



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 DO
ESQUEMA VACINAL**

Brasília

2013

Sumário

Apresentação	03
1.Introdução	04
2.Objetivos	07
2.1Objetivo Geral	07
2.2.Objetivos específicos	07
2.3Meta	07
2.4Estratégia	07
3. Recomendações importantes para a operacionalização da campanha	08
3.1 Validade e conservação	10
3.2. Preservação da cadeia de frio para conservação das vacinas	10
3.3. Resíduos gerados na campanha	11
3.4. Contraindicação	11
3.4.2. Específicas	12
3.5. Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV)	12
4. Vigilância dos eventos adversos pós-vacinação (VEAPV)	12
4.1. Fluxo de informações para a vigilância dos EAPV	13
5. Imunobiológicos e recursos para a campanha	13
6. Vacinação segura	13
7. Registro de doses aplicadas na Campanha Nacional de Multivacinação	14
7.1. Ferramentas de coleta de dados	14
7.2. Registro do comparecimento da criança ao serviço de vacinação	14
7.3 Anotações de doses aplicadas	16
7.3.1 Para municípios que NÃO utilizam o sistema de informação nominal SIPNI (utilizam APIWEB)	17
7.3.2. Para aqueles municípios que utilizam o sistema de informação nominal SIPNI	18
7.4 Salas de vacinas	19
7.5 Orientação de registro de doses aplicadas	19
7.5.1 Vacina BCG (BCG)	19
7.5.2 Vacina Hepatite B (HB)	19
7.5.3 Vacina oral de Rotavírus Humano (VORH)	19
7.5.4 Vacina Pneumocócica 10 Valente (Pncc10V)	20
7.5.5 Vacina Meningocócica Conjugada C (Men C)	20
7.5.6 Esquema Sequencial VIP/VOP	20
7.5.7 Vacina DTP/HB/Hib (Penta)	20
7.5.8 Vacina Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) – (SCR)	21
7.5.9 Vacina Tríplice Bacteriana (Difteria, Tétano e Pertussis – DTP)	21
7.5.10 Vacina Febre Amarela (FA)	21

Apresentação

A Campanha Nacional de Multivacinação para Atualização do Esquema Vacinal é uma importante ação do Ministério da Saúde e um dos seus mais importantes compromissos assumidos com a população brasileira.

Desde 1971 muitos esforços foram realizados para o controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis no país. Uma série de iniciativas e estratégias exitosas foram desenvolvidas, destacando-se o envolvimento das três esferas de gestão nas ações de imunização, o que resultou na erradicação da varíola, febre amarela urbana e poliomielite no Brasil.

Em 2013 a Campanha Nacional de Multivacinação para Atualização do Esquema Vacinal ocorrerá de forma seletiva no período de **24 a 30 de agosto de 2013**, sendo **24 de agosto**, o dia de divulgação e mobilização nacional. A ação ocorrerá nos postos de vacinação do Sistema Único de Saúde (SUS) e envolverá as três esferas gestoras do SUS, contando com recursos destas para a realização da campanha.

Nesta ocasião serão ofertadas todas as vacinas do calendário básico de vacinação da criança visando diminuir o risco de transmissão de enfermidades imunopreveníveis, assim como reduzir as taxas de abandono do esquema vacinal.

As crianças menores de 5 anos de idade, aproximadamente **14.1 milhões**, público alvo para a ação, deverão ser avaliadas em relação a sua situação vacinal, para que de forma seletiva proceda-se à atualização da caderneta de vacinação, de acordo com os esquemas preconizados pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Para a operacionalização desta campanha, serão disponibilizados recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos das **Secretarias Estaduais de Saúde (SES)** e **Secretarias Municipais de Saúde (SMS)**, estimados em torno de **R\$ 18,6 milhões**, de acordo com a **Portaria nº 2.803, de 6 de dezembro de 2012**, que aprova os critérios para o financiamento de Campanhas de Vacinação anuais.

1. Introdução

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

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

A multivacinação surge na história em uma perspectiva de fortalecer o controle das doenças imunopreveníveis e revela claramente o desenvolvimento e a legitimação das políticas públicas de saúde nacionais e internacionais, o processo de incorporação de tecnologias e as práticas e construções discursivas com vistas a envolver a sociedade, o Estado, as instituições, mercado e organismos internacionais.

A experiência na administração simultânea de vacinas vem sendo utilizada desde 1971, por ocasião da implementação de programas como o Plano Nacional de Controle da Poliomielite e a oferta de diferentes vacinas, a exemplo, a vacina contra o sarampo. A premissa é válida até hoje. Alguns estados e municípios continuam oportunizando a multivacinação para crianças menores de 5 anos de idade, durante as campanhas da poliomielite, o que tem contribuído de forma decisiva para possibilitar oportunidade de acesso às ações de imunizações para a população.

Nas campanhas de multivacinação a comunicação e mobilização da população são fundamentais, devido à sua magnitude e a necessidade de uma maior adesão dos pais e responsáveis pelos menores de cinco anos de idade 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, da sociedade civil e da imprensa e publicidade, assim como influenciar na captação da população alvo da ação.

Nestas campanhas procuram-se administrar vacinas de forma seletiva e possibilitar a atualização da situação vacinal, como a vacina tríplice bacteriana (difteria, tétano e coqueluche) e tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola). Os resultados destas ações podem ser comprovados na redução das doenças imunopreveníveis no país.

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 infecto-contagiosas, 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 por 100mil/hab. 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 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 4.517 casos suspeitos sem registro de caso confirmado. No período de 2010 a 2012, foram notificados 4.179 casos suspeitos com 113 (2,6%) confirmados, todos relacionados a casos importados ou secundários a estes e foram identificados os seguintes genótipos: D4, G3, D8 e B3. Esses genótipos circulavam no continente europeu e africano, respectivamente. Ressalta-se que os genótipos B3, D4 e D8 não haviam circulado no país anteriormente.

COQUELUCHE

No início da década de 1980 eram notificados mais de 40 mil casos anuais e o coeficiente de incidência era 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 10,64/100 mil hab. a maior taxa observada na década. A partir de 1995, observou-se um declínio do número de casos e aumento da cobertura vacinal, principalmente a partir de 1998. Com isso verificou-se redução importante na incidência de 10,6/100 mil hab. em 1990 para 0,9/100 mil hab. em 2000. No período de 2001 a 2010, a incidência variou entre (0,32 a 0,8/100 mil hab.). No ano de 2011, a partir da semana epidemiológica (SE) 30, observou-se um aumento súbito do número de casos confirmados da doença, o qual ultrapassou o limite superior da curva endêmica do diagrama de controle, e uma incidência de 1,2/100 mil hab. Em 2012, o número de casos por SE manteve-se acima do esperado durante todo o ano, conferindo uma incidência de 2,8/100.000 hab.

DIFTERIA

O número de casos de difteria notificados no Brasil vem decrescendo progressivamente, em decorrência do aumento da utilização da vacina DTP. 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 hab. Esse número de casos veio decaindo

progressivamente até atingir 58 casos em 2000 (coeficiente de incidência de 0,03/100 mil hab.). A partir de 2004, o número de casos não ultrapassou 30 por ano e o coeficiente de incidência por 100 mil hab. 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 hab e, em 2012, não foi confirmado nenhum caso da doença.

TÉTANO NEONATAL E ACIDENTAL

A partir de 1989, a OMS inicia a implantação de uma política de eliminação do Tétano Neonatal (TNN) fixando metas de alcançar uma taxa de incidência de menos de 1 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 observa-se um declínio importante no número de casos da doença, passando de 584 casos em 1982 para 6 casos em 2011 correspondendo a uma redução de 98,9%. No ano de 2012, foi confirmado apenas 01 caso da doença no Estado de Minas Gerais. Não obstante o alcance da meta de Eliminação do Tétano Neonatal, no país, como problema de saúde pública, em alguns municípios brasileiros essa meta ainda não foi alcançada.

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 hab. em 1998. Na década de 1990 houve um declínio progressivo da doença e o número de casos passou de 1.548 em 1990 para 302 em 2012, representando uma redução de 80% no número de casos. A incidência nesse mesmo período passou de 1,1 para 0,2/ 100 mil hab. 2013.

Segundo dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2007 a 2012, foram notificados, no Brasil, 4.611 casos suspeitos de TA, destes 43% (2.004/4.611) foram confirmados. A incidência foi de 0,2/ 100 mil hab. no período analisado. Nesse período, ocorreram 654 óbitos por TA com letalidade média de 33%, variando de 30 a 36%.

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.

Dessa forma é de fundamental importância que a continuidade das campanhas de multivacinação contribua para a manutenção da erradicação da poliomielite, da eliminação do vírus autóctone do sarampo e da rubéola e controle das demais doenças imunopreveníveis no Brasil.

A Campanha Nacional de Multivacinação para Atualização do Esquema Vacinal deste ano, continuará a apoiar a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) na identificação de crianças de seis meses a 5 anos de idade que tenham deficiência de vitamina A. Concomitantemente, ocorrerá a distribuição deste suplemento






vitamínico para este grupo, conforme a organização e operacionalização dos estados e municípios.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Atualizar o esquema vacinal de acordo com o calendário básico de vacinação na caderneta de saúde das crianças menores de 5 anos de idade (0 a 4 anos 11 meses e 29 dias).

2.2. Objetivos específicos

-  Aumentar as coberturas vacinais para atingir a meta adequada.
-  Melhorar a homogeneidade das coberturas vacinais nos municípios.
-  Manter a eliminação do sarampo e da poliomielite.
-  Intensificar as ações de imunização para a administração do reforço das vacinas poliomielite (oral), DTP e 2ª dose da tríplice viral.
-  Contribuir na redução da incidência das doenças imunopreveníveis, conforme o calendário básico de vacinação das crianças menores de 5 anos de idade.

2.3. Meta

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

2.4. Estratégia

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



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

3. Recomendações importantes para a operacionalização da campanha

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

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

Atentar para o esquema da vacina varicela. Esta vacina será introduzida no calendário vacinal da criança, a partir de setembro de 2013, na rotina de vacinação da criança com a introdução da vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela - atenuada), **exclusivamente**, para as crianças de 15 meses de idade, que já tenham recebido a 1ª dose da vacina tríplice viral. Portanto, as crianças que estiverem com idade entre 12 a 15 meses deverão tomar a vacina tríplice viral e devem ser agendadas para receber a vacina tetra viral aos 15 meses de idade.

A vacina penta introduzida em 2012 para as crianças entre 2 meses e 11 meses e 29 dias, será ofertada em 2013 para as crianças de 2 meses a menores de 2 anos de idade (1 anos, 11 meses e 29 dias). Esta medida visa resgatar as crianças nesta faixa etária que perderam a oportunidade de serem vacinadas no ano de introdução da referida vacina.

Durante a campanha de multivacinação deverão ser observadas as especificidades de cada vacina conforme o Quadro 1.

Quadro 1. Demonstrativo das vacinas disponibilizadas na Campanha Nacional de Multivacinação conforme esquema vacinal, Brasil, 2013.

Vacinas	Esquema vacinal
BCG	Dose única ao nascer. Para criança não vacinada menor de 5 anos de idade, conforme normas do PNI.
Hepatite B	Administrar a 1ª dose em toda criança até 1 mês de idade não vacinada. Para a criança maior de 1 mês de idade não vacinada, agendar a vacina pentavalente para os 2 meses idade.
Pentavalente	Criança de 2 meses a menores de 5 anos de idade (1 anos, 11 meses e 29 dias) deverá iniciar e concluir o esquema vacinal com esta vacina. <ul style="list-style-type: none">➤ 1ª dose aos 2 meses➤ 2ª dose aos 4 meses➤ 3ª dose aos 6 meses Para situações onde a criança perdeu a oportunidade da vacinação no momento da introdução da vacina em 2012 iniciar ou completar esquema vacinal com a vacina pentavalente,

	respeitando os intervalos preconizados pelo PNI.
VIP/VOP – esquema sequencial	<p>Criança de 2 meses a menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias) deverá receber o esquema vacinal sequencial da VIP (1ª e 2ª doses) e VOP (3ª dose e reforço).</p> <p>Criança menor de 1 ano que receber doses anteriores (1ª e/ou 2ª dose) de VIP deverá seguir o esquema sequencial.</p>
VOP	Criança menor de 5 anos de idade que iniciar esquema com VOP deverá completar o esquema com a mesma vacina.
Rotavírus	<p>1ª dose aos 2 meses de idade. 2ª dose aos 4 meses de idade.</p> <p>Criança com idade de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 15 dias pode receber a 1ª dose.</p> <p>Criança com idade de 3 meses e 15 dias a 7 meses e 29 dias pode receber a 2ª dose desta vacina.</p>
Pneumocócica 10 valente	<p>Criança a partir dos 2 meses de idade, deve receber 3 doses desta vacina com intervalo de 2 meses entre elas, e uma dose de reforço, preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade.</p> <p>Criança entre 7 meses e 9 meses de idade não vacinada deve receber 2 doses desta vacina com intervalo de pelo menos 2 meses entre as doses e uma dose de reforço, preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade.</p> <p>Criança entre 10 meses e 11 meses de idade não vacinada deve receber 1 dose desta vacina e uma dose de reforço, preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade.</p> <p>Criança entre 1 ano e menor de 2 anos de idade (1 ano, 11 meses e 29 dias) não vacinada deve receber uma única dose desta vacina.</p>
Meningocócica C conjugada	<p>Criança a partir dos 3 meses de idade, deve receber 2 doses desta vacina com intervalo de 2 meses entre elas, e uma dose de reforço, preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade.</p> <p>Criança entre 10 e 11 meses de idade, deve receber uma dose desta vacina e uma dose de reforço preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade</p> <p>Criança entre 1 ano a menor de 2 anos de idade (1 ano, 11 meses e 29 dias) não vacinada deve receber uma única dose desta vacina.</p>
Febre amarela	<p>Criança a partir dos 9 meses de idade deve receber a dose inicial desta vacina de acordo com a área de recomendação.</p> <p>Crianças indígenas devem receber a dose inicial desta vacina a partir dos 9 meses de idade, independente da área onde residem.</p>
Tríplice viral	<p>Criança deve receber a 1ª dose da vacina aos 12 meses de idade e agendar a 2ª dose para 15 meses de idade.</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 dose obedecendo ao intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.</p>
DTP	Criança deve receber o 1º reforço da vacina aos 15 meses de idade e agendar o 2º reforço para 4 anos de idade.

	Criança maior de 15 meses e menor que quatro anos, sem reforço desta vacina deve receber o 1º reforço, e agendar o 2º reforço para os 4 anos de idade, obedecendo o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.
	Criança com 4 anos sem nenhum reforço administrar o 1º reforço.



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

3.1 Validade

As vacinas atualmente utilizadas no PNI devem ser armazenadas a temperatura de 2°C a 8°C e protegidas da luz ou de acordo com a temperatura recomendada pelo laboratório produtor. A manutenção 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.

3.2 Preservação da cadeia de frio para conservação das vacinas

A conservação das vacinas nas diversas instâncias da Rede de Frio deve prever o tempo de armazenamento e temperatura, variáveis determinantes para a promoção de operações seguras na cadeia de frio.

O controle da temperatura é fator fundamental, para o acondicionamento, a logística e o monitoramento por meio de instrumentos de medição adequados.

Todas as vacinas disponibilizadas na Campanha Nacional de Multivacinação devem ser conservadas em temperaturas entre +2° e +8°C, para tanto o planejamento dos processos de armazenamento e distribuição devem prever a quantidade da necessidade de insumos que serão utilizados para manter a temperatura adequada.

Neste sentido é indispensável caracterizar a população para definir a quantidade de vacinas a serem transportadas e o 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 substituição das caixas térmicas de poliestireno expandido, utilizadas nas atividades de rotina e extramuros, por caixas de poliuretano, justificando-se devido a sua resistência, durabilidade e facilidade de higienização.

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 desloquem sofrendo impactos mecânicos durante o deslocamento;
- ✓ 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.



O USO DE GELO EM BARRA OU ESCAMA NÃO É RECOMENDADO.

Os serviços de saúde deverão conservar devidamente as bobinas reutilizáveis enviadas pela instância central, ou adquiridas com recursos próprios, a fim de que se torne desnecessária a utilização de gelo comum.

A caixa com as vacinas em uso durante a vacinação nos postos deverá ser preparada conforme a caixa de uso diário em sala de vacinação.

3.3. 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.

3.4. Contraindicações

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

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

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

3.4.2. Específicas

Para as contraindicações específicas de cada vacina recomendamos consultar os manuais, os informes e notas técnicas do Programa Nacional de Imunizações.

3.5. Eventos Adversos pós-vacinação (EAPV):

Na suspeita de algum EAPV, sugere-se consulta ao Manual de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde.

4. Vigilância dos eventos adversos pós-vacinação (VEAPV)

O manejo apropriado dos EAPV é essencial para se avaliar a segurança dos produtos (vacinas) e dar resposta rápida a todas as preocupações da população e trabalhadores da saúde relacionadas às vacinas.

Estas atividades requerem notificação e investigação rápida do evento que porventura possa ocorrer.

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



Atenção especial deve ser dada à notificação de **eventos adversos graves**, que **deverão ser investigados**:

- ✓ Anafilaxia;
- ✓ Internação por 24 horas ou mais
- ✓ Disfunção ou incapacidade significativa e/ou persistente (sequela)
- ✓ Risco de morte (necessidade de intervenção imediata para evitar o óbito)
- ✓ Óbitos súbitos inesperados;
- ✓ Outros EAPV graves ou inusitados; e
- ✓ Erros programáticos ou operacionais.



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.**

4.1. 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.**

Para a notificação dos eventos adversos poderão ser úteis as definições de casos que serão encaminhadas posteriormente às Coordenações Estaduais, CRIE e responsáveis pelos EAPV.

⇒ É importante destacar que as notificações deverão primar pela qualidade no preenchimento de todas as variáveis contidas na ficha de notificação/investigação de EAPV do PNI (SI-EAPV).



Conforme normas do Programa Nacional de Imunizações, toda suspeita de Eventos Adversos Graves deve ser comunicada à CGPNI.

5. Imunobiológicos e recursos para a campanha

O Ministério da Saúde investirá o total de **R\$ 18,6 milhões** com transferência fundo a fundo para as Secretarias de Estado da Saúde -SES e Municipais de Saúde - SMS **por meio da Portaria nº 2.803, de 6 de dezembro de 2012.**

A campanha também contará com recursos das SES e SMS para a realização da vacinação.

6. 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 EAPV (Eventos Adversos Pós-Vacinação) e fortalecer a integração com os meios de comunicação com mensagens claras sobre as estratégias, prioridades e segurança da vacinação.

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

- O esquema de cada vacina, volume, número de doses, intervalo entre as doses;
- Vacinação simultânea;
- Conservação dos imunobiológicos: as vacinas devem ser conservadas em geladeira e ou em caixas térmicas, em temperatura-entre +2°C a +8°C ou de acordo com a temperatura recomendada pelo laboratório produtor.

- Adotar procedimentos seguros no manuseio, preparo e administração da vacina;
Exemplo: as **vacinas orais poliomielite e rotavírus** são administradas **exclusivamente por via oral**, não existe outra via de administração para estas vacinas. Para cada imunobiológico há uma via de administração recomendada, que deve ser obedecida rigorosamente.
- A adoção de manuais e instrumentos padronizados de capacitação e supervisão para a equipe de vacinação é considerada.



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

7. Registro durante a Campanha de Atualização de Esquemas Vacinais

7.1. Ferramentas de coleta de dados

Estão disponíveis para a ação:

- ✓ Boletim diário de comparecimento e vacinação na campanha de multivacinação disponíveis no site do PNI <http://pni.datasus.gov.br> no campo **SERVIÇOS / DOWNLOAD / DOCUMENTOS DE CAMPANHAS 2013 / ATUALIZAÇÃO DE ESQUEMAS VACINAIS** com campos exclusivos de registro por idade (<1 ano, 1, 2, 3 e 4 anos) do comparecimento ao serviço de vacinação;
- ✓ Boletim de consolidação de comparecimento e vacinação na campanha de multivacinação para posterior digitação no site do PNI <http://pni.datasus.gov.br> no campo **SERVIÇOS / DOWNLOAD / DOCUMENTOS DE CAMPANHAS 2013 / ATUALIZAÇÃO DE ESQUEMAS VACINAIS**;
- ✓ Boletins diários disponíveis no site do PNI <http://pni.datasus.gov.br> no campo **SERVIÇOS / DOWNLOAD / DOCUMENTOS DE CAMPANHAS 2013 / ATUALIZAÇÃO DE ESQUEMAS VACINAIS**, com campos exclusivos de registro por idade considerando o <1 ano, 1, 2, 3 e 4 anos, o tipo de vacina e o tipo de dose e as peculiaridades para o esquema durante o evento;
- ✓ Boletim de consolidação de doses aplicadas para posterior digitação no site do PNI campanhas <http://pni.datasus.gov.br> no campo **SERVIÇOS / DOWNLOAD / DOCUMENTOS DE CAMPANHAS 2013 / ATUALIZAÇÃO DE ESQUEMAS VACINAIS**;
- ✓ Ficha de registro do vacinado disponível no SIPNI para identificação do indivíduo, sua procedência e história vacinal;
- ✓ **SIPNI versão 3.2.3** – versão em que o relatório para multivacinação está disponível (para atualização: pni.datasus.gov.br no menu **CGPNI / SIPNI** inserir usuário e senha do SIPNI; menu **DOWNLOAD / NOVO SIPNI** e realizar o download desta versão, seguindo as orientações para instalação).

7.2. Registro do comparecimento da criança ao serviço de vacinação

A população alvo da campanha de atualização de esquemas vacinais é toda criança entre menor de 5 anos de idade. No entanto, considerando que a vacinação é seletiva, nem toda criança que comparece ao serviço necessita receber alguma dose de vacina. Sendo assim, para se conhecer a quantidade de crianças que atendeu ao chamado de comparecer ao serviço de vacinação durante o período da campanha e a quantidade de crianças que estava em atraso com algum esquema vacinal é de fundamental importância, registrar o comparecimento no serviço, principalmente para conhecer o alcance do serviço à população alvo e que percentual desta população está com o esquema em dia, visando melhorar estratégias de resgate de não vacinados e de comunicação.

Não há uma meta pré-estabelecida de crianças a serem vacinadas e de cobertura vacinal a ser alcançada, o que ratifica a importância utilizar mecanismos que identifiquem essa demanda, também para futuro planejamento.

Embora na **Multivacinação de 2012** já tenha sido disponibilizada a ferramenta de registro de comparecimento, mostrando-se extremamente útil para estimar essa demanda, suas orientações não compuseram o Informe Técnico 2012, o que provavelmente contribuiu para que o instrumento, mesmo disponível internet no site do Datasus, não fosse utilizado por todos os municípios.

Para a campanha de **Atualização de Esquemas Vacinais de 2013**, o registro do comparecimento ao serviço de vacinação deverá ser realizado por TODOS os municípios, e o registro deve seguir da seguinte forma:

- 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 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 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, mas não no campo de recebimento de vacina.

OBS.: a digitação de dados de comparecimento no site não é cumulativa, portanto, os dados de comparecimento e vacinação deverá se somar aos dados do dia anterior e digitados.

Ministério da Saúde Destaque do governo

SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações Acesso Rápido - Selecione a opção

DATASUS home | Fale Conosco MS-BBS

Início Apresentação Dúvidas Serviços Consultas Suporte técnico CGPNI Links APIWEB

CONSOLIDAÇÃO DE COMPARECIMENTO E VACINAÇÃO NA CAMPANHA DE MULTIVACINAÇÃO 2013

Município: _____

Estab. de saúde: _____ Selecionar outra unidade

Doses Aplicadas

Crianças que compareceram à vacinação						Crianças que receberam vacina						%	Data da Informação	
< 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	Total	< 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	Total			
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26/07/2013 07:43:10

Alterar

Caso tenha dúvidas, clique [aqui](#)

7.3. Anotações de doses aplicadas

A ação de vacinação durante a Campanha de Atualização de Caderneta de Vacinação é uma intensificação da estratégia **ROTINA**. Este ano, como passamos a usar o APIWEB em substituição ao SI-API *Clipper* os dados deverão ser **somente** registrados no **site**, e se somarão automaticamente aos dados de rotina para avaliação de cobertura vacinal do ano de 2013. Mesmo aqueles que utilizam o SIPNI deverão digitar os dados da intensificação no **site**, dado que a transferência de dados do SIPNI ainda não possui a agilidade necessária para a avaliação da campanha em tempo real.

Considerando que será uma ação seletiva, 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) 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 a risca para evitar erros que comprometem a avaliação da situação de imunização da população alvo.

SIGLAS	DESCRIÇÃO
DU	Dose única
D1	1ª. dose
D2	2ª. dose
D3	3ª. dose
R1	Reforço ou 1º Reforço
R2	2º Reforço
SIAPIClipper	Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações – extir substituído pelo APIWEB
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
APIWEB	Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações <i>online</i> – SI

7.3.1 Para municípios que NÃO utilizam o sistema de informação nominal SIPNI (utilizam APIWEB)

- a. Registrar o número de vacinados nos boletins diários.
- b. Apurar os dados diários de cada sala de vacina e registrar no boletim de consolidação, também por sala de vacina.
- c. Acessar o site do PNI (pni.datasus.gov.br, menu **SERVIÇOS/ ENVIAR DADOS CAMPANHA DE ATUALIZAÇÃO DA CADERNETA DE VACINAÇÃO 2013**)
- d. Inserir o código do **USUÁRIO**(código do município fornecido pelo IBGE) e **SENHA**);
- e. Selecionar a **SALA DE VACINA** para a digitação dos dados consolidados;
- f. Digitar os dados consolidados na multivacinação, segundo sala de vacina.

OBS.1: a digitação dos dados não é cumulativa, portanto, os dados diários devem ser somados aos dados do dia anterior para a digitação.

Modelo do boletim de consolidação

Município	Unidade de Saúde							
Cód. US:	Mês		Ano					
Boletim de Registro de Doses Aplicadas - Campanha de Multivacinação 2013								
Vacinas	Doses	até 30 dias nascimento	< 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	Total
BCG	DU							
HB	D							
	D1							
	D2							
	D3							
VORH	D1							
	D2							
Pncc10V	DU							
	D1							
	D2							
	D3							
	R1							
MEN C	DU							
	D1							
	D2							
	R1							
Seq. VIP/VOP*	D1*							
	D2*							
	D3							
	R1							
	R2							
Penta (DTP/Hib/HB)	D1							
	D2							
	D3							
Tríplice viral	D1							
	D2							
DTP	R1							
	R2							
FA	DU							

* D1 e D2 VIP. Somente registrar D2 com VOP se a crianças tiver iniciado o esquema com VOP

7.3.2. Para aqueles municípios que utilizam o sistema de informação nominal SIPNI

Versão do SIPNI: verificar se a versão que está instalada no computador é a **versão 3.2.3** que contém o relatório de **multivacinação**.

- Registrar os vacinados acessando inicialmente o sistema de informação SIPNI no campo REGISTRO DO VACINADO;

OBS.2: se a criança já estiver cadastrada, basta pesquisar pelo seu nome para encontrá-la;

- Selecionar o grupo de atendimento como **POPULAÇÃO GERAL** (ou outro grupo a que ela pertença) e a estratégia como **INTENSIFICAÇÃO**, que disponibiliza a

relação das vacinas a serem utilizadas durante a campanha e inserir a informação de dose, lote e laboratório;

- c. Para consolidar os dados de doses aplicadas durante a campanha de atualização da caderneta de vacinação, deve-se acessar o menu **RELATÓRIOS**, selecionar o tipo de relatório **MULTIVACINAÇÃO**, a estratégia **INTENSIFICAÇÃO**, bem como o período a que este relatório se refere, e o **BOLETIM DE CONSOLIDAÇÃO** será disponibilizado para impressão ou visualização da apuração dos dados;

OBS.3: a digitação dos dados no site não é cumulativa, mas o boletim de consolidação do SIPNI sim, portanto, atentar para as datas que o relatório gerado se refere.

OBS.4: atentar para a faixa etária do relatório do SIPNI e a faixa etária disponível no site para digitação que é <1ano,1,2,3,4 anos.

- d. Acessar o site do PNI para a digitação dos dados no “menu” **SERVIÇOS / ENVIAR DADOS DA CAMPANHA DE ATUALIZAÇÃO DE CADERNETA DE VACINAÇÃO**;
- e. Inserir o código do **USUÁRIO** (código do município fornecido pelo IBGE) e **SENHA**;
- f. Selecionar a **SALA DE VACINA** para a digitação dos dados consolidados disponibilizados pelo SIPNI.

ATENÇÃO: é importante que aqueles que usam o SIPNI **não deixem** de digitar os dados da multivacinação no site da campanha, pois serão considerados para a cobertura do município **somente** os dados digitados no site.

7.4. Salas de vacinas

As salas de vacina serão as mesmas do APIWEB e devem seguir as orientações enviadas para atualização de CNES. Para esclarecimentos, consultar o manual do APIWEB.

7.5. Orientação de registro de doses aplicadas

7.5.1 Vacina BCG (BCG)

Esquema vacinal: dose única a partir do nascimento.

Campo DU para registro por faixa etária das doses aplicadas em crianças.

7.5.2 Vacina Hepatite B (HB)

Para crianças com até 30 dias de vida e para menores de 5 anos que não tenham recebido a vacina contra hepatite B.

O campo para registro será D para menores de 30 dias e D1, D2 e D3 para aquelas crianças que farão o esquema com a vacina monovalente.

7.5.3 Vacina oral de Rotavírus Humano (VORH)

Esquema preconizado de duas doses: a D1 (1ª) aos dois meses de vida e D2 (2ª) aos quatro meses de vida, atendendo ao intervalo preconizado de 8 semanas, concomitante com outras vacinas do calendário básico.

Dose	D1		D2	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Semanas	6	15	15	32
Meses	1 m 15 dias	3 m 15 dias	3 m 15 dias	7 m 29 dias

No site, o registro das doses será em <1 ano tanto para D1 como para D2. Todas as doses aplicadas serão válidas para a criança mesmo que ela regurgite. Não se deve revacinar a criança que regurgitou. Portanto, o registro deve ocorrer de acordo com a dose administrada.

7.5.4 Vacina Pneumocócica 10 Valente (Pnc10V)

Para crianças na faixa etária <1 ano (2m a 11m29d) com três doses (D1, D2 e D3) e um reforço (R1) ao completar um ano de idade. Caso a criança com sete meses de idade não tenha sido vacinada ainda, o esquema recomendado é de duas doses (D1 e D2). Crianças de 10 e 11 meses que estejam iniciando esquema recebem somente uma dose ainda como menor de 1 ano e registra como DU e com um ano de idade recebe uma nova dose e registra como R1.

A vacina pode ser administrada em crianças de 1 ano de idade com apenas uma dose (DU).

O registro deve ser obedecendo ao esquema e a faixa etária da criança.

7.5.5 Vacina Meningocócica Conjugada C (Men C)

Para crianças na faixa etária <1 ano com duas doses (D1 e D2) e um reforço (R1) ao completar um ano de idade ou uma dose (DU) com um ano de idade.

A vacina pode ser administrada com dose única na faixa etária de 1 ano (DU).

7.5.6 Esquema Sequencial VIP/VOP

Esquema vacinal recomendado às crianças <5 anos de idade que estejam iniciando esquema de vacinação contra poliomielite.

Esquema vacinal: três doses com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses e um reforço aos 15 meses:

- D1 com a vacina inativada poliomielite (VIP)
- D2 com a vacina inativada poliomielite (VIP)
- D3 com a vacina oral poliomielite (VOP)
- R1 (reforço) com a vacina oral poliomielite (VOP)

O registro será no mesmo campo. D1 e D2 se referem à VIP e D3 e D4 se referem à VOP.

O esquema sempre deve ser iniciado com VIP.

Se alguma criança tiver iniciado o esquema com VOP, a D2 deve ser com VOP e esta dose deve registrada no campo D2, sempre respeitando a idade.

Segundo reforço (R2) é para o registro nos estados que utilizam o esquema com R2 em 4 a 6 anos de idade.

7.5.7 Vacina DTP/HB/Hib (Penta)

Esquema vacinal recomendado para crianças <1 ano de idade. Esquema vacinal: três doses com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

Como em todas as vacinas, a vacina deve corresponder à idade da criança (<1 ano; 1, 2, 3 e 4 anos) e a dose do esquema (D1, D2 e D3)

7.5.8 Vacina Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola)– (SCR)

Para crianças de 1, 2, 3 e 4 anos de idade em D1 ou D2. Com a mudança em 2013 de esquema vacinal da D2 de 4 anos para 15 meses (1 ano) muitas crianças entre 1 e 4 anos estarão em “atraso”, portanto, atentar para a dose e a idade da criança na vacinação e registro.

7.5.9 Vacina Tríplice Bacteriana (Difteria, Tétano e Pertussis– DTP)

Utilizada para o reforço após o término da vacinação básica com as vacinas Penta (DTP-HB/Hib) ou Tetra (DTP/Hib) ou mesmo para complementar as doses do esquema básico iniciado e não completado em menores de 1 ano de idade com as vacinas citadas.

R1: uma dose de 6 a 12 meses após o término da vacinação básica com a própria DTP, Penta, Tetra ou a própria DTP. Deverá ser registrada na grade da vacina DTP no campo correspondente a faixa etária;

R2: uma dose aos 4 anos de idade. Deverá ser registrada na grade da vacina DTP no campo correspondente a faixa etária.

Atentar para a idade da criança para realizar o registro no campo correto.

7.5.10 Vacina Febre Amarela (FA)

Esquema vacinal em dose única a partir dos nove meses de idade. Registrar no boletim como DU.

A grade de registro apresenta campos para as idades <1 ano, 1, 2, 3 e 4 anos.

EXPEDIENTE

Ministro da Saúde

Alexandre Padilha

Secretário de Vigilância em Saúde

Jarbas Barbosa da Silva Júnior

Diretor Adjunto do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques

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

Coordenador da Coordenação Geral das Doenças Transmissíveis

José Ricardo Pio Marins

Elaboração

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

Ana Goretti Kalume Maranhão - CGPNI/DEVEP/SVS/MS

Antonia Maria da Silva Teixeira - CGPNI/ DEVEP /SVS/MS

Cristiane Pereira de Barros - CGPNI/ DEVEP /SVS/MS

Karla Calvette Costa - CGPNI/ DEVEP/SVS/MS

Maria Cristina Antunes Willemann - CGPNI/ DEVEP/SVS/MS

Nair Florentina de Menezes– CGPNI/ DEVEP/SVS/MS

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

Regina Célia Silva Oliveira - CGPNI/ DEVEP/SVS/MS

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

Sirlene de Fátima Pereira - CGPNI/ DEVEP/SVS/MS

Walquiria Gonçalves dos Santos Teles - CGPNI/ DEVEP/SVS/MS

Colaboração

Ariana Josélia Gonçalves Pereira - CGPNI/ DEVEP/SVS/MS

Erik Vaz da Silva Leocádio - CGPNI/ DEVEP/SVS/MS

Flavia Carolina Borges Lobo - UVRI/CGDT/ DEVEP/SVS/MS

Helena Keico Sato – CTAI

Luana Alves d’Almeida- CGPNI/ DEVEP/SVS/MS

Marcelo Pinheiro Chaves - CGPNI/ DEVEP/SVS/MS

Maria Carolina Coelho Quixadá Pereira - UVRI/CGDT/ DEVEP/SVS/MS

Paulo Ricardo Brites Esteves - CGPNI/ DEVEP/SVS/MS

Robson Bruniera de Oliveira- UVRI/CGDT/ DEVEP/SVS/MS

Zirlei Maria de Matos - UVRI/CGDT/ DEVEP/SVS/MS

Sugestões, Dúvidas e Colaborações

Endereço: SCS Quadra 04, bloco A, 4º andar

Brasília/DF. CEP 70.304-000

Fones: 61 3213-8296/ 8297. Fax: 61 3213-8385

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.