



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
“PROF. ALEXANDRE VRANJAC”
Divisão de Imunização**

**DOCUMENTO TÉCNICO
CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE E DE
SEGUIMENTO CONTRA O SARAMPO – 2014**

1. Introdução

O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde realizará no período de 8 a 28 de novembro de 2014, as Campanhas contra a Poliomielite e de Seguimento contra o Sarampo, incluindo os sábados, dias 8 e 22 de novembro.

O Brasil realiza em 2014, o 35º ano de Campanhas Nacionais de Vacinação contra a Poliomielite e o 25º ano sem a doença no país, estando livre do poliovírus desde 1990 e todas as ações devem ser mantidas até que aconteça a erradicação mundial. Em São Paulo, o último caso ocorreu no ano de 1989 no município de Teodoro Sampaio.

Com relação à Campanha de Seguimento contra o Sarampo, esta estratégia tem como objetivo manter elevadas e homogêneas coberturas vacinais entre as crianças entre 1 e 4 anos de idade, visando garantir a manutenção do estado de eliminação do sarampo e rubéola no país.

POLIOMIELITE

2. Situação Epidemiológica da Poliomielite

No cenário global da poliomielite, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que entre os anos de 2013 e 2014, 10 países registraram casos da doença, e na sua maioria, decorrente de importações do poliovírus selvagem de países endêmicos ou de países não endêmicos, a

saber: a) países endêmicos: Afeganistão, Nigéria e Paquistão; b) países não endêmicos: Somália, Guiné Equatorial, Iraque, Camarões, Síria, Etiópia, Kenia .

No ano de 2014, até o dia 03 de setembro, foram registrados 149 casos da doença, sendo 131 nos países endêmicos (117 no Paquistão, 06 na Nigéria e 08 no Afeganistão) e 18 nos países não-endêmicos.

Diante deste quadro mundial, há necessidade da união de esforços para atingir a meta dos indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde para manutenção do país livre da doença. As coberturas vacinais municipais ainda são heterogêneas, podendo levar a formação de bolsões de pessoas não vacinadas, possibilitando, assim, a reintrodução dos poliovírus. A utilização da vacina poliomielite oral favorece a proteção coletiva por meio da disseminação do vírus vacinal no meio ambiente.

Desta forma, é importante informar aos profissionais, autoridades e gestores em saúde, sobre os riscos de reintrodução do poliovírus selvagem e a necessidade da notificação e investigação imediata de todo caso de Paralisia Flácida Aguda (PFA), em menores de 15 anos de idade ou suspeita de poliomielite em indivíduo de qualquer idade procedente de países com circulação de poliovírus selvagem nos últimos 30 dias.

3. A Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite em 2014

3.1. Objetivo e Meta

A estratégia é vacinar indiscriminadamente todas as crianças de 6 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias em todas as localidades.

**Campanha nacional de vacinação contra poliomielite,
Estado de São Paulo, 2001-2013.**

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

Fonte: NIVE/ Divisão de Imunização /CCD/ CVE / SES – SP *Homogeneidade

A meta é atingir uma cobertura vacinal de 95% das crianças nesta faixa etária em pelo menos 80% dos municípios do Estado. A população alvo desta Campanha são as crianças entre 6 meses a 4 anos 11 meses e 29 dias, totalizando no Brasil 12.717.408 e, no Estado de São Paulo, 2.527.814 crianças.

3.2. Estratégia de vacinação

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

Para as crianças entre 6 meses a < 1 ano de idade:

- nas situações que não tenha recebido nenhuma dose de VIP, aplicar VIP.

- nas situações que tenha recebido apenas uma dose de VIP, aplicar a segunda dose de VIP com intervalo de 2 meses (mínimo de 30 dias).
- nas situações que tenha recebido duas doses de VIP, aplicar VOP, independentemente do intervalo.
- nas situações que a criança ao invés de ter recebido VIP, recebeu VOP, continuar com VOP.
- para as crianças entre 12 meses e 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade:
- aplicar VOP para todas as crianças, exceto as situações de contraindicações.

3.3. Vacina oral poliomielite (VOP)

A VOP induz boa imunidade intestinal e humoral. Confere proteção contra os três sorotipos do poliovírus 1, 2 e 3, e sua eficácia é em torno de 90% a 95% com a administração de três doses. Para uma imunidade adequada, para os 3 tipos de poliovírus, faz-se necessário completar o esquema básico de três doses, ou seja, 2 doses de VIP (D1 e D2) e 1 dose de VOP (D3), e mais 2 doses de reforço (VOP), aos 15 meses e 5 anos de idade.

3.4. Cuidados na utilização da vacina oral poliomielite

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

Para utilização correta da vacina oral contra a poliomielite o trabalhador de saúde envolvido na vacinação deve conhecer os cuidados na utilização da vacina, ler com atenção e tirar todas as dúvidas relativas ao que está descrito na bula que acompanha o produto. Pelo fato da vacina oral ser apresentada na forma de suspensão, as equipes de vacinação devem ser orientadas no sentido de agitar levemente o frasco da vacina antes da administração de cada dose.

Nos postos de grande demanda, para evitar um contato prolongado com o calor da mão, recomenda-se alternar a utilização dos frascos.

Quadro 1. Vacinas que serão utilizadas na Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite 2014.

Denominação Comum Brasileira (DCB)	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada) - VOP	
Laboratório produtor	Fiocruz/Bio-Manguinhos	Fiocruz/Biofarma
Apresentação	Bisnaga com aplicador e tampa rosqueável, em plástico maleável de 2,5 ml contendo 25 doses	Frasco de vidro de 2,0 ml contendo 20 doses e gotejador
Forma Farmacêutica	Solução oral	Solução oral
Via de administração	Oral	Oral
Composição por dose de duas gotas	Polivírus atenuado tipo I: 1.000.000 CCID ₅₀ ; Polivírus atenuado tipo II: 100.000 CCID ₅₀ ; Poliovírus atenuado tipo III: 600.000 CCID ₅₀ ; Contém: cloreto de magnésio, arginina estreptomina, eritromicina, polissorbato 80, L- arginina e água destilada.	Não menos que: Polivírus atenuado tipo I: 10 ^{6,0} CCID ₅₀ ; Polivírus atenuado tipo II: 10 ^{5,0} CCID ₅₀ ; Poliovírus atenuado tipo III: 10 ^{5,8} CCID ₅₀ ; Contém: sacarose, eritromicina e canamicina.
Conservação	A vacina deve ser armazenada e transportada na temperatura de -20°C em freezer. Após o degelo, conservar em temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz, condição esta que manterá a validade por um período de 3 (três) meses, por um período não superior ao prazo de validade indicado no rótulo. Não recongelar o produto.	A vacina deve ser armazenada e transportada na temperatura de -20°C em freezer. Após o degelo, conservar em temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz, condição esta que manterá a validade por um período de 6 (seis) meses, por um período não superior ao prazo de validade indicado no rótulo. Não recongelar o produto
Cuidados de conservação após a abertura da bisnaga	<p>Pode ser utilizada no prazo máximo de 5 (cinco) dias desde que mantidas as condições assépticas e a temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz.</p> <p>Na campanha, esse procedimento deve ser adotado nas salas de vacinas. Para os postos volantes recomenda-se que as doses remanescentes das bisnagas abertas não sejam utilizadas.</p>	<p>Pode ser utilizada no prazo máximo de 4 (quatro) semanas desde que mantidas as condições assépticas e a temperatura entre +2°C e +8°C, ao abrigo da luz e o monitor de frasco de vacina (MFV), se houver, não tenha passado do ponto de descarte, conforme a orientação da bula.</p> <p>Na campanha, esse procedimento deve ser adotado nas salas de vacinas. Para os postos volantes recomenda-se que as doses remanescentes das bisnagas abertas não sejam utilizadas.</p>

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

A posição do frasco, no momento da administração, é mostrada na figura a seguir. O frasco deve ser mantido na posição oblíqua (45°), com a tampa para baixo. Uma leve pressão no frasco permitirá a saída de uma gota. Entre uma gota e outra o frasco deve ser colocado na posição vertical.

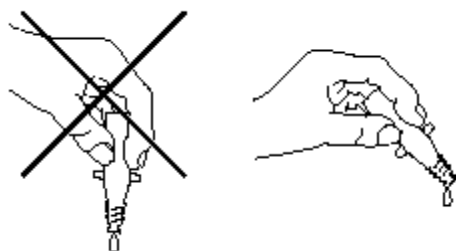


Figura 1: Posição do frasco da VOP

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

3.5. Contraindicações

- imunodeficiência congênita ou adquirida.
- neoplasia maligna.
- tratamento com corticosteróides em doses elevadas (equivalente a prednisona na dose de 2mg/kg/dia ou mais, por mais de 2 semanas) ou submetidas a outras terapêuticas imunossupressoras (quimioterapia, radioterapia).
- reação anafilática em dose anterior.

3.6. Evento adverso pós-vacinação

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

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

No Estado de São Paulo, observa-se o risco de 1 caso para cada 20 milhões de doses aplicadas.

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

SARAMPO

4. Situação epidemiológica do sarampo

Diferentes regiões do mundo estão definindo metas para a eliminação do sarampo e da rubéola até o ano 2020. No entanto, a ocorrência de surtos em várias partes do mundo constitui uma ameaça para a eliminação, além da circulação endêmica desses vírus em países da África, Ásia e Oceania. Em 2013 foram registrados 179.801 casos de sarampo no mundo, enquanto que até 14 de agosto de 2014, foram registrados 125.978 casos da doença.

No Brasil, os últimos casos autóctones de sarampo ocorreram no ano 2000 e desde então, os casos registrados eram importados ou relacionados à

importação. Entretanto, em 2013 foram confirmados 220 casos da doença no país, com maior concentração no estado de Pernambuco(200 casos).

Em 2014, até o dia 4 de outubro, o Brasil apresenta 514 casos confirmados de sarampo, sendo 486 no Ceará, distribuídos em 21 dos 184 municípios do Estado . Cerca de 25% ocorreram em menores de um ano de idade e, 47% em pessoas entre 10 e 29 anos de idade. Este surto de sarampo teve início em 25/12/2013.

Pernambuco registrou 24 casos neste ano, sendo o último caso confirmado em março de 2014.

A investigação laboratorial identificou o genótipo D8 relacionado aos casos atuais dos três estados, também presente em quase todos os 218 casos da doença registrados no Brasil em 2013. O genótipo B3 foi identificado no último caso confirmado no Estado de São Paulo, com histórico de viagem recente a diferentes países da Europa. O Estado de São Paulo não apresenta circulação endêmica do vírus do sarampo desde o ano 2000. No período entre 2001 e 2013, 38 casos de sarampo foram registrados no Estado, importados ou relacionados à importação, com identificação dos genótipos D4, D5 e D8.

Em 2014, até 20 de outubro, 7 casos de sarampo foram confirmados no Estado de São Paulo, nos GVE-VII Santo André (um caso), GVE-XVII-Campinas (um caso) e no município de São Paulo (cinco casos: 2 casos isolados e 3 casos em um “cluster” familiar). Dentre os casos, 3 apresentaram histórico de viagem recente (Sudeste Asiático, Ceará e Europa) no GVE-VII Santo André, GVE-XVII Campinas e no município de São Paulo.

Não houve relato de deslocamentos ou fonte externa de infecção em 4 casos no MSP (um caso isolado e o “cluster familiar”).

Os casos ocorreram em 2 indivíduos não vacinados (MSP), sendo um menor de um ano e outro, adulto não imunizado por opção individual. Os restantes 5 casos não possuem vacina documentada. Ocorreu internação em cinco casos (MSP) e não houve óbitos. As idades acometidas foram oito meses, um ano, três anos, nove anos, 21, 29 e 34 anos.

A pronta detecção de casos e notificação oportuna possibilitam rápida resposta a qualquer introdução do vírus, com deflagração das medidas de controle para interromper e minimizar sua circulação e transmissão.

5. Ações de vacinação contra o sarampo no Estado de São Paulo.

No Estado de São Paulo, além da vacinação de rotina, várias ações foram realizadas para a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais no período de 1987 a 2011:

- 1987: Campanha de Vacinação, com a vacina sarampo, para as crianças e adolescentes entre 9 meses a 14 anos de idade, cobertura vacinal de 91,0%.
- 1997: Campanha de vacinação, com a vacina sarampo, para as crianças entre 1 e 5 anos de idade.
- 2000: Campanha de Seguimento, com a vacina sarampo e rubéola (dupla viral), para as crianças entre 1 a 4 anos de idade, cobertura vacinal de 96,03% e homogeneidade de 70%.
- 2001: Campanha de Vacinação, com a vacina dupla viral, para as mulheres entre 15 e 29 anos de idade, cobertura vacinal de 91,20%.
- 2004: Campanha de Seguimento, com a vacina SCR, para as crianças entre 1 a 4 anos de idade, cobertura vacinal de 93,20% e homogeneidade de 78,14%.
- 2008: Campanha de Vacinação, com a vacina dupla viral, para mulheres e homens entre 20 a 39 anos de idade, cobertura vacinal de 94,59% e homogeneidade de 56,12%.
- 2011: Campanha de Seguimento, com a vacina sarampo, caxumba, rubéola (SCR), para as crianças entre 1 a 6 anos de idade, cobertura vacinal de 100,64%.

6. Objetivo e Meta da Campanha de Seguimento contra o Sarampo

No Brasil já foram realizadas grandes campanhas de seguimento contra o sarampo, que aconteceram com intervalos que variaram entre dois e quatro anos, conforme a situação epidemiológica vigente. A última campanha de seguimento ocorreu em 2011 e enquanto estratégia de vacinação indiscriminada representa uma grande oportunidade para vacinar as crianças não vacinadas ou aquelas que não obtiveram resposta imunológica satisfatória à vacinação, minimizando o risco de adoecimento e conseqüentemente, reduzindo ou eliminando os bolsões de não vacinados, visando garantir a manutenção do estado de eliminação do sarampo e rubéola no país.

A meta é vacinar 95% da população alvo e todos os municípios deverão atingir a cobertura de 95% de forma homogênea.

A população alvo desta campanha são as crianças de um ano até quatro anos, 11 meses e 29 dias, totalizando 10.927.330 crianças no Brasil e no Estado de São Paulo 2.219.361.

7. Esquema de vacinação

Todas as crianças entre 1 a 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade deverão receber a vacina SCR, independente do número de doses recebidas anteriormente. No entanto, havendo possibilidade, para as crianças entre 15 meses a 2 anos de idade, aplicar a vacina Tetraviral para os nascidos a partir de 1 de junho de 2012, desde que já tenha recebido uma dose de SCR, com intervalo de 30 dias.

8. Vacina sarampo, caxumba e rubéola

Vacinas que serão utilizadas na Campanha de Seguimento contra o Sarampo 2014.

Denominação Comum Brasileira (DCB)	VACINA SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA		
Laboratório produtor	Fiocruz/Bio-Manguinhos	Serum Institute of India Ltd.	Sanofi Pasteur
Apresentação	Frasco - ampola multidose: 10 doses de 0,5 mL	Frasco - ampola monodose: 1 doses de 0,5 mL Frasco - ampola multidose: 5 doses de 0,5 mL 10 doses de 0,5 mL	Frasco - ampola monodose: 1 doses de 0,5 mL
Forma Farmacêutica	Pó liofilizado + diluente	Pó liofilizado + diluente	Pó liofilizado + diluente
Via de administração	Subcutânea	Subcutânea	Subcutânea
Composição por dose de 0,5 mL	No mínimo 1.000 CCID ₅₀ do vírus de sarampo, cepa Schwarz; No mínimo 5.000 CCID ₅₀ do vírus de caxumba, cepa RIT 4385, derivada da cepa Jeryl Lynn; No mínimo 1.000 CCID ₅₀ do vírus de rubéola, cepa Wistar RA 27/3; Excipientes: Albumina humana, lactose, sorbitol, manitol, sulfato de neomicina e aminoácidos; Diluyente: Água para injeção.	No mínimo 1.000 CCID ₅₀ do vírus de sarampo, cepa Edmonston-Zagreb; No mínimo 5.000 CCID ₅₀ do vírus de caxumba, cepa Leningrad-Zagreb (L-Z); No mínimo 1.000 CCID ₅₀ do vírus de rubéola, cepa Wistar RA 27/3; Excipientes: Gelatina parcialmente hidrolizada; sorbitol; L-histidina; L-alanina; tricina, cloridrato de L-arginina; lactoalbumina hidrolisada. Diluyente: Água para injeção.	No mínimo 1.000 CCID ₅₀ do vírus de sarampo, cepa Schwarz; No mínimo 5.000 CCID ₅₀ do vírus de caxumba, cepa Urabe AM-9; No mínimo 1.000 CCID ₅₀ do vírus de rubéola, cepa Wistar RA 27/3; Excipientes: Albumina humana; Diluyente: Água para injeção.
Conservação	Conservar em temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz.	Conservar em temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz.	Conservar em temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz.
Cuidados de conservação após a reconstituição	Pode ser utilizada no máximo até 8 (oito) horas desde que mantidas as condições assépticas e a temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz	Pode ser utilizada no máximo até 6 (seis) horas desde que mantidas as condições assépticas e a temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz	Após reconstituição deve ser utilizada imediatamente.

Fonte: GT-GEIN/CGPNI/SVS/MS

9. Contraindicações gerais

- reação anafilática em dose anterior.
- imunodeficiências congênitas ou adquiridas.
- neoplasia maligna e crianças submetidas a transplante de medula ou outros órgãos.

- nas crianças HIV+ sintomáticas graves e/ou com imunossupressão grave
- tratamento com corticosteróides em dose elevada (equivalente a prednisona na dose de 2mg/kg/dia ou mais, por mais de duas semanas), ou submetidas a outras terapêuticas imunodepressoras (quimioterapia, radioterapia).

10. Precauções

- Durante a evolução de doenças agudas febris graves, recomenda-se adiar a vacinação até resolução do quadro, com o objetivo de se não atribuir à vacina as manifestações da doença.
- Após uso de imunoglobulina, sangue e derivados a vacinação: deverá ser adiada por 3 a 11 meses, dependendo do hemoderivado e da dose administrada, devido ao possível prejuízo na resposta imunológica.
- Apesar dos componentes da vacina, como o sarampo e a caxumba serem produzidos em culturas de células de embrião de galinha, os estudos demonstraram que a reação anafilática após a vacina é muito rara. Por isso o risco de repetir a reação anafilática em pessoas com reação alérgica grave após a ingestão de ovo é muito baixa. No entanto como precaução, recomenda-se que a vacina seja aplicada em ambiente hospitalar.

11. Eventos adversos pós-vacinação (EAPV)

Vacinações em campanhas, realizadas em curtos períodos de tempo, requerem a observação rigorosa das boas práticas de vacinação. Quando se vacina mais é esperado que reações indesejáveis como eventos adversos graves e mais raros aconteçam. Portanto, é preciso que os relatos dos eventos adversos pós-vacinação sejam apreciados numa perspectiva adequada, como instrumento de busca de qualidade dos programas de imunização e da própria vacina, sabendo-se que muitos deles consistem em associações temporais em que a vacina muitas vezes não é a responsável.

Segundo o Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação – Ministério da Saúde (2008), há a descrição dos seguintes EAPV .

Quadro 2. EAPV associados à vacina SCR – Manifestações locais e regionais

Evento adverso	Descrição	Tempo Administração/evento	Frequência
Ardência, hiperestesia, eritema, endureção.	Vermelhidão e edema no local da aplicação.	1o dia.	Pouco frequentes
Nódulo ou pápula com rubor.	Podem ocorrer em indivíduos com hipersensibilidade aos componentes da vacina.		
Linfadenopatia regional.	Linfonodos hipertrofiados.		Raro.
Abscesso quente.	São quentes, vermelhos e dolorosos. Podem aparecer sinais de flutuação e fistulização. Neste caso, houve contaminação por agentes piogênicos.	Até 15o dia.	

Fonte: Manual de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos Pós-Vacinação, 2008.

12. Os eventos adversos que deverão ser notificados e investigados. Favor notificar para a Central do CVE 0800555466 ou pelo email notifica@saude.sp.gov.br

- eventos adversos graves
- hospitalização por 24 horas
- disfunção ou incapacidade significativa e/ou persistente (sequela);
- evento que resulte em anomalia congênita;
- risco de morte;
- óbito.

Quadro 3. EAPV associados à vacina SCR – Manifestações sistêmicas

Evento Adverso	Descrição	Tempo Aplicação/evento	Frequência
Febre ≥ 39,5o C.	Está associada a qualquer um dos componentes da vacina.	Entre o 5º e o 12º dia após vacinação.	5 a 15% dos primovacinados.
Cefaléia, irritabilidade, febre baixa, conjuntivite e/ou manifestações catarrais.	Estão associadas aos componentes do sarampo e da rubéola.	Entre o 5º e o 12º dia após vacinação.	0,5 a 4 % dos primovacinados.
Exantema.	Pode ter extensão variável. Dura em torno de 2 dias.	-Entre o 7º e o 14º dia após vacinação.	5% dos primovacinados.
Linfadenopatia.	Associada ao componente da rubéola.	Entre o 7º e 21º dia após a vacinação.	Menos de 1% dos primovacinados.
Meningite.	Está relacionada ao componente da caxumba.	Entre o 15º e 21º dia após a vacinação.	Cepa Jeryl Lynn: 1/250.000 a 1/1.800.000. -Cepa Urabe: 1/11.000 a 1/400.000. -Cepa Leningrad-Zagreb: 1/3.390.
Encefalite.	Relacionado ao componente do sarampo e ao da caxumba.	Entre 15 a 30 dias após a vacinação.	Semelhante ao da população não vacinada: 1/1.000.000 - 1/2.500.000
Pan-encefalite esclerosante subaguda pós-vacinal (PEESA).	Não há dados epidemiológicos documentados que realmente comprovem o risco vacinal.	Entre 15 a 30 dias após a vacinação.	Estimativa de 0,7/1.000.000 de doses nos EUA.
Outras manifestações neurológicas.	Ataxia, mielite transversa, neurite ótica, síndrome de Guillain Barre e paralisia ocular motora. São consideradas associações temporais a vacina tríplice viral.		
Púrpura trombocitopênica.	Geralmente de evolução benigna.	2 a 3 semanas após a vacinação.	1/30.000 a 1/40.000 vacinados.
Artralgia e ou artrite.	As articulações mais afetadas são: interfalangeanas, metacarpo-falangeanas, joelhos, cotovelos e tornozelos. Associado ao componente da rubéola, com duração de 1 a 3 semanas.	Entre 1 a 3 semanas após a vacinação.	25% das mulheres vacinadas com a cepa RA 27/3.
Parotidite, pancreatite, orquite e ooforite.	Associado aos componentes da caxumba.	10º ao 21º dia após a vacinação (parotidite).	Parotidite: com cepa Jeryl Lynn: 1,6%, com cepa Urabe AM9 1 a 2% dos vacinados. -Outros: bastante raros.
Reações de hipersensibilidade.	Urticária no local ou, menos frequentemente, em outras áreas do corpo.	Geralmente nas primeiras 24 a 72 horas após a vacinação.	Raras.
Reação anafilática.	Urticárias, sibilos, laringoespasma, edema de lábios, hipotensão e choque.	Habitualmente na primeira hora após a administração da vacina.	Extremamente raras.

Fonte: Manual de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos Pós-Vacinação, 2008.

Bibliografia consultada

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Informe Técnico Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite e Seguimento contra o sarampo, 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. 3ª Ed. Brasília. 2006.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. PORTARIA Nº 1.498, DE 19 DE JULHO DE 2013. Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1498_19_07_2013.html.
4. Plotkin, A. S.; Orenstein, W. A. Offit PA (Eds) Vaccines. 6th Ed. Saunders. 2013.
5. Bricks, L. F. Vacina contra poliomielite: um novo paradigma. Rev Paul Pediatría 2007; 25(2): 172-9.
6. CDC. CDC Assessment Of Risks To The Global Polio Eradication Initiative (GPEI) Strategic Plan 2010-2012.
7. John, T. J., Vashishtha, V. M. Eradication of vaccine polioviruses: why, when and how? Indian J Med Res 130, November 2009, pp 491-494
8. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização. Instrução Normativa 2013.
9. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Manual de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos Pós-Vacinação. Brasília, 2006.
10. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Cenepi. CGPNI. Manual de Procedimentos para Vacinação. Brasília, 2001.
11. Oliveira LH, Struchiner CJ. Vaccine-associated paralytic poliomyelitis in Brazil, 1989-1995. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 2000; 7(4):219-224.

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 (Polioplace - 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

Divisão de Imunização
Divisão de Doenças de Transmissão Respiratórias
Novembro/2014