



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO-GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

Informe Técnico
Campanha Nacional de Multivacinação para Atualização da Caderneta de
Vacinação da Criança e do Adolescente

Brasília

2017

Sumário

1. Introdução	03
2. Objetivos	12
2.1. Objetivo Geral	12
2.2. Objetivos específicos	12
3. População alvo	12
4. Meta	12
5. Estratégia	12
6. Recomendações importantes para a operacionalização da campanha	13
6.1 Validade	19
6.2. Preservação da cadeia de frio para conservação das vacinas	20
6.3. Resíduos gerados na campanha	20
7. Vacinação segura	21
7.1. Precauções gerais	22
7.2. Contraindicações gerais	23
7.2.1. Contraindicações específicas	23
7.3. Vigilância dos eventos adversos pós-vacinação (VEAPV)	23
7.4. Fluxo de informações para a vigilância dos EAPV	24
8. Registro de doses aplicadas na Campanha Nacional de Multivacinação 2017	24
8.1. Registro de doses aplicadas para o grupo etário de Crianças até 9 anos e Adolescentes de 10 a 14 anos	25
8.1.1. Sistema Consolidado SIPNI (Web)	25
8.1.2. Sistema nominal SIPNI (Desktop ou Web)	30
8.1.3 Anotações de doses aplicadas	31
8.1.4. Registro de comparecimento das crianças e adolescentes ao serviço de vacinação	32
8.1.5. Consulta de dados	33
Referências	36

Campanha de Multivacinação para Atualização da Caderneta de Vacinação da Criança e do Adolescente

1. Introdução

A incidência das doenças imunopreveníveis mostra que mudanças importantes ocorreram no seu comportamento com o uso de vacinas e o avanço nas coberturas vacinais. Entretanto, a heterogeneidade dos resultados dessas coberturas vacinais pode contribuir para o recrudescimento de doenças e requer, portanto a adoção de estratégias adicionais para o resgate e vacinação dos não vacinados.

Desta forma, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis (DEVIT), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) integrada e articulada às Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde, realizará no período de **11 a 22 de setembro**, a **Campanha Nacional de Multivacinação para Atualização de Caderneta de Vacinação**, sendo **16 de setembro**, o dia de divulgação e mobilização nacional.

A multivacinação é uma estratégia que a CGPNI vem adotando desde 2012 com a finalidade de atualizar a situação vacinal da **população de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade (14 anos 11 meses e 29 dias)**. A estratégia é realizada em um período determinado e em um curto intervalo de tempo, nesta oportunidade são oferecidas as vacinas da rotina, a fim de melhorar a cobertura vacinal e otimizar a logística dos serviços de saúde. Nessas campanhas procuram-se administrar vacinas de forma seletiva e possibilitar a atualização da Caderneta de Vacinação.

Neste sentido, a atuação dos gestores das três esferas de governo, bem como dos profissionais de saúde é de relevância na organização das ações da Campanha de Multivacinação. Ainda existem localidades que apresentam baixas coberturas vacinais criando, assim, condições para formação de bolsões de suscetíveis às doenças imunopreveníveis. Como agravante, as condições de baixa renda e a desnutrição podem potencializar o risco de morte e ou sequela por doenças infectocontagiosas nessas localidades.

Nas campanhas de multivacinação, a comunicação e mobilização da população são fundamentais para que se obtenha uma maior adesão a esta estratégia. A comunicação social e os esforços das sociedades científicas e entidades de classe são importantes nas três esferas de gestão para atender as demandas dos educadores, dos profissionais de saúde, da população e da sociedade civil, assim como influenciar na captação da população alvo da ação.

As recomendações dos esquemas vacinais são elaboradas a partir de estudos que demonstram como uma vacina pode proporcionar o máximo de eficácia e proteção contra as doenças imunopreveníveis. Neste sentido, para cada vacina é estabelecido um esquema de vacinação, as faixas etárias alvo da vacinação, a idade mínima e máxima para receber cada dose,

os intervalos ideais entre as doses, e ainda são levados em conta às questões logísticas e operacionais para a realização da vacinação nos programas nacionais de imunizações de cada país.

Portanto, doses administradas em intervalos inoportunos ou com número de doses insuficientes podem prejudicar o objetivo do programa de vacinação, uma vez que a proteção individual e coletiva passa a não ser alcançada e, com isso, as doenças que foram eliminadas podem recrudescer ou mesmo ter mudanças no seu comportamento epidemiológico, passando a acometer também adolescentes e adultos jovens, como é o caso atualmente da caxumba, com notificações em várias Unidades Federadas da ocorrência de surtos da doença nessa faixa etária.

Desta forma, esta estratégia busca resgatar a população não vacinada ou com esquemas de vacinação incompletos, tanto na infância como na adolescência, visando melhorar as coberturas vacinais e assim manter controladas, eliminadas ou erradicadas as doenças imunopreveníveis no Brasil.

Tendo em vista a complexidade do atual Calendário Nacional de Vacinação, que dispõe de 14 vacinas para as crianças e cinco para os adolescentes, é fundamental que toda a população alvo compareça aos serviços de saúde levando a caderneta de vacinação, para que os profissionais de saúde possam avaliar se há alguma vacina que ainda não foi administrada ou se há doses que necessitam ser aplicadas, para completar o esquema vacinal para cada vacina preconizada atualmente pelo PNI.

Doenças imunopreveníveis no Brasil

Diarreia por Rotavírus

A vigilância epidemiológica de rotavírus é realizada em Unidades Sentinelas, foi criada em 2006 com a introdução da Vacina Oral contra Rotavírus Humano (VORH), seus principais objetivos são: conhecer a magnitude da doença entre os menores de cinco anos; Monitorar os genótipos de rotavírus dentre as crianças menores de cinco anos hospitalizadas para avaliar o impacto da VORH. Atualmente, há no país 26 Unidades Sentinelas de rotavírus, distribuídas em 15 Unidades Federadas que realizam notificação e análise apenas de rotavírus.

Em 2016 foram notificados 1.196 casos de diarreia em menores de cinco anos por rotavírus em Unidades Sentinelas, desses 1.072 tiveram amostras de fezes coletadas para pesquisa laboratorial de rotavírus, identificou-se uma positividade de 20,4%. Em 30,3% das amostras positivas, os genótipos G3, G12, P4, e P8, sendo G12 P8 a combinação binária mais prevalente (43,4%).

Foram notificados 49 surtos de rotavírus que envolveram 1.731 pessoas. Os surtos de rotavírus notificados, em 2016, ocorreram predominantemente nas creches/escolas (59,2%), dispersos no município (20,4%) e em residências (10,2%).

Sarampo

No Brasil, o sarampo é doença de notificação compulsória desde 1968. Até 1991, o país enfrentou nove epidemias, sendo uma a cada dois anos, em média. O maior número de casos notificados foi registrado em 1986 (129.942), representando uma taxa de incidência de 97,7 por 100 mil habitantes. Até o início da década de 1990, a faixa etária mais atingida foi a de menores de 15 anos.

Até o final dos anos 1970, o sarampo era uma das principais causas de óbito, dentre as doenças infectocontagiosas, sobretudo em menores de cinco anos, em decorrência de complicações, especialmente a pneumonia. Na década de 1980, houve um declínio gradativo no número de óbitos. Essa redução foi atribuída ao aumento da cobertura vacinal e à melhoria da assistência médica ofertada às crianças com complicações pós - sarampo. Na década de 1990, o número de óbitos foi cerca de vinte vezes menor do que o registrado na década anterior.

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. Em 1997, depois de um período de quatro anos de relativo controle, observou-se o recrudescimento do sarampo no país iniciando, com surtos em São Paulo e expandindo-se para todos os Estados, com 91.810 casos notificados, 53.664 confirmados, e taxa de incidência de 32,6/ 100mil habitantes e 61 óbitos.

O Ministério da Saúde, visando fortalecer a vigilância epidemiológica do sarampo criou em 1999 um Grupo Tarefa, com a designação de um técnico de vigilância do sarampo para cada uma das 27 Unidades Federadas (UF), e dois para o nível nacional em cada Estado. Nesse ano, dos 10.007 casos suspeitos de sarampo notificados, 908 (8,9%) foram confirmados, sendo 378 (42%) por laboratório. Dos 8.199 casos suspeitos de sarampo notificados em 2000, 36 (0,4%) foram confirmados, 30 (83%) por laboratório. Os últimos casos autóctones ocorreram em 2000, no estado do Mato Grosso do Sul. Entre 2001 e 2005, com exceção do ano de 2004, foram confirmados 10 casos de sarampo no Brasil. Desses, quatro foram classificados como casos importados (Japão, Europa e Ásia) e seis vinculados a esses, onde foram identificados os genótipos D4 e D5. Já em 2006 foram confirmados 57 casos em dois surtos isolados no estado da Bahia, sendo identificado o vírus D4, porém não foi identificada a fonte primária da infecção.

Entre os anos de 2007 e 2009, foram notificados 5.648 casos suspeitos sem registro de caso confirmado. No período de 2010 a 2015, foram notificados 13.874 casos suspeitos, com 1.403 (10,1%) casos confirmados, com destaque para dois grandes surtos ocorridos nos estados de Pernambuco, 226 casos e no Ceará, 1.052 casos, sem identificação do caso índice; já os demais surtos estavam relacionados a casos importados ou secundários. Os genótipos identificados nesta série histórica foram os seguintes: D4, G3, D8 e B3. Em 2016 foi notificado 559 casos suspeitos de sarampo, sem nenhum registro confirmado. Em setembro do mesmo ano a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) declarou a Região das Américas livre do sarampo.

Até a Semana Epidemiológica (SE) 20 de 2017, já foram notificados 141 casos suspeitos de sarampo, sem nenhum confirmado.

Coqueluche

No início da década de 1980 eram notificados mais de 40 mil casos anuais com coeficientes de incidência superior a 30/100 mil habitantes. Este número caiu abruptamente a partir de 1983, mantendo, desde então, tendência decrescente. Em 1990, foram notificados 15.329 casos, resultando em um coeficiente de incidência de 10,6/100 mil habitantes a maior taxa observada na década. A partir de 1995, observou-se um declínio do número de casos com o aumento da cobertura vacinal, principalmente a partir de 1998. Com isso verificou-se redução importante na incidência de 10,6/100 mil habitantes em 1990 para 0,9/100 mil habitantes em 2000. No período de 2001 a 2010, a incidência variou entre (0,3 a 0,8/100 mil habitantes).

No ano de 2011, a partir da SE 30, observou-se um aumento súbito do número de casos confirmados de coqueluche, o qual ultrapassou o limite superior da curva endêmica do diagrama de controle, passando de 1,2/100 mil habitantes para 4,4/100 mil habitantes em 2014. Em 2015 e 2016 observou-se um decréscimo do número de casos em comparação com anos anteriores com incidências de 1,5/ e 0,6/100 mil habitantes.

Difteria

O número de casos de difteria notificados no Brasil vem decrescendo progressivamente, em decorrência do aumento da utilização da vacina DTP (difteria, tétano e coqueluche). Em 1980, foram notificados 4.646 casos com coeficiente de incidência de 3,9/100 mil hab. Em 1990, foram notificados 640 casos com coeficiente de incidência de 0,44/100 mil habitantes. Esse número de casos veio decaindo progressivamente até atingir 58 casos em 2000 (coeficiente de incidência de 0,03/100 mil habitantes).

A partir de 2004, o número de casos não ultrapassou 30 por ano e o coeficiente de incidência por 100 mil habitantes manteve-se em torno de 0,03. Exceto no ano de 2010, onde foram confirmados 33 casos da doença em todo o país, esse aumento foi associado à ocorrência de um surto de difteria no estado do Maranhão. Em 2011, foram confirmados 05 casos com coeficiente de incidência de 0,003/100 mil habitantes e, em 2012, não foi confirmado nenhum caso da doença. Em 2013 e 2014 foram confirmados cinco e seis casos, respectivamente. No ano de 2015 houve a confirmação de 16 casos com coeficiente de incidência de 0,008/100 mil habitantes e em 2016, 4 casos com coeficiente de incidência de 0,002.

Tétano Neonatal e Acidental

A partir de 1989, a Organização Mundial da Saúde (OMS) inicia a implantação de uma política de eliminação do Tétano Neonatal (TNN) fixando metas de alcançar uma taxa de incidência de menos de um caso/1.000 nascidos vivos (NV), por distrito ou município, internamente em cada país. Depois disso, sua incidência tem sido reduzida sensivelmente, principalmente nas Américas. Atualmente, esta doença continua existindo como problema de

saúde pública apenas nos países de menor desenvolvimento econômico e social, principalmente no Continente Africano e Sudeste Asiático.

A partir da década de 1980, no Brasil observou-se um declínio importante no número de casos da doença, passando de 584 casos em 1982 para 6 casos em 2011 correspondendo a uma redução de 98,9%. No ano de 2012, foram confirmados 02 casos da doença nos estados do Pará e Minas Gerais. Em 2013 foram confirmados três casos e em 2014 apenas um caso. Em 2015 não foi registrado nenhum caso e em 2016 foi confirmado apenas um caso no estado do Rio Grande do Sul.

Não obstante o alcance da meta de Eliminação do TNN, no país, como problema de saúde pública, em alguns municípios brasileiros ainda existem alguns casos.

O Tétano Acidental (TA) vem reduzindo continuamente e seu coeficiente de incidência na década de 1980 foi de 1,8 chegando a 0,44 por 100 mil habitantes em 1998. Na década de 1990 houve um declínio progressivo da doença e o número de casos passou de 1.548 em 1990 para 318 em 2012, representando uma redução, em torno, de 80% do número de casos. A incidência nesse mesmo período passou de 1,1 para 0,2/ 100 mil habitantes.

Segundo dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2007 a 2016, foram notificados, no Brasil, 7.036 casos suspeitos de TA, destes 44% (3.108/7.036) foram confirmados. A incidência foi de 0,2/ 100 mil habitantes no período analisado. Nesse mesmo período, ocorreram 1.010 óbitos por TA com letalidade média de 32,5%, variando de 30 a 34%.

Além da vacinação de rotina com a vacina penta (DTP/Hib/Hepatite B), reforço com a DTP e a dupla bacteriana (dT) contra difteria e tétano segundo indicação constantes dos calendários de vacinação para crianças, adolescentes, adultos e idosos, a vacinação de outros grupos de risco tais como agricultores, trabalhadores da construção civil e aposentados, sem dúvida, contribuiu significativamente para a redução observada no total de casos nas últimas décadas.

Meningites

Atualmente, no Brasil, as principais causas de meningites bacterianas (MB), de relevância para a saúde pública, seja pelo potencial de causar surto e/ou gravidade dos casos, são as causadas pelas bactérias: *Neisseria meningitidis* (meningococo), *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) e o *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib). A vacinação é a principal forma de prevenção contra as meningites bacterianas.

O meningococo é a principal causa de MB no país, sendo responsável por 22% dos casos registrados no SINAN, em 2016. Neste mesmo ano o coeficiente de incidência médio foi de 0,9 caso/100 mil habitantes, e a letalidade foi de 22%. A faixa etária mais acometida pela DM são as crianças menores de cinco anos, principalmente os lactentes. No Brasil, após a introdução da vacina meningocócica conjugada do sorogrupo C no calendário de vacinação da criança,

observou-se redução no número de casos da doença em menores de cinco anos. Muito embora seja possível observar redução da doença também em grupos etários não alvo da vacinação, é possível identificar que algumas UF apresentaram aumento da incidência do sorogrupo C, especialmente nos grupos etários de cinco a 19 anos. Cerca de 40% dos casos de DM sorogrupo C, entre 2011 e 2016, ocorreram neste grupo etário; a letalidade média neste período foi de 18%. Além disso, na ocorrência de um surto de DM pelo sorogrupo C, as faixas etárias mais acometidas são a de adolescentes e de adultos jovens.

O pneumococo é a segunda maior causa de MB no Brasil. Também é responsável por outras doenças invasivas, como pneumonia, bacteremia, sepse e doenças não invasivas, como otite média, sinusite, entre outras. Em 2016, foram registrados aproximadamente 900 casos de meningite pneumocócica, resultando em um coeficiente de incidência médio de 0,5 casos/100 mil habitantes. A letalidade para este mesmo ano foi de 29%. As crianças menores de dois anos são as mais acometidas pela meningite pneumocócica. Após a introdução da vacina conjugada 10-valente no calendário de vacinação da criança, observou-se uma redução importante no número de casos da doença em crianças.

A vacina contra o Hib, responsável por prevenir várias doenças invasivas, tais como meningite e pneumonia, sobretudo em crianças, foi introduzida no País em 1999. Até este ano, era a segunda causa mais comum de meningite bacteriana no Brasil, sendo responsável por um grande número de casos em crianças, principalmente menores de um ano. Observou-se, após a introdução da vacina, redução de mais de 90% no número de casos, incidência e número de óbitos por meningite por *H. influenzae*.

Hepatites A e B

Dados de 1999 a 2015, mostram que foram notificados no SINAN, 514.678 casos confirmados de hepatites virais no Brasil. Destes, 161.605 (31,4%) são referentes aos casos de hepatite A, 196.701 (38,2%) de hepatite B e os demais 30,4% são referentes às hepatites C e D.

Hepatite A

Os casos de hepatite A se concentram em sua maioria nas regiões Norte e Nordeste do país, que representam juntas 56,7% de todos os casos confirmados no período de 1999 a 2015. As regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste abrangem 16,3%, 15,5% e 11,4% dos casos do país, respectivamente. Segundo as UF, Amazonas e Paraná são os estados que mais concentram casos de hepatite A, com 8,7% e 7,4% de todos os casos do país, respectivamente, enquanto Sergipe é o estado que apresenta o menor volume de casos notificados, menos de 1,0%.

A taxa de incidência de hepatite A no Brasil apresentou aumento até 2005 e, desde 2006, tem mostrado tendência de queda, atingindo 3,2 casos para cada 100 mil habitantes em 2014 e o mesmo perfil se observa para as regiões. Além disso, verifica-se que a taxa de incidência é maior na região Norte em todo o período, enquanto a menor taxa é observada no Sudeste até 2012 e no Sul entre 2013 e 2015.

A incidência de hepatite A é maior em crianças com até nove anos de idade, independentemente do sexo. Os casos nessa faixa etária correspondem a 54,7% de todos os casos notificados no país. A taxa de incidência nessa faixa etária também é superior em relação às demais; no entanto, nos últimos anos, desde 2006, a taxa tem apresentado tendência de redução.

Hepatite B

No período de 1999 a 2015, foram notificados 196.701 casos confirmados de hepatite B no Brasil; destes, a maioria está concentrada na região Sudeste (35,5%), seguida das regiões Sul (31,4%), Norte (14,3%), Nordeste (9,4%) e Centro-Oeste (9,3%).

As taxas de detecção de hepatite B no Brasil e regiões vêm apresentando tendência de aumento desde o início da notificação compulsória, com destaque para a região Sul, que apresenta a maior taxa e maior velocidade de aumento dentre as regiões do país, seguida da região Norte, que nos três primeiros anos do período apresentou a maior taxa. Em toda a série histórica, a região Sudeste tem apresentado taxas semelhantes à média nacional. A região Nordeste apresenta a menor taxa de detecção em todo o período.

Do total de casos de hepatite B notificados de 1999 a 2015, 106.371 (54,1%) ocorreram em homens. A diferença entre o número de casos segundo sexo vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1999, eram quase dois casos em homens para um caso em mulheres; atualmente, são 1,2 casos em homens para um caso em mulheres, sendo que a taxas de detecção entre homens e mulheres apresentam tendência de aumento no período de 1999 a 2015.

A distribuição dos casos de hepatite B segundo faixa etária e sexo, mostra que, em geral, a maioria dos casos se concentra entre os indivíduos com 25 a 39 anos (38,8%). Entre os homens, a maioria dos casos está na faixa etária de 30 a 44 anos (38,4%), enquanto que entre as mulheres a maioria encontra-se na faixa de 20 a 34 anos de idade (43,7%). No entanto, quando comparadas as faixas etárias segundo a taxa de detecção de 2015, verifica-se que, entre os homens, aqueles com idade entre 55 e 59 anos apresentam a maior taxa (19,7 casos por 100 mil habitantes). Entre as mulheres, a maior taxa é observada entre aquelas de 30 a 34 anos (12,0 casos por 100 mil habitantes).

A taxa de detecção entre os indivíduos com idade inferior a 20 anos apresenta tendência de estabilização, com média de 1,8 casos para cada 100 mil habitantes a partir de 2005. Entre as pessoas com 20 anos ou mais, a tendência das taxas de detecção é de crescimento em todo o período de 2002 a 2015. Verifica-se que, no ano de 2011, a taxa de detecção na faixa etária de 50 anos ou mais ultrapassa a da faixa etária de 20 a 29 anos, passando então a representar a terceira maior taxa de detecção de hepatite B dentre as faixas etárias. Além disso, as maiores taxas de detecção de hepatite B são observadas nas faixas etárias de 30 a 39 e de 40 a 49 anos.

Poliomielite

A poliomielite é uma doença em processo de erradicação e globalmente têm sido empreendidos esforços para alcançar a meta de um mundo livre da doença, semelhante ao que ocorreu com a varíola nos anos 1980.

No Brasil, as ações de combate à pólio iniciaram em 1961, com a vacinação de forma não sistematizada. As medidas implementadas até então, culminaram no fortalecimento das ações de vacinação de campanha e rotina, vigilância epidemiológica e laboratorial, favorecendo o isolamento do último poliovírus selvagem do tipo 1 em março de 1989, no município de Souza no estado da Paraíba. A Região das Américas registrou o último caso de poliomielite em 1991 e em 1994 foi certificada como área livre de circulação do poliovírus selvagem.

A poliomielite, apesar de eliminada no Brasil, permanece como uma doença de interesse político internacional e fatores como a intensa mobilização e migração de pessoas no país e América Latina, impõem a necessidade de uma vigilância eficaz e permanente, para impedir sua reintrodução na Região.

O país adotou desde o segundo semestre de 2012 o esquema sequencial vacina inativada poliomielite/ vacina oral poliomielite trivalente (VIP/VOPt) no esquema primário de vacinação contra a doença, onde nas duas primeiras doses eram administradas a VIP, na terceira dose e nos dois reforços VOPT. A partir janeiro de 2016 o país introduziu no esquema primário a terceira dose da VIP e manteve os dois reforços com vacina oral poliomielite bivalente (VOPb).

Febre Amarela

A febre amarela é uma doença febril aguda e de gravidade variável. Entre dezembro de 2016 e maio deste ano, o Brasil enfrentou o maior surto de febre amarela observado em muitos anos, envolvendo principalmente os estados de Minas Gerais e Espírito Santo, com o maior número de casos confirmados para a doença. Embora o número de casos humanos confirmados seja maior que o observado em surtos anteriores, ressalta-se que todos esses casos são de residentes em zonas rurais ou que tiveram contato com áreas silvestres por motivos de trabalho ou de lazer.

Atualmente o país encontra-se em período de baixa ocorrência da doença, no entanto, o Ministério da Saúde em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde vêm implementando ações para o alcance de coberturas vacinais adequadas, principalmente nas áreas com evidência de circulação viral.

HPV – Papilomavírus Humano

O HPV é transmitido por contato direto com uma pessoa infectada, sendo que a principal forma de transmissão é por via sexual, que inclui contato oral-genital, genital-genital ou mesmo manual-genital.

Nos países desenvolvidos, a incidência de câncer do colo do útero tem sido significativamente reduzida como resultado de programas preventivos. No entanto, os cânceres de boca e orofaringe são o sexto tipo de câncer entre os mais comuns no mundo, com 400.000 casos e 230.000 óbitos por ano. O aumento no número de casos é de duas a três vezes maior em homens que em mulheres, sendo que, nos Estados Unidos, a projeção de casos de câncer de orofaringe relacionados ao HPV superará o número de casos de câncer cervical em 2020. Além disso, mais de 90% dos casos de câncer anal e 63% dos cânceres de pênis são atribuíveis à infecção pelo HPV, principalmente pelo subtipo 16. Apesar de se tratar de cânceres menos frequentes, sua incidência no mundo também vem crescendo.

Em 2014, o Ministério da Saúde introduziu no Calendário Nacional de Vacinação a vacina quadrivalente contra o papilomavírus humano (HPV), tendo como objetivo principal a redução do câncer do colo do útero. Esta vacinação foi realizada no País de forma gradativa: em 2014 foram vacinadas as adolescentes de 11 a 13 anos, em março de 2015 foi incorporada a faixa etária de nove a 11 anos e em 2016 adotou-se a faixa etária de nove a 13 anos. Atualmente está disponível para as meninas de nove a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) e meninos de 11 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias), visto que os estudos têm demonstrado o papel importante do HPV como causa de câncer anal, pênis, orofaringe e verrugas genitais na população masculina.

O objetivo da vacinação da população masculina é prevenir os cânceres de pênis, de orofaringe, as lesões ano-genitais pré-cancerosas, e as verrugas genitais. Além disso, por serem os responsáveis pela transmissão do vírus para suas parceiras, ao receberem a vacina, os homens colaborarão com a redução da incidência do câncer do colo do útero e vulva nas mulheres, prevenindo também casos de cânceres de boca e orofaringe, bem como verrugas genitais em ambos os sexos.

Destaca-se que foram também incorporados como grupo alvo desta vacina as mulheres e homens de nove a 26 anos de idade vivendo com HIV, considerando-se que as complicações decorrentes do HPV ocorrem com mais frequência em pacientes portadores de HIV e da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Esta indicação é reforçada com a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Técnico Assessor de Imunizações (CTAI) do PNI em conformidade com o Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, uma vez que a vacina é uma medida de prevenção primária que proporcionará maior proteção à infecção pelo HPV e seus desfechos negativos.

A vacina HPV também estará disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE e unidades básicas de saúde para indivíduos imunodeprimidos (indivíduos submetidos a transplantes de órgãos sólidos, transplantes de medula óssea ou pacientes oncológicos em uso de quimioterapia ou radioterapia) que deverão receber o esquema de 3 (três) doses (0, 2 e 6 meses) para ambos os sexos, nas faixas etárias entre nove e 26 anos de idade. Para vacinação deste grupo em unidade básica de saúde, o PNI reforça que o indivíduo deverá ser acompanhado por pelo menos 15 minutos após a vacinação e orientado o seu retorno a um serviço de saúde mediante qualquer sintomatologia.

Destaca-se que se mantém a necessidade de apresentação, no ato da vacinação, de prescrição médica para homens/mulheres vivendo com HIV/AIDS e estende-se a mesma orientação para os indivíduos submetidos a transplantes de órgãos sólidos, transplantes de medula óssea ou pacientes oncológicos.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Resgatar não vacinados ou completar esquemas de vacinação, visando atualizar a caderneta das crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade (14 anos 11 meses e 29 dias), de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação.

2.2. Objetivos específicos

- Oportunizar o acesso às vacinas oferecidas pelo PNI;
- Melhorar as coberturas vacinais e homogeneidade;
- Contribuir na redução da incidência das doenças imunopreveníveis.
- Manter controladas, eliminadas ou erradicadas as doenças imunopreveníveis

3. População alvo

Crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade (14 anos 11 meses e 29 dias).

4. Meta

A vacinação será de forma seletiva para a população alvo, desta forma não há meta a ser alcançada, no entanto, na ocasião da Campanha será avaliado o número de doses aplicadas no período.

5. Estratégia

Esta ação envolve as três esferas gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), contando com recursos da União, das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Estima-se o funcionamento de cerca de 36 mil postos de vacinação, com o envolvimento dos recursos humanos que atuam nos serviços de vacinação da rede pública do país.

Os recursos federais, transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios, referentes à campanha de multivacinação anual estão incluídos nos valores do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), conforme normatizado no parágrafo 1º do artigo 1º da Portaria Ministerial nº 1.616, de 30 de setembro de 2015.

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. Estarão

disponíveis para esta ação as vacinas do calendário de vacinação da criança e do adolescente. Para maior adesão, ações de divulgação e mobilização social à população serão realizadas durante a campanha.



A caderneta é um documento pessoal e deve acompanhar a criança e o adolescente a todo o momento! Pais e responsáveis devem ser incentivados a trazerem a caderneta de vacinação da criança ou adolescente para uma avaliação criteriosa da situação vacinal.

6. Recomendações importantes para a operacionalização da campanha

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

O trabalhador da saúde responsável pela triagem deverá avaliar criteriosamente a caderneta de vacinação para identificar o (s) esquema (s) vacinal (is) em atraso e realizar o aprazamento das doses seguintes, se for o caso. O vacinador deverá observar o tipo de vacina, o local de administração e o intervalo entre as doses de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação. O registrador deverá anotar a vacina, dose, lote e data em que a mesma foi administrada e o vacinador deverá assinar na caderneta e registrar a dose administrada no boletim diário de doses aplicadas ou instrumento específico da campanha.

Durante a campanha de multivacinação deverão ser observadas as especificidades de cada vacina conforme os Quadros 1 e 2. Vale informar que as vacinas que sofreram alteração no esquema vacinal ou faixa etária de indicação (meningocócica C conjugada, febre amarela, hepatite A, vacina HPV, tetra viral e dTpa) estarão destacadas em **negrito** nos referidos Quadros.

Quadro 1. Demonstrativo das vacinas disponibilizadas na Campanha Nacional de Multivacinação para crianças menores de sete anos de idade, Brasil, 2017.

Vacinas	Esquema vacinal
BCG	Dose única ao nascer. Disponível para crianças menores de cinco anos não vacinadas.
Hepatite B	Administrar uma dose ao nascer, podendo ser administrada até um mês de idade em crianças não vacinadas. Para a criança maior de um mês de idade não vacinada, agendar a vacina penta para os dois meses de idade.
Penta	Criança de dois meses a menor de sete anos de idade (6 anos, 11 meses e 29 dias) deverá iniciar e concluir o esquema básico com esta vacina. <ul style="list-style-type: none">➤ 1ª dose aos dois meses➤ 2ª dose aos quatro meses➤ 3ª dose aos seis meses

VIP	<p>Criança a partir de dois meses de idade a menor de cinco anos de idade (quatro anos, 11 meses e 29 dias) deve receber três doses desta vacina com intervalo de dois meses entre elas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1ª dose aos dois meses ➤ 2ª dose aos quatro meses ➤ 3ª dose aos seis meses
VOPb	<p>Criança a partir dos 15 meses a menor de cinco anos de idade (quatro anos, 11 meses e 29 dias) deve receber:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1º reforço aos 15 meses ➤ 2º reforço aos quatro anos
Rotavírus humano	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1ª dose aos dois meses ➤ 2ª dose aos quatro meses <p>Criança com idade de um mês e 15 dias a três meses e 15 dias pode receber a 1ª dose.</p> <p>Criança com idade de três meses e 15 dias a sete meses e 29 dias pode receber a 2ª dose desta vacina.</p>
Pneumocócica 10 valente	<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> <p>Criança que iniciou o esquema básico após seis 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, 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>
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> <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 ano 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>
Febre amarela	<p>Criança a partir de nove meses de idade, residente ou viajante das áreas com recomendação de vacinação ou com recomendação temporária de</p>

	<p>vacinação, não vacinada ou sem comprovante de vacinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar uma dose única da vacina. ➤ Considerar vacinada pelo resto da vida <p>Criança indígena, independente da área onde reside, não vacinada ou sem comprovante de vacinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar uma dose única da vacina. ➤ Considerar vacinada pelo resto da vida <p>Particularidades devem ser atendidas conforme Nota Informativa nº 94/2017.</p>
Tríplice viral	<p>Criança deve receber a 1ª dose da vacina aos 12 meses de idade e agendar para os 15 meses de idade a tetra viral ou tríplice viral mais varicela (atenuada), conforme a disponibilidade da vacina.</p> <p>Manter intervalo mínimo de 30 dias entre as doses para as crianças que chegarem aos serviços após 14 meses de idade.</p> <p>Criança maior de 15 meses de idade sem nenhuma dose deve receber a 1ª dose e agendar a 2ª obedecendo ao intervalo mínimo de 30 dias entre elas.</p>
Tetra viral ou tríplice viral + varicela (atenuada)	<p>Criança deverá receber uma dose da vacina tetra viral entre 15 meses e quatro anos de idade (quatro anos 11 meses e 29 dias) desde que já tenha recebido a 1ª dose da vacina tríplice viral.</p> <p>Na indisponibilidade da vacina tetra viral, administrar simultaneamente a 2ª dose de tríplice viral e uma dose de vacina varicela (atenuada).</p>
DTP	<p>Criança a partir dos 15 meses de idade a menor de sete anos de idade (6 anos, 11 meses e 29 dias) deve receber dois reforços.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1º reforço aos 15 meses ➤ 2º reforço aos 4 anos <p>Criança a partir de 15 meses e menor de sete anos de idade, sem dose de reforço: administrar o 1º reforço, e agendar o 2º reforço. Atentar para o intervalo de seis meses entre as doses.</p> <p>Criança com seis anos sem nenhuma dose de reforço, administrar o 1º reforço. Na impossibilidade de manter o intervalo de seis meses entre as doses de reforço, agendar dT para 10 anos após esse primeiro reforço. Neste caso, estas crianças ficam liberadas do segundo reforço da DTP.</p> <p>Na indisponibilidade da vacina DTP, como reforço administrar a vacina penta.</p>
Hepatite A	<p>Criança de 15 meses a 23 meses de idade devem receber uma dose dessa vacina.</p> <p>Crianças de dois anos a quatro anos de idade (quatro anos 11 meses e 29 dias) devem receber uma dose dessa vacina caso tenham perdido a oportunidade de serem vacinadas anteriormente.</p>
Varicela	<p>Criança indígena deve receber uma dose aos quatro anos (quatro anos, 11 meses e 29 dias). Corresponde à segunda dose da vacina varicela, considerando a dose de tetra viral aos 15 meses.</p>



Vacinação Simultânea: em crianças menores de 2 anos de idade nunca vacinadas com vacina de febre amarela, não administrar essa vacina simultaneamente com a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) nem com a tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela). O intervalo mínimo deve ser de 30 dias entre as vacinas, salvo em situações especiais que impossibilitem manter o intervalo indicado. Se a criança recebeu anteriormente a vacina tríplice viral ou tetra viral e febre amarela, poderão ser administradas simultaneamente ou sem intervalo mínimo entre as doses. Se a criança recebeu apenas uma das vacinas (tríplice viral, tetra viral ou febre amarela), estabelecer preferivelmente o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.



Avaliar criteriosamente a caderneta da criança para verificar a possibilidade da administração concomitante de vacinas e agendamentos que se fizerem necessários.

As crianças e adolescentes com imunodepressão ou condições clínicas especiais, devem ser encaminhados aos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Quadro 2. Demonstrativo das vacinas disponibilizadas na Campanha Nacional de Multivacinação para crianças a partir dos sete anos de idade e adolescentes menores de 15 anos de idade, Brasil, 2017.

Vacinas	Esquema vacinal
Hepatite B	<p>Criança e adolescente comprovadamente não vacinada com a vacina hepatite B ou com a penta e adolescente sem comprovação vacinal: deve 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 (zero, um e seis meses).</p> <p>Criança e adolescente com esquema vacinal incompleto: não necessita reiniciar o esquema, apenas completá-lo conforme situação encontrada.</p> <p>Gestante adolescente não vacinada ou com esquema incompleto deve ser vacinada com a vacina hepatite B de acordo com a situação vacinal, iniciando, ou completando o esquema. A vacina pode ser administrada a partir da comprovação da gravidez, em qualquer idade gestacional.</p>
Febre amarela	<p>Criança ou adolescentes a partir de sete anos de idade, residente ou viajante das áreas com recomendação de vacinação ou com recomendação temporária de vacinação, não vacinada ou sem comprovante de vacinação:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Administrar uma dose única da vacina.➤ Considerar vacinada pelo resto da vida <p>Criança ou adolescente indígena, a partir de sete anos de idade, independente da área onde residem, não vacinada ou sem comprovante de vacinação:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar uma dose única da vacina. ➤ Considerar vacinada pelo resto da vida <p>Particularidades devem ser atendidas conforme Nota Informativa nº 94/2017.</p>
Tríplice viral	<p>Criança ou adolescente que comprovar duas doses da vacina tríplice viral ou duas doses de tetra viral ou uma dose de tríplice viral + uma de tetra viral deve ser considerado vacinado.</p> <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>Esta vacina é contraindicada para gestantes</p>
dT	<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 incompleto para difteria e tétano, completar esquema de três doses, considerando as doses anteriores, com intervalo de 60 dias entre elas, mínimo de 30 dias.</p> <p>Na gestante 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. Verificar o período da gestação e indicação da vacina dTpa, considerando que toda gestante deve receber pelo menos uma dose de dTpa durante a gestação.</p>
dTpa	<p>Gestante a partir da vigésima semana (20^a) a trigésima sexta (36^a) semana de gestação, preferencialmente, administrar a vacina dTpa até 20 dias antes da data provável do parto, considerando o histórico vacinal de difteria, tétano (dT).</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 C conjugada	<p>Adolescente de 12 a 13 anos vacinado ou com esquema incompleto: administrar um reforço</p> <p>Adolescente de 12 a 13 anos não vacinado: administrar dose única.</p>
HPV	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo feminino: <p>Nas meninas de nove anos e nas adolescentes de 10 à 14 anos (14 anos, 11 meses e 29 dias) de idade, administrar duas doses, com intervalo de seis meses entre elas (0 e 6 meses)</p> <p>Esta vacina está contraindicada para GESTANTE.</p> <p>Meninas que receberam a D1 e não completaram o esquema vacinal, mesmo após o período de seis meses, devem receber a D2.</p> <p>Para as meninas que iniciaram a primeira dose da vacina aos 14 anos de idade, a segunda dose deverá ser administrada com um intervalo mínimo de seis meses e máximo de até 12 meses.</p>

Meninas que receberam a D2 com menos de seis meses após terem recebido a D1, devem receber uma terceira dose para completar o esquema, visto que a resposta imune está comprometida pelo espaço de tempo entre a primeira e a segunda dose.

Não administrar D1 para adolescentes maiores de 14 anos, 11 meses e 29 dias (15 anos). Para meninas de 15 anos, só deverá ser completado esquema vacinal (D2).

Meninas que já completaram o esquema vacinal com a vacina bivalente não devem ser revacinadas.

Nas meninas de nove anos e nas adolescentes de 10 anos a 14 anos (14 anos, 11 meses e 29 dias) anos de idade, vivendo com HIV/Aids, transplantadas e oncológicas em uso de quimioterapia e radioterapia administrar três doses com intervalo de dois meses entre a primeira e a segunda dose e seis meses entre a primeira e a terceira dose (esquema 0, 2 e 6 meses). Para a vacinação deste grupo, mantém-se a necessidade de prescrição médica.

- **Sexo masculino**

Nos adolescentes de 11 à 14 anos (14 anos, 11 meses e 29 dias) de idade, administrar duas doses, com intervalo de seis meses entre elas.

Meninos que receberam a D1 e não completaram o esquema vacinal, mesmo após o período de seis meses, devem receber a D2.

Para os meninos que iniciaram a primeira dose da vacina aos 14 anos de idade, a segunda dose deverá ser administrada com um intervalo mínimo de seis meses e máximo de até 12 meses.

Meninos que receberam a D2 com menos de seis meses após terem recebido a D1, devem receber uma terceira dose para completar o esquema, visto que a resposta imune está comprometida pelo espaço de tempo entre a primeira e a segunda dose.

Não administrar D1 para meninos maiores de 14 anos, 11 meses e 29 dias (15 anos) Para meninos de 15 anos, só deverá ser completado esquema vacinal (D2).

Nos meninos de nove anos e nos adolescentes de 10 à 14 anos (14 anos, 11 meses e 29 dias) anos de idade, vivendo com HIV/Aids, transplantados e oncológicos em uso de quimioterapia e radioterapia administrar três doses com intervalo de dois meses entre a primeira e a segunda dose e seis meses entre a primeira e a terceira dose (esquema 0, 2 e 6 meses). Para a vacinação deste grupo, mantém-se a necessidade de prescrição médica.

OBSERVAÇÃO: Para vacinação do público-alvo com esta vacina, o PNI reforça que o indivíduo deverá ser acompanhado por pelo menos 15

	minutos após a vacinação e orientado o seu retorno a um serviço de saúde mediante qualquer sintomatologia.
Varicela	Criança ou adolescente indígena a partir dos cinco 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.

6.1 Validade

As vacinas atualmente utilizadas no PNI devem ser armazenadas a temperatura de +2°C a +8°C e protegidas da luz solar. O cumprimento das condições recomendadas visa à manutenção da qualidade do produto, principalmente a manutenção da potência dentro do prazo de validade indicado no rótulo.

A utilização das vacinas, após abertura do frasco, deve ser dentro do prazo e temperatura estabelecidos pelo laboratório produtor, em condições assépticas. Na campanha, esse procedimento deve ser adotado em relação aos postos fixos e volantes. A sobra das vacinas utilizadas nos postos volantes deverá ser desprezada após uma jornada de trabalho.

Prazo para utilização das vacinas após abertura do frasco, Brasil, 2017.

Vacina	Prazo para utilização das vacinas após abertura do frasco - 2017
Vacina adsorvida difteria e tétano adulto	Biological - 4 semanas Instituto Butantan – 15 dias Intervax - 4 semanas Serum Institute of India - 4 semanas
Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis	Instituto Butantan - 15 dias Serum Institute of Índia - 4 semanas
Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (acelular) adulto	Instituto Butantan - unidose - uso imediato GlaxoSmithKline - unidose - uso imediato
Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada)	Biological - unidose - uso imediato Serum Institute of Índia - unidose - uso imediato
Vacina adsorvida hepatite A (inativada) infantil	Instituto Butantan/Merck Sharp&Dome - unidose - uso imediato
Vacina BCG	Fundação Atila de Paiva - 6 horas Serum Institute of India - 6 horas
Vacina febre amarela (atenuada)	Fundação Oswaldo Cruz - 6 horas Sanofi Pasteur - 6 horas
Vacina hepatite B (recombinante)	Instituto Butantan - 15 dias LG - 28 dias Serum Institute of Índia - 28 dias
Vacina papilomavirus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)	Instituto Butantan - uso imediato
Vacina meningocócica C (conjugada)	Fundação Ezequiel Dias - unidose - uso imediato
Vacina pneumocócica 10 - valente (conjugada)	Fundação Oswaldo Cruz - unidose - uso imediato

Vacina poliomielite 1 e 3 (atenuada)	Fundação Oswaldo Cruz - 5 dias
Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada)	Sanofi Pasteur - 28 dias
Vacina rotavírus humano G1P[8] (atenuada)	Fundação Oswaldo Cruz - unidose - uso imediato
Vacina sarampo, caxumba e rubéola (atenuada)	Fundação Oswaldo Cruz - 8 horas Serum Institute of Índia - 6 horas
Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada)	Fundação Oswaldo Cruz - unidose - uso imediato
Varicela	Fundação Oswaldo Cruz /GlaxoSmithKline - unidose - uso imediato Green Cross - unidose - uso imediato Merck Sharp&Dome - unidose - uso imediato

6.2. Preservação da cadeia de frio para conservação das vacinas

A conservação das vacinas deve prever o tempo de armazenamento e temperatura, variáveis determinantes para a promoção de operações seguras na cadeia de frio. O monitoramento e controle da temperatura por meio de instrumentos de medição adequados é fator fundamental para o acondicionamento, da mesma forma a logística dentro dos padrões de qualidade.

Todas as vacinas disponibilizadas na Campanha Nacional de Multivacinação devem ser conservadas rigorosamente à temperatura entre +2°C e +8°C, de forma a promover a garantia da sua potência imunogênica. Para tanto, o planejamento dos processos de armazenamento e distribuição devem prever, inclusive, as condições ambientais locais, o quantitativo de imunobiológicos e insumos necessários à manutenção da temperatura adequada. Nos deslocamentos / ações extramuros, considerar tempo/permanência e percurso na estratégia de trabalho.

É indispensável caracterizar a população para definir os tipos e quantidades de vacinas a serem transportadas, além do número de caixas térmicas e de bobinas reutilizáveis. Recomenda-se que sejam utilizadas, no mínimo três caixas, uma para o estoque de vacinas, uma para bobinas e outra para as vacinas em uso durante a vacinação.

O PNI recomenda a utilização das caixas de poliuretano nas atividades de rotina e extramuros, em razão da sua resistência, durabilidade e facilidade de higienização, em substituição às caixas térmicas de poliestireno expandido.

Para a organização de caixas para o transporte e estoque das vacinas da campanha, seguir as orientações abaixo:

- Ambientar as bobinas reutilizáveis, em quantidade suficiente;
- Dispor as bobinas no fundo e paredes internas, formando uma barreira para reduzir a velocidade de troca de calor com o meio externo;

- Posicionar o sensor do termômetro no centro da caixa térmica, monitorando a temperatura até atingir o mínimo de +1°C para certificar-se da adequada climatização no interior da caixa;
- Organizar os imunobiológicos no interior da caixa de maneira segura para que não fiquem soltos e, eventualmente, se deslocem sofrendo impactos mecânicos durante o deslocamento e potenciais fissuras;
- Posicionar o registrador de temperatura no centro da carga organizada, garantindo a medição de temperatura precisa dos imunobiológicos, para monitoramento da temperatura ao longo do deslocamento;
- Dispor as bobinas reutilizáveis cobrindo os imunobiológicos;
- Lacrar as caixas com fita adesiva e identificá-las externamente;
- Monitorar a temperatura durante o deslocamento.

6.3. Resíduos gerados na campanha

O gerenciamento de resíduos de serviços de saúde no âmbito do PNI deve estar em conformidade com as definições estabelecidas na RDC Anvisa nº 306, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e a Resolução Conama nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS).

Os resíduos provenientes de campanhas e de vacinação extramuros, quando não puderem ser submetidos ao tratamento nos locais de geração, devem ser acondicionados em recipientes rígidos com tampa, resistentes a punctura, ruptura, vazamento e devidamente identificados, de forma a garantir o transporte seguro até a unidade de tratamento. Exemplo: caixas coletoras de material perfurocortante.

7. Vacinação segura

A vacinação segura constitui um componente prioritário do PNI o qual procura garantir a utilização de vacinas de qualidade, aplicar as boas práticas de imunização, monitorar os eventos adversos pós-vacinação (EAPV) e fortalecer a integração com os meios de comunicação com mensagens claras sobre as estratégias, prioridades e segurança das vacinas.

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

- O esquema de cada vacina, volume, número de doses, intervalo entre elas, via e local de administração;

- Classificação das vacinas de acordo com sua composição (constituídas por agentes infecciosos inativados, vivos atenuados, por organismos modificados em laboratórios ou por componentes (produtos, frações ou subunidades) dos agentes infecciosos);
- Precauções e contraindicações de vacinação;
- Vacinação simultânea;
- Armazenamento, conservação e transporte dos imunobiológicos: devem ser conservados em equipamentos de refrigeração exclusivos e ou em caixas térmicas, em temperatura entre +2°C a +8°;
- Adoção de procedimentos seguros no manuseio, preparo e administração das vacinas. Para cada imunobiológico há uma via de administração recomendada que deve ser obedecida rigorosamente. Por exemplo: a **vacina rotavírus** é administrada **exclusivamente** por **via oral**.
- Utilização de instrumentos padronizados; guias e manuais de capacitação e ou supervisão da equipe de vacinação.

7.1. Precauções gerais

Como precaução entende-se como a condição em que a pessoa a ser vacinada pode aumentar o risco de evento adverso grave, ou que pode comprometer a capacidade da vacina de produzir imunidade. **Significa 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 2mg/Kg/dia de prednisona ou equivalente;
 - adiar administração de vacinas por um mês para adolescentes em uso de doses maiores ou iguais a 20mg/dia de prednisona ou equivalente.
 - Outras drogas imunossupressoras: adiar a vacinação por 3 meses
3. Amamentação e vacina febre amarela (ver Quadro 2)
4. Vacinas podem ser administradas simultaneamente ou em qualquer intervalo entre si, exceção a vacina febre amarela e tríplice viral (ver Quadro 1)
5. 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), páginas 22 e 23.

7.2. Contraindicações gerais

São consideradas contraindicações 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**
3. Encefalopatia nos primeiros sete dias após a aplicação de uma dose de vacina, contendo o componente ***pertussis***: é contraindicada a utilização posterior de qualquer tipo de vacina que contenha este componente.

7.2.1. Contraindicações específicas

Para as contraindicações específicas de cada vacina recomenda-se consultar os manuais, os informes e notas técnicas 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.

7.3. 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 inusitados;
- 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, 3ª Edição, 2014.

7.4. Fluxo de informações para a vigilância dos EAPV

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.

Destaca-se que as notificações deverão primar pela qualidade no preenchimento de todas as variáveis contidas na ficha de notificação/investigação utilizando o Sistema de Informação do PNI/Eventos Adversos Pós-Vacinação (SIPNI/SIEAPV), módulo on-line, no link <http://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web>.



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.

8. Registro de doses aplicadas na Campanha Nacional de Multivacinação 2017

A ação de vacinação durante a Campanha de Multivacinação (atualização de caderneta de vacinação) é uma intensificação da estratégia ROTINA. Este ano, com a ampliação do grupo etário a ser vacinado, teremos algumas particularidades referentes ao registro das doses aplicadas. Por isso, as orientações de como proceder o registro, será dividida em tópicos de acordo com o grupo etário e sistema utilizado, conforme descrito no “sumário” abaixo.

8.1. Registro de doses aplicadas para o grupo etário de Crianças até 9 anos e Adolescentes de 10 a 14 anos:

- 8.1.1. Sistema consolidado SIPNI (Web)**
- 8.1.2. Sistema nominal SIPNI (Desktop ou Web)**
- 8.1.3. Anotações de doses aplicadas**
- 8.1.4. Registro de comparecimento**
- 8.1.5. Consulta de dados**

Para a Campanha Nacional de Multivacinação do ano 2017 disponibilizamos como ferramentas para coleta de dados, além do Boletim de registro consolidado de doses aplicadas, o Boletim de Registro Nominal e o **Boletim consolidado de comparecimento que deve ser utilizado para o registro de crianças e adolescentes até 14 anos 11 meses e 29 dias (< 15 anos) que compareceram na Campanha de Multivacinação.**

O registro das doses administradas será realizado por sala de vacina, por imunobiológico e por idade sendo, para as crianças de **até 30 dias, <1 ano; 1 ano; 2 anos; 3 anos, 4 anos, 5 anos, 6 anos, 7 anos, 8 anos e 9 anos e, adolescentes de 10 anos, 11 anos, 12 anos, 13 anos e 14 anos**, respeitando a particularidade de registro para cada grupo etário, **inclusive gestantes.**

8.1. Registro de doses aplicadas para o grupo etário de Crianças até 9 anos e Adolescentes de 10 a 14 anos:

8.1.1. Sistema Consolidado SIPNI (Web)

Os registros dos dados estarão disponíveis para digitação no site a partir do dia **11 de setembro de 2017**.

O registro consolidado das doses aplicadas na Multivacinação 2017 será permitido para os operadores das instâncias municipais e/ou estabelecimentos de saúde, previamente cadastrados no módulo de vacinação consolidado, no site <http://sipni.datasus.gov.br>, por meio da sua conta individual.

Para facilitar o registro no site, dividimos o boletim consolidado em dois grupos, que serão exibidos na mesma tela, a saber:

- 1) Grupo de Crianças até 9 anos (Tela 4);
- 2) Grupo de Adolescentes de 10 a 14 anos (Tela 5).

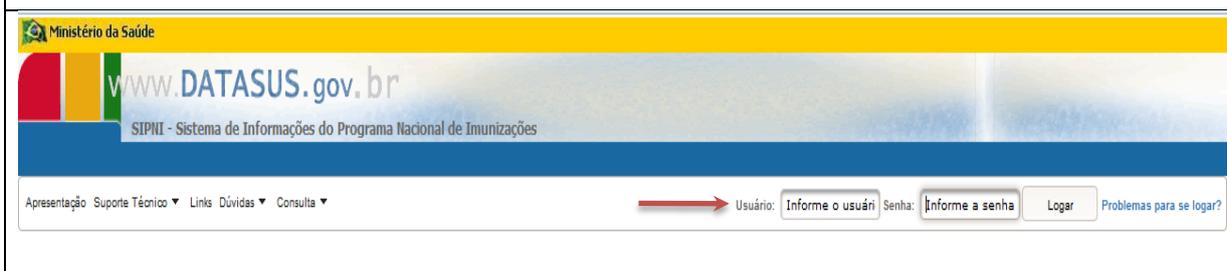


A inclusão dos dados no sistema (site) estará disponível para digitação até o dia **02 de outubro de 2017, ou seja, duas semanas após o término da Campanha. Após este período todos os registros de rotina devem ser realizados normalmente no SIPNI.**

Abaixo seguem os passos a serem seguidos para o correto e efetivo registro das doses aplicadas durante a Multivacinação 2017.

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.

Tela 1



Tela 2



1º Passo: Ao fazer o login o operador deverá acessar o menu “VACINAÇÃO” -> “REGISTRO DE VACINAÇÃO CONSOLIDADO” -> “REGISTRO DE DOSES” (Telas 1 e 2);

2º Passo: Ao acessar a opção “Registro de Doses”, abrirá uma janela com as informações referentes ao estabelecimento a que o usuário pertence e o grupo de boletins com as Campanhas vigentes e disponíveis para entrada de dados (Tela 3).

OBS: Caso o usuário pertença ao nível Municipal ou Regional municipal deve-se selecionar a Unidade de saúde a que pertence o dado para poder registrá-lo.

Tela 3

Registro de Vacinação Consolidado

Instâncias

UF: Macro Regional: Regional: Município: Regional Municipal: Distrito Sanitário:

Unidade de Saúde: Data Inicial: Data Término:

GRUPO DE BOLETINS DE DOSES	DATA INÍCIO	DATA FIM	AÇÃO
CAMPANHA NACIONAL DE MULTIVACINAÇÃO			

1

3º Passo: Ao identificar a Campanha Nacional de Multivacinação, deve-se clicar no ícone “lápiz” (1), localizado na coluna denominada “Ação” (Tela 3), para que seja direcionado para o boletim de registro consolidado das doses aplicadas (Telas 4 e 5).

Tela 4: Boletim para registro de doses em crianças até 9 anos

CAMPANHA NACIONAL DE MULTIVACINAÇÃO - 2017 - CRIANÇAS ATÉ 9 ANOS															
VACINAS	DOSES	ATÉ 30 DIAS	<1ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 ANOS	6 ANOS	7 ANOS	8 ANOS	9 ANOS	TOTAL	Data Digitação	AÇÃO
BCG	DU													1	 
	D														 
HEPATITE B	D1*													2	 
	D2*														 
	D3*														 
	D1														 
HEPATITE B (Gestante)	D2														 
	D3														 
	D1														 
PENTA (DTP+Hib+HB)	D2														 
	D3														 
	R1* ¹														 
	R2* ¹														 
	D1														 
VIP	D2														 
	D3														 
	D1														 
VOPb	R1														 
	R2														 
VORH	D1														 
	D2														 
PNEUMO 10 V	DU														 
	D1														 
	D2														 
	D3* ²														 
	R1														 
MENINGO C	DU														 
	D1														 
	D2														 
F. AMARELA	R1														 
	DU														 
TRÍPLICE VIRAL	D1														 
	D2														 
HEPATITE A	D1													 	
TETRA VIRAL	DU													 	
VARICELA	D1														 
	D2* ³														 
DTP	R1														 
	R2														 
dT	D1														 
	D2														 
	D3														 
	REF														 
HPV (Feminino)	D1														 
	D2														 
dTpa (Gestante)	D1														 
	D2														 
	D3														 
	REV														 

* O registro para as doses D1 ou D2 ou D3 da vacina Hepatite B em crianças < 1 ano **somente** deve ser feito em casos de **indisponibilidade** da vacina Pentavalente.

*¹ O registro para as doses R1 ou R2 da vacina Pentavalente **somente** deve ser feito em casos de **indisponibilidade** da vacina DTP (R1 ou R2).

*² Para a vacina Pneumocócica 10 valente, a dose D3 corresponde a administração para pacientes do CRIE.

*³ Para a vacina Varicela, a dose D2 corresponde a administração para população indígena.

Tela 5: Boletim para registro de doses aplicadas em adolescentes de 10 a 14 anos (< 15 anos)

CAMPANHA NACIONAL DE MULTIVACINAÇÃO - 2017 - ADOLESCENTES DE 10 a 14 ANOS									
VACINAS	DOSES	10 ANOS	11 ANOS	12 ANOS	13 ANOS	14 ANOS	TOTAL	Data Digitação	AÇÃO
HEPATITE B	D1							1 →	 
	D2								 
	D3							2 →	 
HEPATITE B (Gestante)	D1								 
	D2								 
	D3								 
HPV (Feminino)	D1								 
	D2								 
HPV (Masculino)	D1								 
	D2								 
MENINGO C	DU								 
	R2*								 
F. AMARELA	DU								 
TRÍPLICE VIRAL	D1								 
	D2								 
dT	D1								 
	D2								 
	D3								 
	REF								 
dTpa (Gestante)	D1								 
	D2								 
	D3								 
	REV								 

*A depender da situação vacinal.

4º Passo: Para habilitar os campos para digitação e incluir as doses aplicadas correspondente a cada faixa etária e dose, deve-se clicar no ícone “lápiz” (1), que está localizado na coluna denominada “Ação”; Após concluída a digitação, deve-se clicar no “chek verde” (2) para que os registros sejam salvos. Após o salvamento das informações será exibida a mensagem indicando que a ação foi alterada com sucesso!

Os registros devem ser digitados linha a linha, repetindo assim o processo descrito acima para cada dose e imunobiológico!



Aviso Importante

ATENÇÃO: Ao clicar no **X** vermelho, a operação será cancelada e nada será alterado!

ATENÇÃO: Ao clicar no , indicado nas telas acima (telas 4 e 5), item 2, **TODOS os registros da linha serão zerados!!!!**

Para melhor orientação, descrevemos no quadro abaixo a denominação de cada campo referente às telas ilustrativas acima (1, 2, 3 e 4 e 5).

Quadro 3: Definição dos elementos das telas Grupo de Boletins de Dados e Entrada de dados

Elementos ou campos	Descrição dos Elementos ou Campos
Grupo de Boletins de Doses	Esta coluna representa todos os boletins disponíveis para registro de doses no período.
Data início	Dia, mês e ano que inicia a Campanha.
Data fim	Dia, mês e ano que termina a Campanha. OBS: Não representa a data de encerramento da entrada de dados mas sim, a data oficial de encerramento da Campanha.
Coluna “Ação”	Representa todos os ícones de ação (habilitar, salvar e excluir).
Ícone “lápiz”	Habilita os campos para digitação.
Ícone “X vermelho”	Cancela a operação. Ao clicar nesta opção a pergunta “Deseja realmente cancelar a operação?” será emitida e o usuário deverá confirmar ou negar a ação. Ao cancelar a operação não haverá alteração dos dados.
Ícone “(-) menos branco e vermelho”	Zera todos os dados que foram salvos com sucesso. Ao clicar nesta opção a pergunta “Deseja realmente zerar todos os dados?” será emitida e o usuário deverá confirmar ou negar a ação.
Campo “Vacina”	Representa cada imunobiológico disponível para registro.
Campo “Doses”	Representa as doses disponíveis para receber o registro de acordo com cada imunobiológico e esquema vacinal e faixa etária.
Campo “D”	Representa Dose
Campo “DU”	Representa Dose Única
Campo “D1”	Representa 1ª Dose
Campo “D2”	Representa 2ª Dose
Campo “D3”	Representa 3ª Dose
Campo “REF”	Representa dose de Reforço
Campo “R1”	Representa 1º Reforço
Campo “R2”	Representa 2º Reforço
Campo “até 30 dias”	Representa a faixa etária disponível para registro no boletim de Crianças.
Campo “< 1 ano”	Representa a faixa etária disponível para registro no boletim de Crianças.
Campo “1 ano”	Representa a faixa etária disponível para registro no boletim de Crianças.
Campo “2 anos”	Representa a faixa etária disponível para registro no boletim de Crianças.
Campo “3 anos”	Representa a faixa etária disponível para registro no boletim de Crianças.
Campo “4 anos”	Representa a faixa etária disponível para registro no boletim de Crianças.
Campo “5 anos”	Representa a faixa etária disponível para registro no boletim de Crianças.
Campo “6 anos”	Representa a faixa etária disponível para registro no boletim de Crianças.
Campo “7 anos”	Representa a faixa etária disponível para registro no boletim de Crianças.
Campo “8 anos”	Representa a faixa etária disponível para registro no boletim de Crianças.
Campo “9 anos”	Representa a faixa etária disponível para registro no boletim de Crianças.
Campo “10 anos”	Representa a faixa etária disponível para registro no boletim de Adolescentes.

Campo “11 anos”	Representa a faixa etária disponível para registro no boletim de Adolescentes.
Campo “12 anos”	Representa a faixa etária disponível para registro no boletim de Adolescentes.
Campo “13 anos”	Representa a faixa etária disponível para registro no boletim de Adolescentes.
Campo “14 anos”	Representa a faixa etária disponível para registro no boletim de Adolescentes.
Campo “Total”	Representa o somatório das doses aplicadas de todas as faixas etárias de cada imuno, por dose.
Data de Digitação	Representa a data e hora do último registro gravado ou excluído.
Ícone “Chek verde”	Representa que os registros foram salvos e/ou alterados com sucesso.
Ícone “Voltar”	Retorna para a tela anterior.
Ícone “Pesquisar”	Após a seleção de uma nova unidade nos filtros de instâncias deve-se clicar neste ícone para que seja carregada as informações no boletim da instância selecionada, para uma nova digitação.
Campos pintados de preto	Representa que o campo está bloqueado para inclusão de registro.

8.1.2. Sistema nominal SIPNI (Desktop ou Web)

Os estabelecimentos de saúde que desejarem incluir **nominalmente** no SIPNI (Desktop ou Web) a informação da dose aplicada das vacinas administradas durante a Multivacinação 2017, devem selecionar no registro do vacinado o Gr. Atendimento: “População Geral” -> Estratégia: **“Intensificação”** -> o Imunobiológico e a Dose correspondente ... conforme ilustração abaixo (Tela 5 – SIPNI Desktop e Tela 6 – SIPNI Web).

Ressaltamos que as doses aplicadas em crianças e adolescentes, registradas no SIPNI, não serão validadas para a rotina, tendo como obrigatoriedade o registro consolidado no site.

Tela 5 – SIPNI Desktop

The screenshot displays the SIPNI Desktop interface for a child's vaccination record. The child's name is 'TESTE' and their age is '1 ano(s), 1 mes(es) e 14 dia(s)'. The 'Gr. Atendimento' is set to '7 - População geral'. The 'Estratégia' dropdown is set to '4 - Intensificação'. The 'Dose' dropdown is open, showing options: '1 - D1', '2 - D2', '3 - D3', '6 - R1', '7 - R2', and '10 - REV'. The 'Data Aplicação' field is empty. The 'Motivo' field is also empty. The interface includes tabs for 'Dados Pessoais', 'Histórico de Vacinação', 'Aprazamentos', 'Caderneta', and 'Observação'.

Tela 6 – SIPNI Web

Cadastro de Registro de Vacinas

Paciente: JOANA

Cartão SUS: XXXXXXXX 054
Nome: JOANA
Nome Social:
Nome da Mãe: MARIA

País de Nascimento: UF de Nascimento: Município de Nascimento:
Nascimento: 05/08/2014 Idade: 2 ano(s) / 2 mês(es) / 8 dia(s) Sexo: Feminino Raça: Etnia:

Endereço: Número: Complemento:
Bairro: Município: JUAZEIRINHO UF: PB
CEP: País: BRASIL

Telefone:
Tel. de contato:
E-mail:

Histórico de Vacinação | Aproximadamente | Caderneta Vacinação de Rotina | Caderneta Campanha | Caderneta Especial/Outras | Registro Vacinação Anterior | Observação

Estab. de Saúde: 0011150 - CSB 07 BRASILIA

Data de Aplicação: * 19/09/2016

Grupo de Atendimento: * População geral

Estratégia: * Intensificação

Imunobiológico: * Poliomielite oral - VOP

Dose: * 1º Reforço

Data de Aprazamento: 99/99/9999

Laboratório: * NI

Lote: Seleccione

Gestante:

Comunicante de hanseníase:

Via de Administração: Oral - O

Local de Aplicação: Deltóide Direito - DD

Indicação: Seleccione

Especialidade: Seleccione

Vacinador: Seleccione

Limpa Adicionar



Atenção importante

Caso optem por inserir os registros em ambos os sistemas (site + SIPNI), devem selecionar a Estratégia “INTENSIFICAÇÃO” no SIPNI porém, as doses somente serão validadas para a campanha de Multivacinação se inseridas no site. Esta opção se dá devido a não causar prejuízos na movimentação de imunobiológicos, que deve ser realizada normalmente!

8.1.3 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 **SIPNI**. Doses anteriores de qualquer vacina devem ser consideradas no momento da complementação dos esquemas vacinais ou na dúvida sobre a revacinação.

O registro nos instrumentos de coleta de dados (boletins diário e consolidado e relatórios de multivacinação do SIPNI WEB) de cada dose de vacina aplicada, realizado pelos profissionais de imunização, tem importância fundamental para obtenção de informações corretas e digitação adequada. É imprescindível que as normas de registro sejam seguidas à risca para evitar erros que comprometem a avaliação da situação de imunização do grupo alvo.

8.1.4. Registro de comparecimento das crianças e adolescentes ao serviço de vacinação

Para o ano de 2017, o grupo alvo da campanha de atualização de esquemas vacinais são todas as crianças até 9 anos de idade e todos os adolescentes de 10 a 14 anos de idade (< 15 anos). No entanto, considerando que a vacinação é seletiva, nem toda criança e/ou adolescente que comparece ao serviço de vacinação necessita receber alguma dose de vacina. Sendo assim, para se conhecer a quantidade de crianças e/ou adolescentes que atendeu ao chamado de comparecer ao serviço de vacinação durante o período da multivacinação e a quantidade de crianças e/ou adolescentes que estava em atraso com algum esquema vacinal é fundamental registrar o comparecimento no serviço, principalmente para conhecer o alcance do serviço ao grupo alvo e que percentual desta população está com o esquema em dia, visando melhorar estratégias de resgate de não vacinados e de comunicação.

Ressalta-se que o total de crianças e adolescentes que foram vacinadas nunca será maior que o total de crianças e adolescentes que compareceram ao chamado `a vacinação. Isto é diferente do total de crianças que foram vacinadas e o total de doses aplicadas, uma vez que a mesma pessoa pode receber mais de uma dose de vacinas oferecidas.

Não há meta pré-estabelecida de crianças e/ou adolescentes a serem vacinadas e de cobertura vacinal a ser alcançada, o que ratifica a importância de utilizar mecanismos que identifiquem essa demanda.

Para a campanha de Multivacinação 2017, o registro de comparecimento ao serviço de vacinação deverá ser realizado por **TODOS** os estabelecimentos de saúde.

Para o correto e efetivo registro das informações das crianças e/ou adolescentes que compareceram a vacinação e das crianças e/ou adolescentes que foram vacinadas, no Boletim de Comparecimento da Multivacinação 2017, deve-se seguir os mesmos passos para acesso ao Boletim de Registro da Multivacinação (Passos 1, 2 e 3 do capítulo de Registro de doses aplicadas para o grupo etário de Crianças até 9 anos e Adolescentes de 10 a 14 anos (< 15 anos).

Tela 7

Cadastro de Comparecimento

Instâncias

UF: [Items] Macro Regional: [Items] Regional: [Items] Município: [Items] Regional Municipal: [Items] Distrito Sanitário: [Items]

Unidade de Saúde: [Items] Data Inicial: [Textbox] Data Término: [Textbox] [Pesquisar]

Compareceram a Vacinação

< 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	TOTAL	DATA	DIGITAÇÃO	AÇÃO

Receberam a vacina

< 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	TOTAL	DATA DE DIGITAÇÃO	AÇÃO

SALDO TOTAL: (Compareceram - Receberam vacina)

[VOLTAR]

*Imagens meramente ilustrativas.

Para habilitar os campos para digitação e incluir as informações correspondentes a cada faixa etária (crianças e adolescentes), deve-se clicar no ícone “lápiz” (1), que está localizado na coluna denominada “Ação”; Após concluída a digitação deve-se clicar no “chek verde” (2) para que os registros sejam salvos (Tela 7). Após o salvar as informações será exibida a mensagem indicando que a ação foi salva com sucesso!

Para o preenchimento de registro do Boletim de comparecimento deve-se seguir as orientações abaixo:

- a) **Crianças que compareceram à vacinação:** Registrar o número de crianças, segundo faixa etária, que estiveram no estabelecimento de vacinação, unidade fixa ou volante. Todas as crianças até 9 anos de idade que estiveram no serviço, sejam munidas da caderneta de vacinação ou não, devem ser registradas.
- b) **Crianças que receberam vacina:** Registrar o número de crianças de até 9 anos que estiveram no estabelecimento de vacinação e receberam pelo menos uma dose de vacina. Aquelas que não receberam nenhuma dose de vacina, apenas tiveram suas cadernetas avaliadas, devem ser registradas no campo de comparecimento, e não devem ser registradas no campo de recebimento de vacina.



ATENÇÃO: Crianças que não receberam nenhuma dose de vacina e apenas tiveram suas cadernetas avaliadas, devem ser registradas no campo de comparecimento, mas não no campo de recebimento de vacina.

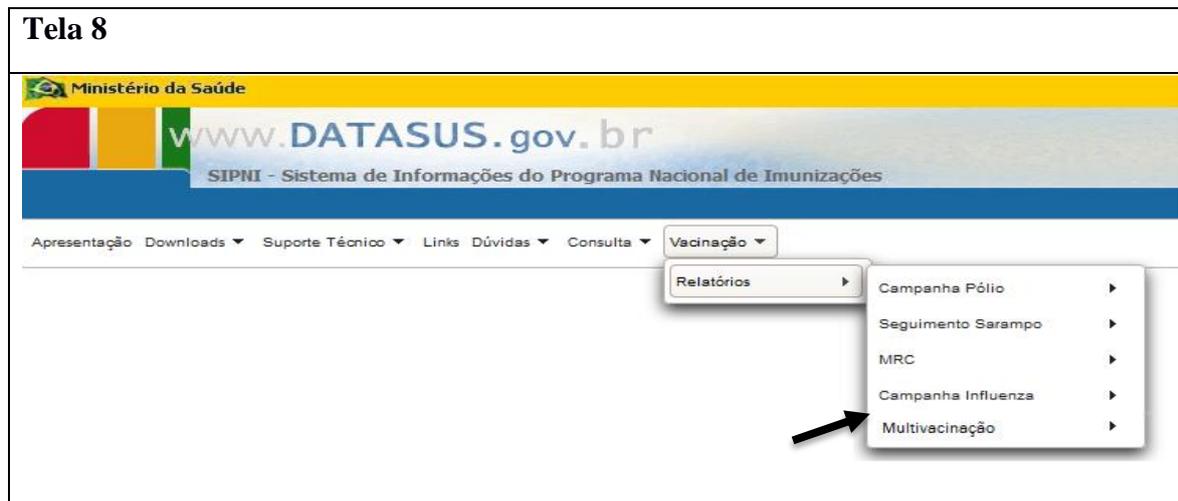
ATENÇÃO: A digitação de dados de comparecimento no site não é cumulativa, portanto, os dados de comparecimento e vacinação deverão ser somados manualmente aos dados do dia anterior e digitados.

- c) **Adolescentes que compareceram à vacinação:** Registrar o número de adolescentes de 10 a 14 anos 11 meses e 29 dias (< 15 anos), segundo faixa etária, que estiveram no estabelecimento de vacinação, unidade fixa ou volante. Todos os adolescentes de 10 a 14 anos (< 15 anos) que estiveram no serviço, sejam munidas da caderneta de vacinação ou não, devem ser registradas.
- d) **Adolescentes que receberam vacina:** Registrar o número de adolescentes de 10 a 14 anos (< 15 anos) que estiveram no estabelecimento de vacinação e receberam pelo menos uma dose de vacina. Aqueles que não receberam nenhuma dose de vacina, apenas tiveram suas cadernetas avaliadas, devem ser registrados no campo de comparecimento, e não devem ser registradas no campo de recebimento de vacina.

8.1.5. Consulta de dados

Durante o período da Campanha de Multivacinação 2017, os dados serão disponibilizados em tempo real (online) com consultas a diversos relatórios consolidados, discriminados por sala de vacina, município, regional de saúde, unidade federada, região e Brasil. Estes devem ser consultados no propósito de avaliar o desempenho da campanha e intervir oportunamente. Os relatórios poderão ser consultados por Grupos de crianças até 9 anos, Grupos de adolescentes de 10 a 14 anos (<15 anos) e ambos os Grupos (crianças e adolescentes).

Para que a consulta aos dados seja realizada, o acesso deverá ser através do site sipni.datasus.gov.br, através das opções: “Vacinação” -> **Relatórios** -> “Multivacinação” (Tela 8).



Disponibilizamos para consulta e acompanhamento da Campanha Nacional de Multivacinação 2017, os seguintes relatórios:

- 1. Doses Consolidadas:** Expressa em forma de tabela o quantitativo das doses aplicadas informadas no site durante o período da Campanha Nacional de Multivacinação 2017, detalhado por instância, faixa etária, imunobiológico e dose, totalizando ao final, podendo ser visualizado de acordo com a instância selecionada.
- 2. Parciais:** Expressa em forma de tabela e gráfico o quantitativo total de doses aplicadas, proporção de vacinados, doses aplicadas acumuladas e proporção de vacinados acumulados, registradas durante o período da criação da parcial referente a Campanha Nacional de Multivacinação 2017. Este relatório permite o acompanhamento da Campanha, mostrando sua evolução de acordo com o imunobiológico e a faixa etária selecionados.

ATENÇÃO: A proporção de vacinados somente estará disponível se o Boletim de Comparecimento estiver preenchido.

Para cálculo da proporção de vacinados da parcial utilizamos a fórmula abaixo:

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Nº de crianças vacinadas por faixa etária}}{\text{Nº de crianças que compareceram a vacinação por faixa etária}} \times 100$$

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Nº de adolescentes vacinados por faixa etária}}{\text{Nº de adolescentes que compareceram a vacinação por faixa etária}} \times 100$$

- 3. Vacinômetro:** Expressa graficamente a evolução das doses aplicadas durante a Campanha Nacional de Multivacinação 2017, permitindo a seleção por Grupo (crianças ou

adolescentes), faixa etária e imunobiológico, disponibilizando ainda informações sobre a proporção de vacinados e o total; pode ser visualizado por UF, Regional, Município e Estabelecimento de Saúde.

ATENÇÃO: A proporção de vacinados somente estará disponível se o Boletim de Comparecimento estiver preenchido.

4. Controle de Envio: Permite que Estados, Regionais, Municípios e Estabelecimentos de saúde acompanhem o envio de informações (registros de doses) durante o período da Campanha Nacional de Multivacinação 2017. O relatório é disponibilizado em forma de tabela.

5. TODOS OS DOCUMENTOS E ORIENTAÇÕES REFERENTES AOS REGISTROS DE DOSES ESTARÃO DISPONÍVEIS NO SITE ABAIXO:

1) **SIPNI.DATASUS.GOV.BR: “Downloads” -> “Campanhas” -> “Documentos” -> “2017” -> “Multivacinação”.**



ATENÇÃO: Reforçamos que é fundamental que se faça a movimentação mensal de imunobiológicos no SIPNI (Desktop ou web), referente às vacinas utilizadas na Campanha de Multivacinação a fim de informar, monitorar e avaliar a utilização e as perdas para melhor planejamento futuro das ações a serem desenvolvidas.

Referências

1. WHO. Strategic Advisory Group of Experts on Immunization – SAGE 14-16 April 2015. Department of Immunization, Vaccines and Biologicals (IVB). Executive Boardroom, Geneva.
2. WHO. SIXTY-EIGHTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. Poliomyelitis – Report by the Secretariat. Provisional agenda item 15.2. A68/21. 1 May 2015.
3. WHO. Independent Monitoring Board of the Global Polio Eradication Initiative. The Rock Road to Zero. Eleventh Report: May 2015.
4. WHO. GPEI – Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013-2018. Global Polio Eradication Initiative. 9 April 2013.
5. World Health Organization. Vaccines Safety Basics- Learning manual. 2013
6. Centers for Disease Control and Prevention. General Recommendations on Immunization. MMWR 2002
7. Blomqvist, S., Bassioni L. E., Nasr, E. M. E. M. et al. Detection of Imported Wild Polioviruses and of Vaccine-Derived Polioviruses by Environmental Surveillance in Egypt. Applied and Environmental Microbiology p. 5406–5409. August 2012 Volume 78 Number 15.
8. CDC. CDC Assessment Of Risks To The Global Polio Eradication Initiative (GPEI) Strategic Plan 2010-2012.
9. 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.
10. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização. Instrução Normativa 2013.
11. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM). Geriatria: Guia de Vacinação. Magic/RM. 2014. Disponível em: <http://www.sbim.org.br/publicacoes/guias-de-vacinacao/guia-de-vacinacao-geriatria-2014-2015-sbim-e-sbagg/>. Acessado em 02/10/2015 as 17:00 horas.
12. Center of Disease Control and Prevention (CDC). 2015. Viral Hepatitis: Hepatitis B.Information: Vaccination of Adults. Disponível em <http://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/vaccadults.htm>. Acessado em 05/10/2015 as 9:15
13. em http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/StrategyWork/PEESP_EN_A4.pdf
14. Organización Panamericana de la Salud. Boletín de Inmunización Volumen XXXVI. Número 4 Agosto del 2014.
15. Palmu, A.A.; et al. Effectiveness of the ten-valent pneumococcal Haemophilus influenzae protein D conjugate vaccine (PHiD-CV10) against invasive pneumococcal disease: a cluster randomised trial. Lancet 2013; 381: 214–22. November 16, 2012 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61854-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61854-6).
16. Sáfadi, M. A. P; Berezin, E. N; Oselka, G. W. Análise crítica das recomendações do uso das vacinas meningocócicas conjugadas. J. Pediatr. (Rio J.) vol.88 no.3 Porto Alegre May/June 2012.
17. WHO. Varicella and herpes zoster vaccines: WHO position paper, June 2014. Weekly epidemiological record. 20 JUNE 2014, 89th year / No. 25, 2014, 89, 265–288.
18. Safaeian M et al. Cancer Prev Res 2013;6(November (11)):1242–50).
19. WHO. WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD, NO. 43, 24 OCTOBER 2014.
20. 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>
21. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM). Geriatria: Guia de Vacinação. Magic/RM. 2014. Disponível em: <http://www.sbim.org.br/publicacoes/guias-de-vacinacao/guia-de-vacinacao-geriatria-2014-2015-sbim-e-sbagg/>. Acesso em 02 de outubro de 2015

22. Center of Disease Control and Prevention (CDC). 2015. Viral Hepatitis - Hepatitis B Information: Vaccination of Adults. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/vaccadults.htm>. Acesso em 05 de outubro de 2015
23. WHO. Polio eradication & endgame: Strategic Plan 2013-2018. Global Polio Eradication Initiative. Executive Summary. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. 2013. Disponível em: http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/StrategyWork/PEESP_EN_A4.pdf
24. Organización Panamericana de la Salud. Boletín de Inmunización. Vol. XXXVI. Número 4. Agosto del 2014.
25. 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.
26. Palmu, A.A.; *et al.* Effectiveness of the ten-valent pneumococcal *Haemophilus influenzae* protein D conjugate vaccine (PHiD-CV10) against invasive pneumococcal disease: a cluster randomised trial. *Lancet* 2013; 381: 214–22. November 16, 2012. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61854-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61854-6).
27. 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.
28. Sáfadi, M. A. P; Berezin, E. N; Oselka, G. W. Análise crítica das recomendações do uso das vacinas meningocócicas conjugadas. *J. Pediatr. (Rio J.)* vol.88 no.3 Porto Alegre May/June 2012.
29. Safaeian M et al. *Cancer Prev Res*. 2013; 6(November (11)):1242–50).
30. WHO. Weekly epidemiological record. n. 43. 24 october 2014.
31. Toh ZQ et al. 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>

Sites recomendados

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

EXPEDIENTE

Ministro da Saúde

Ricardo Barros

Secretário de Vigilância em Saúde

Adeilson Loureiro Cavalcante

Diretor do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

João Paulo Toledo

Coordenadora da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

Carla Magda A.S. Domingues

Coordenadora Substituta da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

Ana Goretti Kalume Maranhão

Elaboração

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

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

Ernesto Isaac Montenegro Renoier - CGPNI/DEVIT/SVS/MS

Franciele Fontana Sutile Tardetti Fantinato- CGPNI/DEVIT/SVS/MS

Regiane Tigulini de Souza Jordão - CGPNI/DEVIT/SVS/MS

Regina Célia Mendes dos Santos Silva – CGPNI/DEVIT/SVS/MS

Renata Cristina Freitas Rebelo – CGPNI/DEVIT/SVS/MS

Karla Calvette Costa - CGPNI/DEVIT/SVS/MS

Sandra Maria Deotti Carvalho - CGPNI/DEVIT/SVS/MS

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

Colaboração

Camile de Moraes - CGDT/DEVIT/SVS/MS

Daiana Rangel de Oliveira - CGDT/DEVIT/SVS/MS

Renata Carla de Oliveira - CGDT/DEVIT/SVS/MS

Walquiria Aparecida Ferreira de Almeida - CGDT/DEVIT/SVS/MS

Zirlei Maria de Matos – CGDT/DEVIT/SVS/MS

Sugestões, Dúvidas e Colaborações

Endereço: SRTVN, Quadra 701, Bloco D, Ed. PO 700, 6º andar

Brasília/DF. CEP - 70.304-000

Fones: 61 3315-3874

Endereço eletrônico: 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.