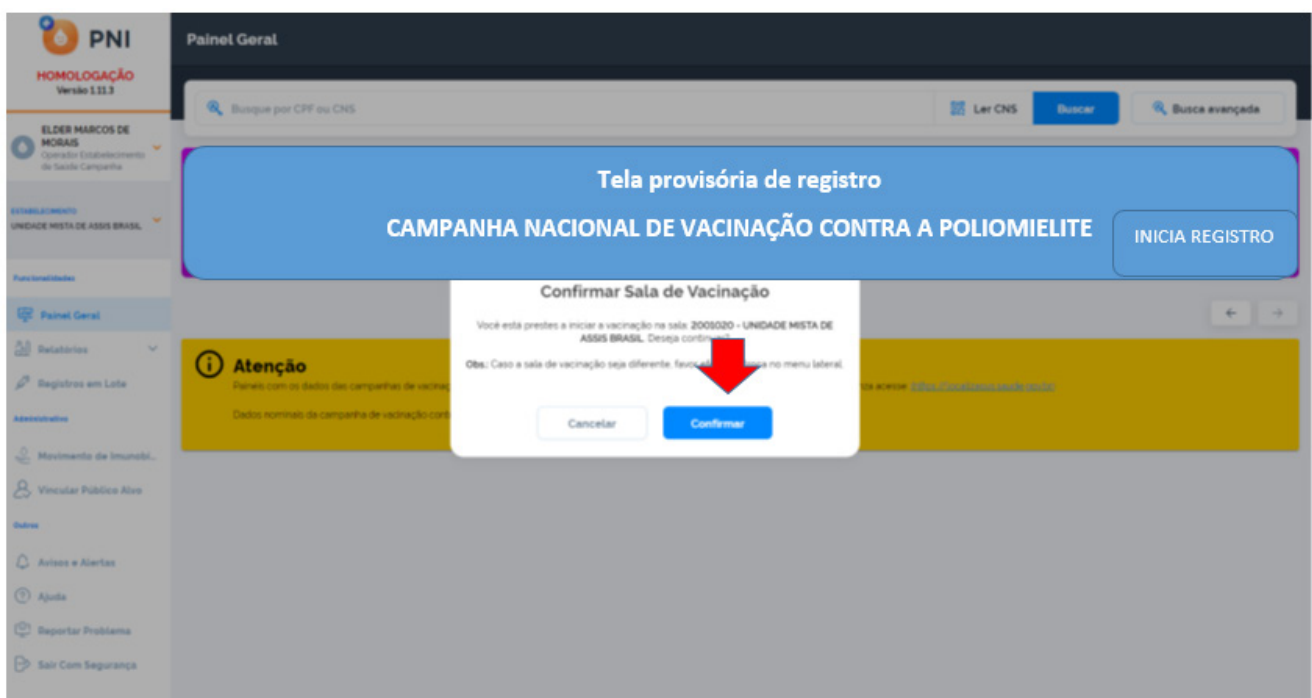
Ressaltamos que as imagens disponibilizadas para auxílio no registro das informações são meramente ilustrativas e bem similares às que estarão disponíveis para acesso no site.

1º Passo: Após realizar os procedimentos prévios para acesso ao sistema de informação, o Operador do Estabelecimento de Saúde que registrará os dados Campanha, ao logar, terá acesso ao painel geral, onde iniciará o processo de registro da vacinação.

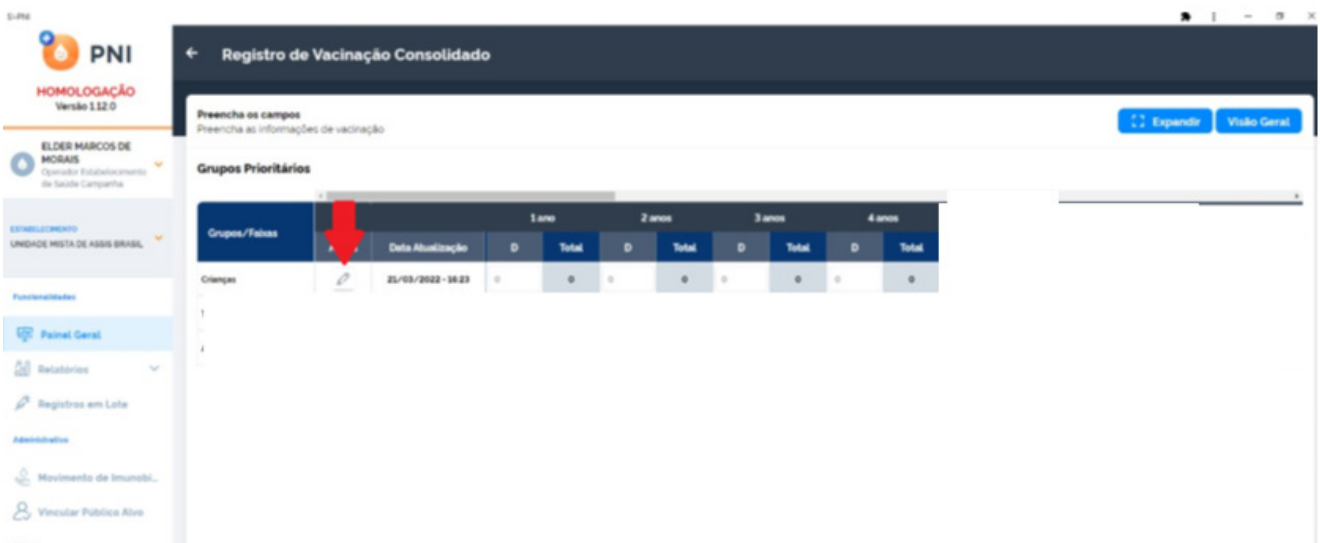


2º Passo: Será solicitado que seja confirmada a Sala de Vacinação, cujo registro será inicializado.

Caso esteja tudo correto, conforme observação da mensagem, clicar no botão CONFIRMAR.



3º Passo: Ao clicar no botão “Iniciar Registro”, o operador/digitador visualizará o painel abaixo para registro das doses, que é habilitado na opção “Editar” (ícone do lápis).



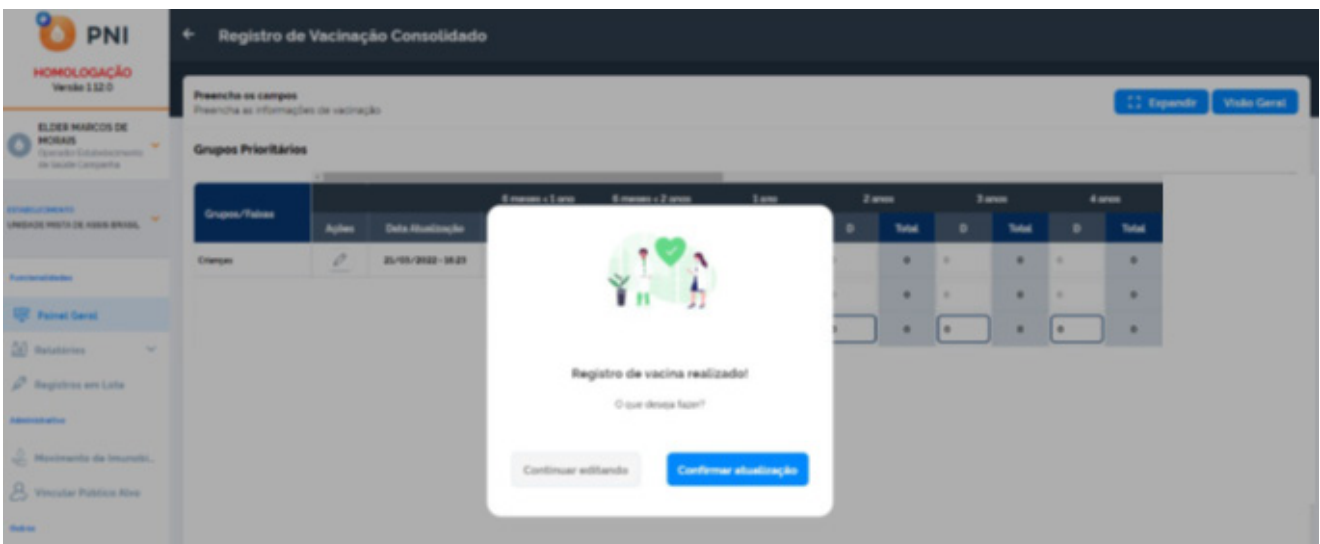
No campo “Ações”, dois ícones estarão disponíveis: um para confirmar ✓ o registro e outro para cancelar ✗. Após clicar no botão de confirmar ✓ o registro, aparecerá uma caixa confirmando o registro, como demonstrado nas figuras abaixo:



- Confirma



- Cancelar digitação.



9. ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS RELACIONADAS À CAMPANHA DE MULTIVACINAÇÃO PARA ATUALIZAÇÃO DA CADERNETA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE MENOR DE 15 ANOS DE IDADE

Estarão disponíveis para esta ação as vacinas do calendário nacional de vacinação da criança e do adolescente. Dessa forma a população-alvo deve comparecer ao posto de vacinação para que a caderneta seja avaliada e o esquema vacinal atualizado, de acordo com a situação encontrada, ou seja, a vacinação deverá ser realizada de **forma seletiva** (Quadro 2 e 3).

Quadro 2. Vacinas do Calendário da Criança e esquemas até os sete anos de idade

Vacinas	Esquema vacinal incompleto ou não vacinado
BCG	Caso a criança não tenha sido vacinada, administrar uma dose da vacina até quatro anos, 11 meses e 29 dias.
Hepatite B	Crianças com até 30 dias de vida, não vacinadas: administrar 1 dose da vacina hepatite B e agendar a vacina penta para os dois meses de idade.
PENTA (DTP/Hib/HB)	Criança de dois meses até seis anos, 11 meses e 29 dias deverá iniciar ou concluir o esquema básico.
Polio inativada Polio oral	Consultar item 8.4.2. Quadro 1. Conduta adotada na campanha nacional de vacinação contra poliomielite considerando a situação vacinal, Brasil, 2022.
Rotavírus	<p>Criança com idade de um mês e 15 dias a três meses e 15 dias poderá receber a 1ª dose.</p> <p>Criança com idade de três meses e 15 dias até sete meses e 29 dias poderá receber a 2ª dose desta vacina.</p> <p>Criança a partir dos dois meses de idade deve receber duas doses desta vacina com intervalo de 60 dias entre elas, e uma dose de reforço, preferencialmente aos 12 meses de idade, podendo ser administrada até os quatro anos de idade (quatro anos 11 meses e 29 dias).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª dose aos dois meses • 2ª dose aos quatro meses • Reforço aos 12 meses
Pneumocócica 10 valente (Conjugada)	<p>Criança que iniciou o esquema básico após quatro meses de idade, considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses e completar o esquema até os 12 meses de idade. O reforço deve ser administrado após 12 meses de idade, preferencialmente, com intervalo mínimo de 60 dias após a última dose. Nesta situação, administrar a dose de reforço até os quatro anos de idade (quatro anos, 11 meses e 29 dias).</p> <p>Criança entre um e quatro anos de idade com esquema completo de duas ou três doses, administradas antes de um ano de idade, administrar o reforço.</p> <p>Criança entre um e quatro anos de idade com esquema incompleto, não completar o esquema e administrar uma dose de reforço.</p> <p>Criança entre um e quatro anos de idade, sem comprovação vacinal, administrar uma única dose.</p> <p>Para crianças de 2 meses a menores de 5 anos de idade, com indicação clínica especial (ver manual do Crie), manter esquema de 3 doses e reforço.</p>



Vacinas	Esquema vacinal incompleto ou não vacinado
Meningocócica C (Conjugada)	<p>Criança a partir dos três meses de idade deve receber duas doses desta vacina com intervalo de 60 dias entre elas, e uma dose de reforço, preferencialmente aos 12 meses de idade, podendo ser administrada até os quatro anos de idade (quatro anos, 11 meses e 29 dias). Intervalo entre as doses é de 60 dias, mínimo de 30 dias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª dose aos 3 meses • 2ª dose aos 5 meses • Reforço aos 12 meses <p>Criança que iniciou o esquema após cinco meses de idade deve completá-lo até 12 meses, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses; administrar o reforço com intervalo mínimo de 60 dias após a última dose.</p> <p>Criança entre um a quatro anos de idade com esquema completo de duas doses, mas sem a dose de reforço, administrar o reforço.</p> <p>Criança entre um e quatro anos de idade, sem comprovação vacinal, administrar uma única dose.</p> <p>Criança entre cinco e 10 anos de idade, sem comprovação vacinal, administrar uma única dose.</p>
Febre amarela	<p>Crianças entre nove meses e quatro anos de idade (quatro anos, 11 meses e 29 dias): Administrar 1 (uma) dose aos nove meses de vida e dose de reforço aos quatro anos de idade.</p> <p>Crianças entre cinco e sete anos de idade, não vacinadas ou sem comprovante de vacinação: Administrar 1 (uma) dose única.</p> <p>Crianças entre cinco e sete anos de idade que receberam uma dose da vacina antes de completarem 5 anos de idade: administrar uma dose de reforço. Respeitar intervalo mínimo de 30 dias, entre a dose e o reforço.</p>
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola- SCR)	<p>Criança de 12 meses até seis anos, 11 meses e 29 dias deverá receber a 1ª dose da tríplice viral e agendar a 2ª dose da vacina tetra viral ou tríplice viral mais varicela (atenuada), conforme a disponibilidade da vacina, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.</p>
Tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela-SCRV)	<p>A vacina tetra viral está disponível na rotina de vacinação para crianças com idade entre 15 meses e 4 anos 11 meses e 29 dias.</p> <p>Criança a partir de cinco anos de idade não vacinada ou sem comprovante de vacinação deverá receber a 1ª dose da tríplice viral e agendar a 2ª dose da tríplice viral, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.</p>
DTP	<p>Administrar 2 (dois) reforços, o primeiro aos 15 meses de idade e o segundo aos 4 (quatro) anos de idade. Administrar o primeiro reforço com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a 3ª dose do esquema básico; intervalo mínimo de 6 (seis) meses entre os reforços;</p> <p>Criança de 15 meses até seis anos, 11 meses e 29 dias sem nenhum reforço, administrar o 1º reforço e agendar o segundo reforço. Atentar para o intervalo de 6 meses entre as doses.</p> <p>Crianças com 6 anos sem nenhuma dose de reforço administrar o 1º reforço. Na impossibilidade de manter o intervalo de 6 meses entre as doses de reforço, agendar dT para 10 anos após esse primeiro reforço. Neste caso estas crianças ficam liberadas do segundo reforço.</p>
Hepatite A	<p>Criança a partir de 15 meses até quatro anos 11 meses e 29 dias deverá receber uma dose</p>
Varicela	<p>Crianças de 4 anos até 6 anos, 11 meses e 29 dias deverá receber 2ª dose de varicela</p>







Vacinação simultânea: a vacina de febre amarela não deve ser administrada simultaneamente com a vacina tríplice viral ou tetra viral em crianças menores de 2 (dois) anos de idade. O intervalo entre estas deverá ser de 30 dias (mínimo 15 dias).

Em situações onde exista o risco epidemiológico concomitante para o sarampo, caxumba ou rubéola e a febre amarela, o risco da não vacinação é maior que a possibilidade da diminuição da resposta imune pela vacinação concomitante ou com intervalo inferior ao recomendado. Dessa forma, as vacinas tríplice viral e febre amarela deverão ser administradas simultaneamente ou independentemente de qualquer intervalo. Nesta situação, a dose administrada a partir dos 12 meses de vida será considerada válida para fins do cumprimento do esquema vacinal, não sendo necessária a revacinação, dando-se continuidade ao esquema indicado no Calendário Nacional de Vacinação.

Quadro 3. Vacinas do Calendário da Criança a partir dos sete anos de idade e do Adolescente.

Vacinas	Esquema vacinal incompleto ou não vacinado
Hepatite B	<p>Crianças e adolescentes não vacinadas com a vacina hepatite B ou com a penta: Deverão receber três doses da vacina hepatite B, com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose (0, 30 dias, 6 meses).</p> <p>Crianças e adolescentes com esquema vacinal incompleto: Completar o esquema vacinal conforme situação encontrada. Não há necessidade de reiniciar o esquema vacinal.</p> <p>Gestante não vacinada ou com esquema incompleto: Completar o esquema vacinal conforme situação encontrada. Não há necessidade de reiniciar o esquema vacinal. A vacina poderá ser administrada em qualquer idade gestacional.</p> <p>Crianças ou adolescentes a partir de 7 anos de idade, não vacinadas ou sem comprovante de vacinação: Administrar 1 (uma) dose única.</p>
Febre amarela	<p>Crianças ou adolescentes a partir de 7 (sete) anos de idade, que receberam uma dose da vacina antes de completarem 5 anos de idade: administrar uma dose de reforço. Respeitar intervalo mínimo de 30 dias, entre a dose e o reforço.</p> <p> ATENÇÃO: esta vacina é contraindicada para gestantes e nutrizes que estejam amamentando crianças menores de 6 (seis) meses de vida.</p>
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola-SCR)	<p>Criança ou adolescente não vacinado ou com esquema incompleto, deve ser vacinado com a vacina tríplice viral conforme situação encontrada, considerando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.</p> <p> ATENÇÃO: esta vacina é contraindicada para gestantes.</p>
Difteria e tétano adulto	<p>Criança a partir de sete anos de idade ou adolescente não vacinado ou sem comprovação vacinal para difteria e tétano, administrar três doses com intervalo de 60 dias entre elas, mínimo de 30 dias.</p> <p>Criança ou adolescente com esquema vacinal incompleto para difteria e tétano, deve ser vacinada continuando ou completando o esquema de três doses, considerando as doses anteriores, com intervalo de 60 dias entre elas, mínimo de 30 dias.</p> <p>Na gestante sem história prévia de vacinação a vacina dupla adulto (dT) pode ser administrada a partir da comprovação da gravidez, em qualquer período gestacional. Completar o esquema vacinal, preferencialmente até 20 dias antes da data provável do parto.</p>

Vacinas	Esquema vacinal incompleto ou não vacinado
dTpa	<p>Considerar que independente do histórico de vacinação com dT, a gestante deve receber uma dose de dTpa em cada gestação.</p> <p>Para aquelas que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, administrar uma dose de dTpa no puerpério, o mais precocemente possível.</p>
Meningocócica ACWY (Conjugada)	<p>Adolescentes de 11 e 12 anos de idade, não vacinado ou sem comprovante de vacinação: administrar 1(um) reforço ou dose única de acordo com a situação vacinal.</p> <p> ATENÇÃO: esta vacina não está indicada para gestantes e para aquelas que estiverem amamentando. No entanto, diante do risco de contrair a doença, a relação risco benefício deve ser avaliada.</p>
Meningocócica C (Conjugada)	<p>Adolescentes de 13 e 14 anos de idade, sem comprovante de vacinação: administrar uma única dose.</p> <p>Esta recomendação deve ser mantida durante o período da campanha.</p> <p> ATENÇÃO: esta vacina não está indicada para gestantes e para aquelas que estiverem amamentando. No entanto, diante do risco de contrair a doença, a relação risco benefício deve ser avaliada.</p>
HPV quadrivalente	<p>Administrar 2 (duas) doses, com intervalo de 6 (seis) meses entre as doses, nas meninas de 9 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) e nos meninos de 11 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo Feminino <p>Meninas que receberam a primeira dose e não completaram o esquema vacinal, mesmo após o período de seis meses, devem receber a segunda dose. Para as meninas que receberam a primeira dose da vacina aos 14 anos de idade, a segunda dose deverá ser administrada com um intervalo mínimo de seis meses. Não há intervalo máximo recomendado entre as doses, no entanto um intervalo não superior a 12-15 meses é sugerido para completar o cronograma prontamente. Não administrar primeira dose para adolescentes maiores de 14 anos, 11 meses e 29 dias (15 anos). Para meninas de 15 anos, só deverá ser completado esquema vacinal (segunda dose). Meninas que já completaram o esquema vacinal com a vacina bivalente não devem ser revacinadas.</p> <p> ATENÇÃO: esta vacina está contraindicada para gestante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo Masculino <p>Meninos que receberam a primeira dose e não completaram o esquema vacinal, mesmo após o período de seis meses, devem receber a segunda dose. Para os meninos que receberam a primeira dose da vacina aos 14 anos de idade, a segunda dose deverá ser administrada com um intervalo mínimo de seis meses. Não há intervalo máximo recomendado entre as doses, no entanto um intervalo não superior a 12-15 meses é sugerido para completar o cronograma prontamente. Não administrar primeira dose para meninos maiores de 14 anos, 11 meses e 29 dias (15 anos). Para meninos de 15 anos, só deverá ser completado esquema vacinal (segunda dose).</p>
Varicela	<p>Criança ou adolescente indígena a partir dos sete anos de idade não vacinado ou sem comprovação vacinal deve receber uma dose ou duas doses de vacina varicela (atenuada) a depender do laboratório produtor.</p> <p> ATENÇÃO: esta vacina é contraindicada para gestantes</p>

9.1. Vacinação segura

Como precaução há necessidade de avaliação da condição da pessoa a ser vacinada, que pode aumentar o risco de evento adverso grave ou comprometer a capacidade da vacina de produzir imunidade. **Desta forma, analisar cuidadosamente os benefícios e os riscos.**

São consideradas situações que se recomendam **adiamento**:

1. Doenças febris graves, sobretudo para que seus sintomas/sinais ou eventuais complicações não sejam atribuídos à vacinação;
2. Tratamentos com medicamentos em doses imunossupressoras, pelo maior risco de complicações ou de resposta imune inadequada:

Uso de corticoides por um período maior que 14 dias:

- Adiar administração de vacinas por um mês para crianças em uso de doses maiores ou iguais a 2 mg/Kg/dia de prednisona ou equivalente e adolescentes e adultos em uso de doses maiores ou iguais a 20 mg/dia de prednisona ou equivalente.
- Outras drogas imunossupressoras: adiar a vacinação por três meses.

3. Amamentação e Vacina Febre Amarela:

- Mulher amamentando criança menor de 6 meses de idade, **residente em área SEM evidência de circulação viral da febre amarela, sem comprovação de vacinação**: (Não administrar nenhuma dose. A vacinação deverá ser postergada até a criança completar 6 meses de idade).
- 4. Pessoas em uso de imunoglobulinas ou sangue e derivados: possibilidade de anticorpos neutralizarem o vírus vacinal. Nesta situação, consultar o manual de referência para imunobiológicos especiais (Crie).

NOTA: além destas situações para adiamento da vacinação observar as especificidades de cada imunobiológico a ser administrado.

9.1.1. Contraindicações gerais

São consideradas contra-indicações gerais **verdadeiras**:

1. Para qualquer vacina: **anafilaxia** (alergia grave) a qualquer um dos componentes de uma vacina ou após uma dose anterior da mesma.
2. Para vacinas de bactérias atenuadas ou vírus vivos atenuados: **imunodepressão e gravidez**.

9.1.2. Contraindicações específicas

Para as contraindicações específicas de cada vacina recomenda-se consultar as normas do PNI.



O conhecimento das reais contraindicações e situações de adiamento e, principalmente das falsas contraindicações é fundamental para não se perder a oportunidade de vacinar adequadamente as crianças e adolescentes.

9.2. Vigilância dos eventos adversos pós-vacinação – VEAPV

Todos os profissionais da saúde que tiverem conhecimento da suspeita de EAPV, incluindo erros de imunizações (programáticos ou operacionais, tais como problemas na cadeia de frio, erros de preparação da dose ou erros na via de administração, dentre outros), deverão notificá-los às autoridades de saúde.

O que notificar e investigar?

- Todos os eventos graves, raros e ou inusitado.
- Eventos relacionados a erros de imunização (programáticos).
- Eventos que ocorrem em grupos de pessoas – surtos ou grupos de eventos (padrão de intensidade ou frequência inesperada em comparação com a experiência comum).
- Eventos inesperados e sua relação com a vacinação não é clara, ocorridos dentro de 30 dias após vacinação.
- Rumores e Sinais, ou seja, informação sobre possível causalidade entre um evento adverso e uma vacina. Normalmente é necessária a existência de mais de uma notificação para que seja gerado um sinal, mas, dependendo da gravidade do evento e da qualidade da informação, pode ser gerado um sinal com apenas uma única notificação.

Na suspeita de algum EAPV, sugere-se consulta ao Manual de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação do Ministério da Saúde, 4ª Edição, 2021.

9.3. Fluxo de informações para a vigilância dos EAPV

Os EAPV graves deverão ser NOTIFICADOS dentro das primeiras 24 horas de sua ocorrência, seguindo o fluxo determinado pelo PNI.

Destaca-se que as notificações deverão primar pela qualidade no preenchimento de todas as variáveis contidas na ficha de notificação/investigação utilizando o formulário de notificação de eventos adversos pós vacinação (EAPV) do sistema e-SUS Notifica (<https://notifica.saude.gov.br/>).



Toda suspeita de evento adverso grave deve ser imediatamente comunicada à CGPNI. Não é necessário estabelecer a causalidade para se notificar um evento adverso pós-vacinação

9.4. Orientação para o registro de doses aplicadas na Campanha Nacional de Multivacinação

Em cumprimento aos dispositivos legais, todos os estabelecimentos de saúde, públicos e privados, que efetuam atividade de vacinação durante a Campanha de Multivacinação, deverão realizar o registro dos vacinados no sistema de informação definido pelo MS.

O registro durante a Multivacinação deverá garantir a identificação do cidadão vacinado pelo número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou do Cartão Nacional de Saúde (CNS), para possibilitar a identificação, o acompanhamento das pessoas vacinadas, evitar duplicidade de vacinação e possibilitar a investigação de possíveis EAPV. Assim como, a identificação da vacina, do lote, do fabricante da vacina e da dose aplicada, objetivando possibilitar a disponibilização, na Caderneta Eletrônica de Vacinação, a emissão do Certificado Nacional de Vacinação para o cidadão, e o rastreamento do lote caso necessário.

O estabelecimento de saúde deverá observar se o CPF ou o CNS foram devidamente validados no Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS (CADSUS), no sentido de preservar a identidade do cidadão beneficiário do serviço prestado. A unidade de saúde deverá manter o endereço do cidadão sempre atualizado no CADSUS, para que o indicador de cobertura vacinal seja representativo da população alvo residente no município. Para construção do numerador desse indicador, a dose de vacina será contabilizada no município de residência do vacinado segundo os dados contidos no CADSUS.

O registro será feito nos Sistemas de Informação que estão sendo utilizados normalmente, para o registro da vacinação de rotina, conforme as seguintes orientações.



Ressalta-se que as imagens disponibilizadas abaixo, são para auxílio no registro das informações, são meramente ilustrativas e bem similares às que estão disponíveis nos sistemas de informação.

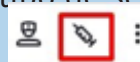
9.4.1. Orientações para o registro das doses aplicadas no e-SUS

O registro dos dados da Campanha Nacional de Multivacinação, do ano de 2022, será realizado de forma nominal na estratégia Rotina em crianças e adolescentes menores de 15 anos (14 anos, 11 meses e 29 dias) considerando a situação vacinal encontrada. Os registros nominais ocorrerão, pelo e-SUS APS nas unidades da Atenção Primária à Saúde, pelo SIPNI (Web ou Desktop) nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie) e também por meio de sistemas próprios.

Destaca-se que de acordo com a Portaria no MS 2.499, de 23 de setembro de 2019, os registros das doses de vacinas aplicadas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (SAPS) deverão ser realizados exclusivamente na estratégia e-SUS APS, por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), ou do Sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS), ou ainda por meio dos sistemas próprios ou contratados de terceiros, devidamente integrados a estratégia e-SUS APS.



Para registro das doses é necessário que o operador faça o login no e-SUS APS; insira o cidadão na lista de atendimentos, informando o tipo de serviço “vacina”, em seguida clique no botão realizar vacinação,



deve-se observar que o padrão o PEC já vem selecionado “Calendário Vacinal” de acordo com a faixa etária, dessa forma, clique no “Calendário da Criança” ou “Calendário Nacional Completo” e selecione a vacina e a dose que será aplicada.

Ressalta-se que a Campanha Nacional de Multivacinação visa oportunizar o acesso às vacinas que já fazem parte do Calendário Nacional de Vacinação da Criança e do Adolescente e atualizar a situação vacinal, este trabalho já é realizado em todas as salas de vacinação de todo País.

SAIBA MAIS: as orientações da forma de registro das doses aplicadas, que ocorrem na estratégia Rotina, no sistema e-SUS APS podem ser encontradas nos links abaixo:

- Manual e-SUS APS (Capítulo 6 – Atendimentos) - https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/docs/PEC/PEC_06_atendimentos/#63-realizar-vacina%C3%A7%C3%A3o
- Manual e-SUS APS (Capítulo 7 – Coleta de Dados Simplificada – CDS) -
- https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/docs/PEC/PEC_07_cds/#-711-ficha-de-vacina%C3%A7%C3%A3o

9.4.2. SIPNI WEB

De acordo com o Ofício Conjunto Circular n.º 2/2019/SVS/MS, de 27 de setembro de 2019, os dados referentes às doses das vacinas aplicadas pelas unidades de saúde NÃO integrantes da atenção primária, como Maternidades, Crie, Clínicas especializadas, clínicas privadas entre outras, deverão ser digitados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI WEB/DESKTOP).

9.4.3. Anotações de doses aplicadas

Os comprovantes de vacinação deverão ser avaliados no momento da vacinação. Os registros de doses aplicadas seguem o fluxo no cartão de vacinação de cada criança, na ficha do vacinado e inserção no e-SUS APS ou SIPNI. Doses anteriores de qualquer vacina devem ser consideradas no momento da complementação dos esquemas vacinais.

10. Bibliografias consultadas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Disponível no seguinte endereço: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/calendario-vacinal-2022/cartaz_pni_64x46cm_final-aprovado-pni_02.pdf/. Consulta em 15 de julho de 2022.
2. _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Guia de Vigilância em Saúde- Volume I; 2017.
3. _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde-Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV), Boletim Epidemiológico-Hepatites Virais, Ano VI-nº 01.
4. _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação, 1 ed, 2014.
5. _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos adversos pós Vacinação, 4 ed, 2020.
6. _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, 5 ed, 2021.
7. _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações, 5 ed, 2017.
8. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Instrução Normativa Referente ao Calendário Nacional de Vacinação – 2020. Disponível no link:
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/24/Site-Instrucao-Normativa-Calendario-.pdf>.
9. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Plano de Mitigação de Risco de Reintrodução do Poliovírus Selvagem (PVS) e Surgimento do Poliovírus Derivado Vacinal (PVDV): Brasil. Disponível no Sistema Eletrônico de Informações (SEI)/Ministério da Saúde. NUP 25000.020596/2022-17. Consulta em 5 de julho de 2022.
10. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Ata da 1ª Reunião da Câmara Técnica de Assessoramento em Imunizações (CTAI). Disponível no Sistema Eletrônico de Informações (SEI)/Ministério da Saúde, NUP25072.023366/2022-58 Consulta em 5 de julho de 2022.
11. CAMPOS, A. L. V. de; NASCIMENTO, D. R. do e MARANHÃO, E.: 'A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização'. História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol 10 (suplemento 2): 573-600, 2003.8. CDC. CDC Assessment of Risks to the Global Polio eradication initiative (GPEI) strategic plan 2010-2012.
12. Domingues, C. M. A.; et al. Effectiveness of ten-valente pneumococcal conjugate vaccine against invasive pneumococcal disease in Brazil: a matched case-control study. Lancet Respir Med, April 2014.

13. Maher, D. The human qualities needed to complete the global eradication of polio. *Bull World Health Organ* 2013; 91:283–289. doi:10.2471/BLT.12.111831.
14. Toh ZQ et al. Review. Reduced dose human papillomavirus vaccination: An update of the current state-of-the-art. *Vaccine* (2015) <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.07.102>.
15. Whitney CG, Farley MM, Hadler J, et al. Decline in invasive pneumococcal disease after the introduction of protein-polysaccharide conjugate vaccine. *New Engl J Med*. 2003; 348: 1737-46.
16. WHO. Sixty-eighth world health assembly. Poliomyelitis – Report by the Secretariat. Provisional agenda item 15.2. A68/21. 1 May 2015.
17. WHO. Independent Monitoring Board of the Global Polio Eradication Initiative. The Rock Road to Zero. Eleventh Report: May 2015.
18. GPEI. Global Polio Eradication Initiative. Map showing the latest number of WPV1 and cVDPV cases in each affected country. Disponível em <https://polioeradication.org/polio-to-day/polio-now/>. Consulta em 15 de julho de 2022.