



**INFORME TÉCNICO  
CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO  
CONTRA POLIOMIELITE E SARAMPO - 2018**

**Apresentação**

O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, realizará no período de **4 a 31 de agosto de 2018**, a Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite e contra o Sarampo, tendo como dia de divulgação e mobilização nos dias **4 e 18 de agosto**. Estas estratégias têm como objetivo manter elevada cobertura vacinal contra a poliomielite nos municípios, visando evitar a reintrodução do vírus selvagem da poliomielite, bem como vacinar os menores de cinco anos de idade contra o sarampo e a rubéola, para manter o estado de eliminação dessas doenças no país.

As campanhas contra poliomielite foram iniciadas em 1980, estando o país livre da doença desde 1990. Com relação às campanhas contra o sarampo, estas são realizadas desde 1995, com a vacinação de população alvo específica que, na grande maioria das vezes, abrange as crianças de um a quatro anos de idade.

A população alvo desta ação é composta de **crianças de um ano até quatro anos 11 meses e 29 dias, correspondendo a 2.202.964 crianças no Estado de São Paulo**. A meta mínima a ser alcançada corresponde a 95% de cobertura vacinal contra poliomielite e sarampo.

**1. Campanha Nacional de Vacinação Contra a Poliomielite e Contra o Sarampo**

A poliomielite e o sarampo são doenças de notificação compulsória e o país tem compromissos internacionais para erradicar e eliminar, respectivamente, estas doenças.

No que se refere à poliomielite, esta é uma doença infectocontagiosa viral aguda, caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito. Acomete em geral os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada, e a arreflexia no segmento atingido.

A transmissão ocorre por contato direto pessoa a pessoa, pela via fecal-oral (mais frequentemente), por objetos, alimentos e água contaminados com fezes de doentes ou portadores, ou pela via oral-oral, através de gotículas de secreções da orofaringe (ao falar, tossir ou espirrar). A falta de saneamento, as más condições habitacionais e a higiene pessoal precária constituem fatores que favorecem a transmissão do poliovírus.



O último caso de poliomielite no Brasil ocorreu em 1989 e desde 1990, não são registrados casos da doença, que é grave e foi responsável por danos irreversíveis para milhares de crianças no mundo. As ações de prevenção e controle, em especial a vacinação, contribuíram para que, em 1994, o país recebesse da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a Certificação de área livre de circulação do poliovírus selvagem do seu território, juntamente com os demais países das Américas.

Apesar dos progressos alcançados desde o início do programa global de erradicação da poliomielite, a doença permanece endêmica em três países (Afeganistão, Nigéria e Paquistão). Além disso, outros são considerados de risco para o agravamento, especialmente naqueles com baixa cobertura vacinal, bolsões de não vacinados e que mantêm viagens internacionais ou relações comerciais com estes países.

### **1.1. Situação Epidemiológica da Poliomielite nas Américas, no Brasil e em São Paulo**

Até a primeira metade da década de 80, a poliomielite foi de alta incidência no Brasil, contribuindo, de forma significativa, para a elevada prevalência anual de sequelas físicas, observada naquele período. No Brasil, no ano de 1980, foi adotada como medida de controle da poliomielite, a ampliação das coberturas vacinais por meio de campanhas de vacinação em massa, em todo o território nacional, utilizando-se a vacina oral Sabin, em duas etapas anuais, de um só dia cada, na faixa etária de 0-5 anos. A diminuição de casos foi assim observada: para o Brasil de 1280 casos em 1980, para 122 em 1981; no Estado de São Paulo, de 101 casos em 1980, para 7 em 1981.

No Brasil, o registro do último caso confirmado foi em 1989 em Souza, na Paraíba. No Estado de São Paulo, o último caso registrado foi em 1988, no município de Teodoro Sampaio. O Peru, em 1991, foi a última nação americana que registrou casos da doença. Em 1994, a OPAS/OMS certificou a erradicação da transmissão autóctone do poliovírus selvagem nas Américas, após 3 anos sem circulação desse vírus no Continente. Desde então, todos os países da região assumiram o compromisso de manter altas e homogêneas as coberturas vacinais, bem como uma vigilância epidemiológica ativa e sensível para identificar, imediatamente, a reintrodução do poliovírus selvagem em cada território nacional e adotar medidas de controle capazes de impedir a sua disseminação.



As ações de vacinação são fundamentais tanto nas ações de rotina como nas campanhas nacionais. O esquema vacinal do Calendário Nacional de Vacinação é composto por três doses da vacina inativada poliomielite (VIP), administradas aos dois, quatro e seis meses, sendo necessários dois reforços com a vacina oral poliomielite (VOP) aos 15 meses e aos 4 anos de idade. A meta de cobertura vacinal maior ou igual a 95% deverá ser alcançada em todos os municípios brasileiros, tanto na rotina quanto nas Campanhas.

## 1.2. Situação epidemiológica do sarampo no Brasil

Em 1992, o Brasil adotou a meta de eliminação do sarampo para o ano 2000, com a implantação do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, cujo marco inicial foi a realização da primeira campanha nacional de vacinação contra a doença, que levou a uma redução de mais de 80% nas notificações de sarampo. No entanto, em 1997 uma importante epidemia se estendeu por diferentes estados brasileiros, com mais de 53 mil casos confirmados, sendo a maioria deles no Estado de São Paulo (ESP). As faixas etárias mais acometidas foram os indivíduos menores de um ano de idade e adultos jovens entre 20 e 29 anos.

Nos últimos anos, foram vivenciados surtos de sarampo no país, sendo registrados em 2015, 211 casos da doença no Estado do Ceará, 02 São Paulo e 01 em Roraima, relacionado ao surto do Ceará. Como resultado das ações de vigilância, laboratório e imunizações, em 2016, o Brasil recebeu o certificado de eliminação da circulação do vírus do sarampo pela OMS, declarando a região das Américas livre do sarampo. No período de 2016 a 2017, não foi registrado nenhum caso da doença no país. Atualmente, o Brasil enfrenta surtos de sarampo em dois estados (Roraima e Amazonas) com registro de 314 casos confirmados até semana epidemiológica (SE) 23.

Internacionalmente, desde julho de 2017, a Venezuela vem enfrentando surto de sarampo, sendo a maioria dos casos registrados em Bolívar. A atual situação sociopolítica e econômica enfrentada pelo país ocasiona um intenso movimento migratório que contribuiu para a propagação do vírus para outras áreas geográficas, incluindo o Brasil.

O estado de Roraima, devido à proximidade territorial com a Venezuela, vem recebendo imigrantes venezuelanos, alojados em abrigos, residências alugadas e praças públicas. No período de fevereiro a maio de 2018, foram notificados 397 casos suspeitos de sarampo dos quais 50 foram descartados, 172 foram confirmados e 175 estão em investigação. A faixa etária mais acometida pela doença, em sua



grande maioria, é representada pelas crianças de um a quatro anos de idade, correspondendo um total de 40 casos.

No Estado de Roraima, desde a notificação dos casos suspeitos de sarampo, ações de vacinação vêm sendo implementadas contra a doença e, no período de março a abril de 2018, todos os municípios realizaram campanha de vacinação seletiva para indivíduos na faixa etária de seis meses até 49 anos. Nesta ação, o público alvo era de cerca de 409 mil pessoas, das quais 189.154 tiveram a situação vacinal avaliada e 112.971 receberam a vacina tríplice viral.

No Amazonas, os últimos casos confirmados da doença foram registrados no ano de 2000. Contudo, no período de fevereiro a maio de 2018, foram notificados 905 casos, e destes 142 foram confirmados, 85 descartados e 678 permanecem em investigação. Todos os casos confirmados são brasileiros e o genótipo identificado foi o D8, idêntico ao genótipo que está em circulação em Roraima e Venezuela. Em relação à faixa etária, o maior número de casos está concentrado em crianças de seis meses a quatro anos de idade, representando 76 casos.

Em Manaus-AM, a campanha contra o sarampo foi antecipada, ocorrendo no período de 14 a 27 de abril, na qual foram vacinadas 145.715 crianças, alcançando uma cobertura de 76,06% do público alvo (dados retirados do informativo epidemiológico 013/2018 – SEMSA/AM).

O Estado de São Paulo, no período de 2001 a 2017, registrou 46 casos de sarampo, isolados ou como parte de surtos limitados, classificados como importados ou relacionados a importação. Todos estes casos evoluíram para cura, sem sequelas e não houve registro de óbito. Em 2018, até o presente momento, um caso de sarampo foi confirmado no ESP, importado da Ásia Ocidental, de maneira isolada, com exantema em abril e sem casos secundários.

## **2. Objetivo**

Vacinar indiscriminadamente contra poliomielite e sarampo as crianças de um a quatro anos de idade, contribuindo para a redução do risco de reintrodução do poliovírus selvagem, sarampo e rubéola.

## **3. População alvo e meta**

A população alvo desta campanha são as crianças de um ano até quatro anos 11 meses e 29 dias, totalizando 2.202.964 de crianças.

A meta é vacinar, no mínimo, 95% dessas crianças (2.902.815), de forma homogênea, para evitar a manutenção ou formação de bolsões de não vacinados.



Tabela 1. Campanha nacional de vacinação contra poliomielite, Estado de São Paulo, 2001-2015.

ANO	1ª FASE			2ª FASE		
	Vacinados < 5 anos	CV (%)	Homogeneidade	Vacinados < 5 anos	CV (%)	Homogeneidade
2001	3.294.644	94,71	81,9	3.301.779	94,92	82,80
2002	3.264.790	94,67	82,2	3.245.364	94,11	86,50
2003	3.224.211	96,37	84,8	3.240.312	96,85	86,20
2004	3.071.476	91,53	76,7	3.085.676	91,96	79,60
2005	3.053.336	92,43	80,0	3.069.818	92,92	81,20
2006	2.999.901	92,16	73,95	3.051.800	93,75	77,98
2007	2.993.967	95,89	85,73	2.948.150	94,51	84,81
2008	2.970.293	96,19	89,15	2.741.590	88,79	78,29
2009	2.938.445	95,48	91,47	2.915.000	97,73	88,37
2010	2.762.252	90,47	72,40	2.862.663	93,76	80,16
2011	2.852.948	101,22	93,33	2.759.645	97,91	89,77
2012	2.755.747	97,77	86,05	-	-	-
2013	2.382.792	92,97	97,98	-	-	-
2014	2.252.987	89,13	70,23	-	-	-
2015	2.273.220	90,23	69,15	-	-	-

Fonte: NIVE/Divisão de Imunização/CCD/CVE/SES-SP

#### 4. Vacinas que serão utilizadas na campanha

##### 4.1. Informações técnicas relacionadas às vacinas poliomielite

A VIP confere soroproteção de 100%, um mês após a vacinação primária (3 doses), para os poliovírus vacinais tipos 1 e 3 e de 99% a 100% para o tipo 2.

A VOP induz boa imunidade intestinal e humoral. Confere proteção contra dois sorotipos do poliovírus 1 e 3, e sua eficácia é em torno de 90% a 95% com 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, 3 doses de VIP (D1, D2 e D3), sendo necessárias 2 doses de reforço (VOP) após o término do esquema básico.

A administração da VOP é bem aceita pela população e possibilita a imunização dos contatos das pessoas vacinadas, em razão da disseminação do poliovírus no ambiente, viabilizando a eliminação da doença causada pelo poliovírus selvagem.

O Quadro 1 apresenta as informações técnicas da vacina poliomielite que será disponibilizada na campanha de vacinação 2018:



**Quadro 1. Vacinas poliomielite que serão utilizadas na Campanha de Vacinação 2018.**

Denominação Comum Brasileira (DCB)	Vacina poliomielite 1,2 e 3 (inativada)	Vacina poliomielite 1 e 3 (atenuada)
Laboratório produtor	Fiocruz/Bio-Manguinhos	Fiocruz/Bio-Manguinhos
Apresentação	Frasco ampola contendo 10 doses de 0,5mL	Bisnaga de plástico transparente contendo 25 doses por 2,5 ml
Forma Farmacêutica	Suspensão injetável	Solução oral
Via de administração	Intramuscular ou subcutânea	Oral
Indicação	Uso adulto e pediátrico acima de 6 semanas	Uso pediátrico acima de 2 meses
Contraindicações	<p>-hipersensibilidade a qualquer componente da vacina, inclusive à neomicina, à estreptomina e à polimixina B, uma vez que a vacina pode conter traços destes antibióticos, ou reações graves após a administração prévia desta vacina ou de outra vacina que contenha as mesmas substâncias;</p> <p>- a vacinação deve ser postergada em caso de febre ou doença aguda, uma vez que os sintomas da doença podem ser confundidos com eventuais eventos adversos da vacina.</p>	<p>-crianças com história de paralisia flácida associada à vacina, após dose anterior da vacina oral poliomielite.</p> <p>-crianças que estejam em contato hospitalar ou domiciliar com pessoa imunodeprimida.</p> <p>-crianças com hipersensibilidade conhecida a algum componente da vacina, a exemplo da estreptomina ou eritromicina;</p> <p>-crianças imunodeprimidas devido ao tratamento com imunossuppressores ou adquirida;</p> <p>-crianças internadas em unidades de terapia intensiva (UTI).</p>
Composição por dose	<p>Cada dose de 0,5 mL da vacina contém:</p> <p>Poliovírus inativados do tipo 1... 40 unidades de antígeno UD;</p> <p>Poliovírus inativados do tipo 2... 8 unidades de antígeno UD;</p> <p>Poliovírus inativados do tipo 3... 32 unidades de antígeno UD.</p> <p>Contém excipientes 2-fenoxietanol, formaldeído, meio Hanks 199, ácido clorídrico ou hidróxido de sódio. Pode conter traços indetectáveis de neomicina, estreptomina e polimixina B.</p>	<p>Cada dose de duas gotas = 0,1 mL contém:</p> <p>Poliovírus atenuado tipo 1: 10(6) CCID<sub>50</sub>;</p> <p>Poliovírus atenuado tipo 3: 10(5,8) CCID<sub>50</sub>;</p> <p>Contém: água destilada, cloreto de magnésio, eritromicina, estreptomina, L-arginina, polissorbato 80.</p>
Conservação	A vacina deve ser armazenada e transportada entre +2°C e +8°C. Não deve ser colocada no congelador ou "freezer"; o congelamento é estritamente contraindicado.	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.



<p><b>Cuidados de conservação após a abertura da bisnaga</b></p>	<p>Depois de aberto desde que mantidas a temperatura de +2° a +8°C entre as aplicações e as condições assépticas, pode ser utilizado em até 28 dias.</p>	<p>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. 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 (de acordo com a Resolução CONAMA nº 358 de 2005).</p>
--	--	--

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

#### 4.2 Informações técnicas relacionadas às vacinas tríplice viral

Nesta campanha de vacinação será utilizada vacina tríplice viral de diferentes laboratórios produtores, como descrito no quadro 2 a seguir:



Quadro 2. Vacinas que serão utilizadas na Campanha contra o Sarampo.

Denominação Comum Brasileira (DCB)	VACINA SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA		
Laboratório produtor	Fiocruz/Bio-Manguinhos	Serum Institute of India Ltd.	Glaxo Smith Kline Brasil Ltda
Indicação	Indicação de uso: USO ADULTO e PEDIÁTRICO A vacina é indicada para as crianças a partir dos 12 meses de idade; Pode ser administrada em adultos e idosos suscetíveis e ou naqueles que não receberam as vacinas sarampo, caxumba e rubéola na infância; Contraindicada para mulheres grávidas	Indicação de uso: USO PEDIÁTRICO  A vacina é indicada para as crianças a partir dos 12 meses a 10 anos de idade; Para crianças acima de 10 anos, adolescentes e adultos, é recomendada a vacina sarampo e rubéola; Contraindicada para mulheres grávidas	Dose única ou de acordo com a recomendação do país.  Contraindicada para mulheres grávidas
Apresentação	Frasco - ampola multidose: 10 doses de 0,5 mL	Frasco - ampola monodose: 1 doses de 0,5 mL Frasco - ampola multidose: 5 doses de 0,5 mL 10 doses de 0,5 mL	Frasco - ampola monodose: 1 doses de 0,5 mL
Forma Farmacêutica	Pó liofilizado + diluente	Pó liofilizado + diluente	Pó liofilizado + diluente
Via de administração	Subcutânea	Subcutânea	Subcutânea (também pode ser administrada via intramuscular)
Composição por dose de 0,5 mL	No mínimo 1.000 CCID <sub>50</sub> do vírus de sarampo, cepa Schwarz; No mínimo 5.000 CCID <sub>50</sub> do vírus de caxumba, cepa RIT 4385, derivada da cepa Jeryl Lynn; No mínimo 1.000 CCID <sub>50</sub> do vírus de rubéola, cepa Wistar RA 27/3; Excipientes: Albumina humana, lactose, sorbitol, manitol, sulfato de neomicina e aminoácidos; Diluyente: Água para injeção.	No mínimo 1.000 CCID <sub>50</sub> do vírus de sarampo, <u>cepa Edmonston-Zagreb</u> ; No mínimo 5.000 CCID <sub>50</sub> do vírus de caxumba, <u>cepa Leningrad-Zagreb (L-Z)</u> ; No mínimo 1.000 CCID <sub>50</sub> do vírus de rubéola, cepa Wistar RA 27/3; Excipientes: Gelatina parcialmente hidrolizada; sorbitol; L-histidina; L-alanina; tricina, cloridrato de L-arginina; lactoalbumina hidrolizada. Diluyente: Água para injeção.	Não menos que: vírus de sarampo 10 <sup>3</sup> CCID <sub>50</sub> da cepa Schwarz vírus de caxumba 10 <sup>3,7</sup> CCID <sub>50</sub> cepa RIT 4385 vírus de rubéola 10 <sup>3</sup> CCID <sub>50</sub> cepa Wistar RA 27/3 Excipientes: aminoácidos, lactose, manitol, sorbitol. Diluyente: água para injetáveis.
Conservação	Conservar em temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz.	Conservar em temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz.	Conservar em temperatura entre +2°C e +8°C. Não congelar
Cuidados de conservação após a reconstituição	Pode ser utilizada no máximo até 8 (oito) horas desde que mantidas as condições assépticas e a temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz	Pode ser utilizada <u>no máximo até 6 (seis) horas</u> desde que mantidas as condições assépticas e a temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz	Após reconstituição deve ser utilizada imediatamente ou em até 8 horas após a reconstituição desde que mantidas as condições assépticas e a temperatura entre +2°C e +8°C.

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS



A vacina tríplice viral não deve ser administrada simultaneamente com a vacina febre amarela, em crianças primovacinadas menores de dois anos de idade. Neste momento, o PNI reforça a necessidade de priorizar a vacinação com a tríplice viral, devendo-se agendar a dose da vacina febre amarela com intervalo de 30 dias.

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

## 5. Precauções e contraindicações para vacinação

### 5.1. Vacina oral poliomielite (VOP)

#### Contraindicações

Não há contraindicações absolutas a administração da VOP, evitando-se, entretanto, a vacinação de crianças nas seguintes situações:

- crianças portadoras de infecções agudas, com febre acima de 38°C;
- crianças com hipersensibilidade conhecida a algum componente da vacina, a exemplo da estreptomicina ou eritromicina;
- crianças que, no passado, tenham apresentado qualquer reação anormal a esta vacina;
- crianças imunologicamente deficientes devido a tratamento com imunossuppressores ou de outra forma adquirida ou com deficiência imunológica congênita;
- crianças com história de paralisia flácida associada à vacina, após dose anterior da vacina poliomielite oral.
- crianças que estejam em contato hospitalar ou domiciliar com pessoa imunodeprimida

### 5.2. Vacina inativada poliomielite (VIP)

#### Contraindicações

Reação grave a dose anterior de VIP ou anafilaxia a algum componente da vacina.



### 5.3. Vacina tríplice viral

#### Precauções

A administração desta vacina deve ser adiada nas seguintes situações:

- Doenças agudas febris moderadas ou graves - recomenda-se adiar a vacinação até resolução do quadro com o intuito de não se atribuir à vacina as manifestações da doença.
- Após uso de imunoglobulina, sangue e derivados a vacinação - deverá ser adiada por 3 a 11 meses, dependendo do hemoderivado e da dose administrada, devido ao possível prejuízo na resposta imunológica.
- As crianças em uso de drogas imunossupressoras ou de biológicos devem ser avaliadas nos CRIE e quando for caso, vaciná-las.
- Crianças em uso de corticosteroides em doses imunossupressoras devem ser vacinadas com intervalo de pelo menos 1 mês após a suspensão da droga.
- Crianças em uso de quimioterapia antineoplásica só devem ser vacinadas 3 meses após a suspensão do tratamento.
- Transplantados de medula óssea recomenda-se vacinar com intervalo de 12 a 24 meses após o transplante para a primeira dose.

- Alergia ao ovo, mesmo quando grave. NÃO contraindica o uso da vacina tríplice viral. Por precaução, crianças com história de anafilaxia (alergia grave) ao ovo devem ser vacinadas em ambiente com condições adequadas de atendimento de urgências/emergências ou nos CRIE.

#### Contraindicações

A vacina tríplice viral é contraindicada nas situações listadas a seguir:

- Anafilaxia a dose anterior da vacina;
- Crianças menores 5 anos de idade de com imunodepressão grave (LT-CD4+<15%) por pelo menos 6 meses, ou com sintomatologia grave.

### 6. Farmacovigilância

Vacinações em campanhas, realizadas em curtos períodos de tempo, requerem a observação rigorosa das boas práticas de vacinação. Quando se vacina maior número de pessoas é esperado que reações indesejáveis como eventos adversos graves e mais raros aconteçam. Portanto, é preciso que os relatos dos eventos adversos pós-vacinação sejam notificados e investigados, para descartar as associações temporais à vacinação.



A vacinação segura representa toda a política, ações e procedimentos em saúde pública relacionados à administração de vacinas, com a finalidade de minimizar os riscos de transmissão de doenças e de maximizar a efetividade das vacinas, a qual engloba todo o espectro de eventos, desde a produção do imunobiológico até a sua administração.

Para garantir esta ação, realiza-se a farmacovigilância a fim de detectar, avaliar, compreender, prevenir e comunicar a ocorrência de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV) ou qualquer outro problema relacionado à vacina ou à vacinação.

### 6.1. Poliomielite

A vigilância dos **eventos adversos pós-vacinação** é de suma importância para a manutenção do país livre da poliomielite. Esta vigilância é fundamentada na identificação oportuna e resposta rápida frente ao EAPV.

A VOP é extremamente segura, sendo raros os eventos adversos associados a sua administração, como a poliomielite associada ao vírus vacinal (PAVV) e o poliovírus derivado da vacina (PVDV).

A PAVV é uma doença aguda febril que causa deficiência motora flácida, de intensidade variável, geralmente assimétrica. A paralisia pode surgir 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.

Com relação a VIP, ela é conhecida por ser bem tolerada, não causar eventos adversos sérios e a maioria dos indivíduos vacinados não apresenta nenhum EAPV.

### 6.2. Sarampo

Segundo o Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação – Ministério da Saúde (2014), há a descrição dos seguintes EAPV para tríplice viral (Quadro 3)



**Quadro 3. EAPV associados à vacina tríplice viral.**

Evento adverso	Descrição	Tempo Aplicação/evento	Frequência	Conduta	Exame
Febre $\geq 39,5^{\circ}\text{C}$	Está associada a qualquer um dos componentes da vacina	Entre o 5 <sup>o</sup> e o 12 <sup>o</sup> dia após vacinação	5% a 15% dos primovacinados	Notificar, investigar e acompanhar, quando associado à exantema. <sup>1</sup>	
Cefaleia, irritabilidade, febre baixa, conjuntivite e/ou manifestações catarrais	Estão associadas aos componentes do sarampo e da rubéola	Entre o 5 <sup>o</sup> e o 12 <sup>o</sup> dia após vacinação	0,5% a 4% dos primovacinados	Notificar, investigar e acompanhar.	
Exantema	Pode ter extensão variável. Dura em torno de 2 dias	Entre o 7 <sup>o</sup> e o 14 <sup>o</sup> dia após vacinação	5% dos primovacinados	Notificar, investigar e acompanhar.	
Linfadenopatia	Associada ao componente da rubéola	Entre o 7 <sup>o</sup> e 21 <sup>o</sup> dia após a vacinação	Menos de 1% dos primovacinados	Notificar, investigar e acompanhar..	
Meningite	Está relacionada ao componente da caxumba	Entre o 15 <sup>o</sup> e o 21 <sup>o</sup> dia após a vacinação	Variado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Notificar, investigar e acompanhar.</li> <li>- Avaliação clínica e, se necessário, laboratorial.</li> <li>- Contraindicar doses subsequentes.</li> </ul>	Exame de LCR. <sup>2</sup>
Encefalite	Relacionado ao componente do sarampo e ao da caxumba	Entre 15 <sup>o</sup> e o 30 <sup>o</sup> dia após a vacinação	Variado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Notificar, investigar e acompanhar.</li> <li>- Contraindicar doses subsequentes</li> </ul>	
Outras manifestações neurológicas	Ataxia, mielite transversa, neurite ótica, síndrome de Guillain-Barre e paralisia ocular motora. São consideradas associações temporais		Variado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Notificar, investigar e acompanhar.</li> <li>- Avaliar cada caso em particular, para decidir indicação de doses subsequentes.</li> </ul>	
Púrpura trombocitopênica	Geralmente de evolução benigna	2 a 3 semanas após a vacinação	1:30.000 a 1:40.000 vacinados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Notificar, investigar e acompanhar.</li> <li>- Contraindicar doses subsequentes <sup>3</sup></li> </ul>	
Artralgia e ou artrite	As articulações mais afetadas são: interfalangeanas, metacarpofalangeanas, joelhos, cotovelos e tornozelos. Associado ao componente da rubéola, com duração de 1 a 3 semanas.	Entre 1 a 3 semanas após a vacinação	25% das mulheres vacinadas com a cepa RA 27/3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Notificar, investigar e acompanhar, apenas os casos de artrite.</li> <li>- Tratamento sintomático, nos casos mais graves indicar avaliação de especialista.</li> </ul>	



Parotidite, pancreatite, orquite e cooforite	Associado aos componentes da caxumba	10 <sup>o</sup> ao 21 <sup>o</sup> dia após a vacinação (parotidite)	Parotidite: com cepa Jeryl Lynn: 1,6%, com cepa Urabe AM9 1% a 2% dos vacinados. Outros: raros	- Investigare e acompanhar. - Não contraindica doses subsequentes.
Reações de hipersensibilidade	Urticária local ou, menos frequentemente, em outras áreas do corpo	Geralmente nas primeiras 24 a 72 horas após a vacinação	Raras	- Notificar, investigar e acompanhar. Não contraindica doses subsequentes.
Reação anafilática	Urticária, sibilos, laringoespasmo, edema de lábios, hipotensão e choque	Habitualmente na primeira hora após a aplicação da vacina	Extremamente raras	- Notificar, investigar e acompanhar. - Contraindicar doses subsequentes

Fonte: Manual de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos Pós-Vacinação, 2018 (no prelo)

\* Avaliar sempre a possibilidade de processos infecciosos e investigar se está ocorrendo surto de alguma doença na área, no mesmo período da aplicação da vacina. Importante verificar se o período de aparecimento das manifestações coincide com o previsto para o evento adverso em questão.

<sup>2</sup> Exame de LCR: incluindo bacterioscopia direta, cultura, sorologias específicas, contraímunoeletroforese e látex.

<sup>3</sup> Pessoas com história de púrpura trombocitopênica podem ter um risco aumentado de apresentar púrpura pós-vacinação. A decisão de vacinar dependerá da avaliação do risco benefício.

## 7. Vigilância eventos adversos pós-vacinação (VEAPV)

Todos os profissionais da saúde ou qualquer pessoa que tiver conhecimento da suspeita de um EAPV, incluindo os erros de imunização (operacionais tais como, problemas na cadeia de frio, erros de preparação da dose via de administração, dentre outros) deverão notificar os mesmos às autoridades de saúde.

- **Atenção especial** deve ser dada à notificação dos **eventos adversos graves**, os quais deverão **TODOS SER INVESTIGADOS**:
  - ✓ Anafilaxia;
  - ✓ Convulsões em geral;
  - ✓ Eventos neurológicos;
  - ✓ Óbitos súbitos inesperados;
  - ✓ Outros EAPV graves ou inusitados; e
  - ✓ Erros de imunização.
- **Atenção especial** deverá ser dada, também, com o aparecimento de 'SINAIS', ou seja, informação sobre possível causalidade entre um evento adverso e uma vacina:
  - ✓ EAPV conhecidos e para os quais houve mudança de padrão de intensidade ou frequência;
  - ✓ 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.



✓ A identificação de um sinal demanda uma explicação adicional:  
**VIGILÂNCIA CONTÍNUA OU APLICAÇÃO DE PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO.**

### 7.1. Fluxo de informações para a vigilância dos EAPV

Todos os eventos compatíveis com notificação deverão seguir o fluxo descrito no Manual de Vigilância Epidemiológica de EAPV do Ministério da Saúde.

A notificação é um mecanismo que ajuda a manter ativo o sistema de monitoramento e o estado de atenção permanente do trabalhador de saúde para a detecção dos EAPV. Salienta-se ainda que em qualquer situação epidemiológica, os EAPV graves deverão ser comunicados dentro das primeiras 24 horas de sua ocorrência, do nível local até o nacional seguindo o fluxo determinado pelo PNI.

É importante destacar que as notificações devem primar pela qualidade no preenchimento de todas as variáveis contidas na ficha de notificação/investigação de EAPV e serem registrados no SIPNI/SIEAPV.



## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância da Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. 4ª Ed. Brasília. 2014.
2. World Health Organization. Vaccines Safety Basics- Learning manual. 2013
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância da Doenças Transmissíveis. PORTARIA Nº 1.533, DE 18 DE AGOSTO DE 2016. Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância da Doenças Transmissíveis. Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos pós-vacinação. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância da Doenças Transmissíveis. Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos pós-vacinação. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
6. Plotkin, A. S.; Orenstein, W. A. Offit PA (Eds) Vaccines. 7th Ed. Saunders. 2018.

## Sites recomendados

[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br) (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)  
[www.cdc.gov/vaccines/programs/global](http://www.cdc.gov/vaccines/programs/global) (CDC)  
[www.fda.gov](http://www.fda.gov) (Food and Drug Administration)  
[www.gavialliance.org](http://www.gavialliance.org) (Gavi Alliance)  
[www.gatesfoundation.org/Pages/home.aspx](http://www.gatesfoundation.org/Pages/home.aspx) (Bill & Melinda Gates foundation)  
[www.paho.org](http://www.paho.org) (Pan-american Health Organization)  
[www.polioeradication.org](http://www.polioeradication.org) (Global Polio Eradication Initiative)  
[www.polioplace.org/history/collections](http://www.polioplace.org/history/collections) (Polio place - A service of Post-Polio Health International)  
[www.post-polio.org](http://www.post-polio.org) (Post-Polio Health International)  
[www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs) (Secretaria de Vigilância em Saúde/MS)  
<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/home>  
[www.unicef.org](http://www.unicef.org) (UNICEF)  
[www.vaccinealliance.org](http://www.vaccinealliance.org) [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov) (Centers Diseases Control)  
[www.who.int](http://www.who.int) (Organização Mundial de Saúde)  
[www.measlesrubellainitiative.org](http://www.measlesrubellainitiative.org)

## Divisão de Imunização

Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória

Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar

Julho de 2018