

Expediente

Governo do Estado de Santa Catarina

Secretário de Estado da Saúde

Luiz Eduardo Cherem

Diretor da Vigilância Epidemiológica

Luis Antonio Silva

Gerente de Vigilância de Doenças Imunopreveníveis e Imunização

Leonor Gamba Proença

Divisão de Imunização - Equipe Técnica

Gladis Helena da Silva Martinez

Maria Sidney Jacomel

Penélope Paloma Rudiger Scheidt

Rogério da Silveira Berlinck

Elaboração

Leonor Gamba Proença & Equipe Técnica da Divisão de Imunização

Endereço: Rua Felipe Schmidt nº 774 - Edifício Montreal - Florianópolis/SC - CEP 88010-002

Fones: (48) 221 8420 / 221 8426 / 221 8416 / 221 8434 / 221 8422 - Fax: (48) 221 8424

E-mail: gevim@dve-ses.sc.gov.br

Site: <http://www.saude.sc.gov.br>

**Gerência de Vigilância de
Doenças Imunopreveníveis e
Imunização**

**Diretoria de Vigilância
Epidemiológica**

**Secretaria de
Estado da Saúde**





**CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO
CONTRA A POLIOMIELITE - 2005
1ª ETAPA - 11 DE JUNHO**



CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE - 2005 1ª ETAPA - 11 DE JUNHO

Informe Técnico

1. INTRODUÇÃO

Em 11 de junho próximo, ocorrerá no Brasil mais um Dia Nacional de Vacinação Contra a Poliomielite. Na ocasião, o estado de Santa Catarina tem como população-alvo 483.995 crianças na faixa etária de menores de 5 anos para aplicar duas gotas da vacina oral (Sabin). O objetivo principal nas campanhas de vacinação é manter o território brasileiro livre da circulação do poliovírus. Para isto é necessário vacinar no mínimo 95% da população menor de 5 anos. E para que não haja bolsões de crianças susceptíveis é necessário que 80% dos municípios alcancem esta cobertura mínima.

O risco de reintrodução do poliovírus selvagem em nosso meio ainda existe, uma vez que, de acordo com a OMS - Organização Mundial da Saúde, ainda há três regiões mundiais com ocorrência de casos: África, Sudeste da Ásia e Mediterrâneo Oriental. No decorrer dos últimos três anos, doze países localizados nestas regiões registraram casos de poliomielite (Angola, Etiópia, Madagascar, Mauritânia, Níger, Índia, Afeganistão, Egito, Paquistão, Somália e Sudão), além de casos em regiões onde já não havia mais circulação do vírus por vários anos. Segundo a International Society for Infectious Diseases "GENEBRA/JAKARTA (Reuters) - Pela primeira vez em uma década, a Indonésia registrou um caso de poliomielite, em um bebê de 18 meses, num duro golpe contra os esforços mundiais pela erradicação da doença, disseram o governo e a Organização Mundial da Saúde (OMS) na terça-feira". O caso de pólio foi diagnosticado em abril em uma aldeia próxima à cidade de Sukabumi. "Vários outros casos de paralisia na mesma aldeia da província de Java Ocidental estão sendo investigados, segundo Oliver Rosenbauer, porta-voz da OMS". Segundo a OMS, "A Indonésia é o 16º país a sofrer o ressurgimento da pólio nos últimos dois anos".

Em Santa Catarina, o último caso de poliomielite, com confirmação laboratorial (isolamento positivo para poliovírus selvagem), foi registrado em agosto de 1980. No período de 1981 a 1989, embora não tenha havido isolamento do vírus, sete casos foram confirmados por critério clínico. O ano de 1989 foi o último ano com confirmação de casos em nosso Estado (três casos), procedentes dos municípios de São José, Caçador e Laguna. A partir desta data, todos os casos notificados como Paralisia Flácida Aguda ou poliomielite não tiveram confirmação laboratorial ou clínica para poliomielite.

Em 1994, o Continente Americano recebeu a certificação da erradicação da transmissão autóctone do poliovírus, pela OMS (caso autóctone é quando a pessoa contrai a doença na própria zona de residência) e há 16 anos não se registram casos de poliomielite no Brasil. O êxito no Continente Americano foi seguido pelo Pacífico Ocidental, certificado em 2000, e pela Europa, certificada em 2002.

- As doses de vacina Sabin (2ª, 3ª ou reforço) administradas durante o período da campanha cujo intervalo em relação à dose anterior seja superior a 30 dias são consideradas doses do esquema (uma vez que o intervalo mínimo entre uma dose e outra da vacina Sabin é de 30 dias). Portanto essas doses devem ser registradas no mapa da campanha, no mapa diário, na carteira de saúde da criança e na 2ª via da caderneta de vacinação, conforme rotina. Para o agendamento das próximas doses, deve-se respeitar o intervalo de 60 dias;

- Nas situações de estruturação de postos adicionais de vacinação, deve ser garantida a qualidade do serviço prestado de acordo com as normas do Programa Nacional de Imunização.

7. DADOS ADMINISTRATIVOS

Vacinas e Material Distribuídos

	Quantidade (doses)
Vacina contra a poliomielite	700.000
Cartaz	80.000
Folder	120.000

Infra-estrutura Estadual

Itens	Quantidade (doses)
Postos de vacinação	3.500
Pessoas envolvidas	9.200
Veículos de transporte	810

6. RECOMENDAÇÕES

6.1. Recomendações gerais

- É necessário assessorar os municípios que vêm apresentando baixas coberturas vacinais, especialmente aqueles com menos de dois mil habitantes na faixa etária alvo da campanha;
- Os gestores municipais devem garantir horários de atendimento pelas equipes de vacinação de acordo com as necessidades da clientela, promover a qualidade dos serviços prestados, o acolhimento e a adesão da população, estabelecendo estratégias para uma vacinação rápida, informativa e agradável, evitando tumultos, filas e falhas no atendimento;
- Os gestores municipais devem garantir as condições necessárias para as equipes de saúde desenvolverem as atividades com suporte logístico;
- Devido à implantação do 2º reforço da vacina DTP e a dose adicional (“reforço”) da vacina tríplice viral aos 4 anos, que são vacinas injetáveis, é necessário dar suporte de recursos humanos habilitados para aplicação dessas vacinas;
- Deve-se ampliar as equipes de vacinação através de recrutamento e capacitação de estudantes de enfermagem e outros cursos da área da saúde para atuarem nos sistemas de registro e aplicação da vacina oral contra a poliomielite;
- Todos os meios de comunicação com alcance local, lideranças religiosas, associações locais e formadores de opinião são grandes colaboradores das ações de imunizações municipais;
- Os recursos financeiros específicos de campanha repassados ao fundo municipal de saúde devem ser utilizados exclusivamente para ações da campanha de vacinação;
- Os recursos da PPI podem ser usados para o desenvolvimento das ações de imunização, campanhas e rotina, exceto para contratação de pessoal.

6.2. Recomendações técnicas

- As vacinas devem ser mantidas devidamente acondicionadas e com monitoramento térmico conforme normas do Programa Nacional de Imunização;
- A vacina oral contra a poliomielite deve ser conservada, na instância municipal/local, entre +2°C e +8°C;
- As doses da vacina oral contra poliomielite devem ser utilizadas até cinco dias, depois de aberto o frasco, desde que garantidas as condições de assepsia e conservação e respeitado o prazo de validade estabelecido pelo laboratório produtor;

Tabela 1 - Número de casos e incidência da poliomielite Brasil - 1967 - 1989

Ano	Nº de casos	Incidência/ 100.000 Hab.
1967	12.011	13,9
1968	13.033	14,6
1969	11.832	12,8
1970	11.545	12,1
1971	2.400	2,5
1972	1.565	1,6
1973	1.620	1,6
1974	1.191	1,2
1975	3.122	3,4
1976	2.458	2,3
1977	2.371	2,1
1978	1.709	1,5
1979	2.569	2,2
1980	1.290	1,1
1981	125	0,1
1982	69	0,06
1983	45	0,03
1984	89	0,07
1985	329	0,24
1986	612	0,45
1987	196	0,14
1988	110	0,08
1989	35	0,02

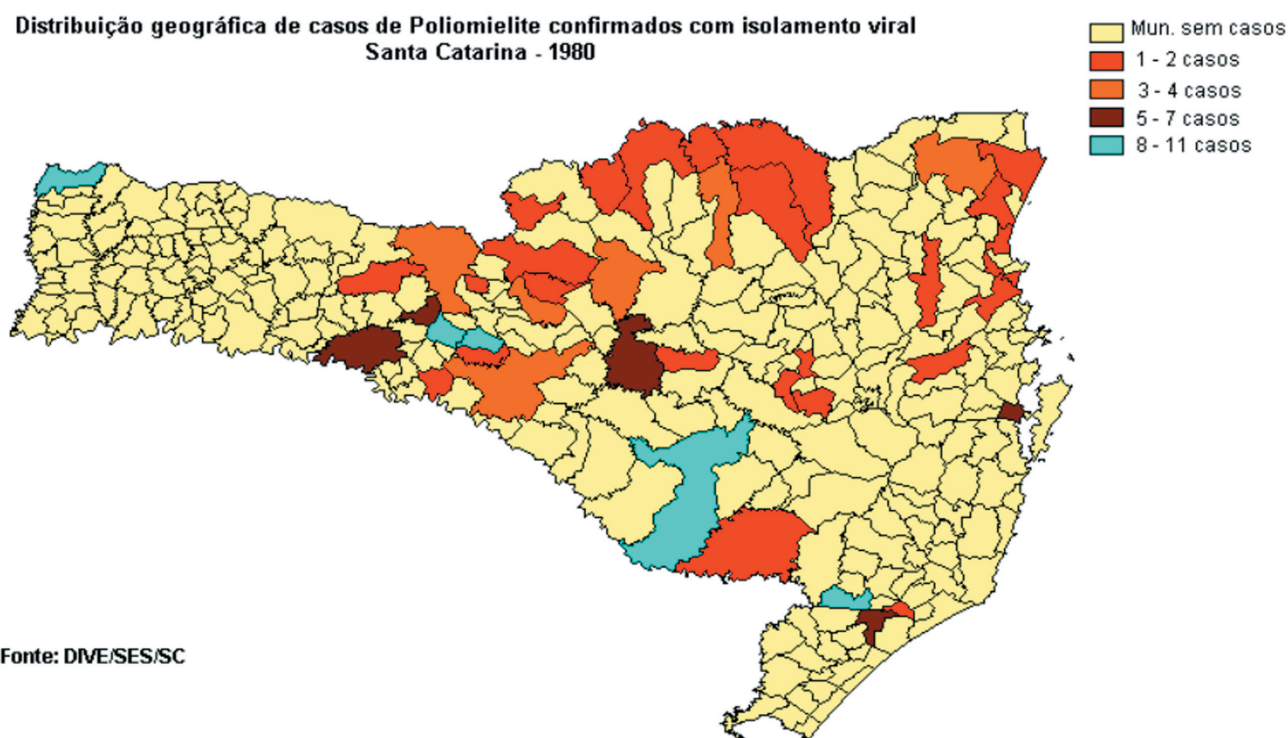
Fonte: Ministério da Saúde
(transcrito de documento arquivado na Dir. de Vigilância Epidemiológica/SES/SC/maio de 2004)

Tabela 2 - Número de casos e incidência da poliomielite, segundo o ano de notificação Santa Catarina - 1976 - 1989

Ano	Nº de notificações	Nº de casos confirmados	Incidência/ 100.000 Hab.	Nº de municípios com casos confirmados
1976	2.458	23	0,70	12
1977	2.371	65	1,90	27
1978	1.709	7	0,20	7
1979	2.569	82	2,30	19
1980	1.290	111	3,10	37
1981	125	-	-	-
1982	69	-	-	-
1983	45	-	-	-
1984	89	-	-	-
1985	329	3	0,10	3
1986	612	-	-	-
1987	196	-	-	-
1988	110	1	0,02	1
1989	35	3	0,10	3

Fonte: Transcrito de documento arquivado na Diretoria de Vigilância Epidemiológica/SES/SC/ maio de 2004, sem citação de fonte.

Distribuição geográfica de casos de Poliomielite confirmados com isolamento viral Santa Catarina - 1980



Fonte: DIVE/SES/SC

2. A POLIOMIELITE - INFORMAÇÕES BÁSICAS

2.1. Definição

A poliomielite ou “paralisia infantil” é uma doença infecto-contagiosa viral aguda, caracterizada por um quadro clássico de paralisia flácida de início súbito.

2.2. O agente etiológico

O agente causador da poliomielite é um enterovírus. Existem três sorotipos, conhecidos como tipo I, tipo II e tipo III, todos capazes de provocar a forma paralítica.

2.3. Reservatório

O vírus da poliomielite é de distribuição universal; o ser humano é seu único hospedeiro.

2.4. Transmissão e período de transmissibilidade

A transmissão ocorre principalmente por contato direto pessoa a pessoa. A boca é a porta de entrada do vírus, fazendo-se a transmissão pelas vias fecal-oral ou oral-oral, esta última através de gotículas de muco da orofaringe (ao falar, tossir ou espirrar). As más condições habitacionais, a higiene pessoal precária e o elevado número de crianças numa mesma habitação constituem fatores que favorecem a transmissão do poliovírus. O período de transmissibilidade pode iniciar antes do surgimento das manifestações clínicas.

2.5. Sinais e sintomas

As manifestações clínicas devidas à infecção pelo poliovírus são muito variáveis, indo desde infecções inaparentes (90 a 95%) até quadros de paralisia severa (1 a 1,6%), levando à morte. Apenas as formas paralíticas possuem características típicas, que permitem sugerir o diagnóstico de poliomielite, quais sejam:

- instalação súbita da deficiência motora, acompanhada de febre;
- assimetria, acometendo a musculatura dos membros, com mais freqüência os inferiores;
- flacidez muscular, com diminuição ou abolição de reflexos na área paralisada;
- sensibilidade conservada.

2.6. Diagnóstico

A coleta de amostras fecais com isolamento de vírus selvagem permite a confirmação diagnóstica. O exame de líquido permite o diagnóstico diferencial com a Síndrome de Guillain-Barré e com as meningites que evoluem com deficiência motora.

2.7. Complicações

Poliomielite paralítica: ocorre em 0,1 a 2% das infecções, aproximadamente 7 a 30 dias após a infecção. Normalmente, começa com os mesmos sintomas da poliomielite abortiva, progredindo para paralisia flácida. Dos pacientes com paralisia, 10% recuperam-se totalmente; 10% dos casos são fatais e em 80%, persiste uma paralisia residual.

5.2.3. Transferência dos dados da campanha

As doses aplicadas da vacina contra a poliomielite devem ser digitadas, na Gerência de Saúde, na planilha-padrão da campanha/2005 (planilha do Excel) segundo período, município e faixa etária, que deve ser transmitida via e-mail para a GEVIM:

sipni@saude.sc.gov.br e também **sipni@dve-ses.sc.gov.br**.

Obs.: O endereço acima citado é válido para as Gerências de Saúde. Os municípios devem se reportar às suas respectivas Gerências.

5.2.4. Digitação no SI-API

- A digitação no SI-API, das doses de pólio aplicadas na Campanha, deverá ser feita somente após o encerramento da Campanha e conferência final dos dados.

- Todos os municípios têm o SI-API instalado, portanto a digitação deve ser feita no município para então transferir para a Gerência de Saúde.

- A Gerência de Saúde não deve digitar os dados no SI-API na Gerência.

- Como digitar:

Módulo entrada de dados, digitar boletins, campanha, **POLIO, (1)a, mês de JUNHO (não pode ser outro mês), ano 2005**, por unidade ou todas as doses na unidade central, respeitando-se a faixa etária de "menor de 1 ano", "1 a 4 anos".

- Antes de a Gerência de Saúde fazer a transferência para a GEVIM, deve fazer a conferência com as informações da planilha do Excel, verificar os erros e os absurdos, contatar o município e providenciar as correções.

ÚLTIMO PRAZO PARA A TRANSFERÊNCIA DO SI-API COM OS DADOS DA CAMPANHA:

- MUNICÍPIO PARA REGIONAL: ATÉ DIA 23 DE JUNHO ÀS 18 HORAS.

- REGIONAL PARA GEVIM: ATÉ DIA 30 DE JUNHO ÀS 18 HORAS.

- A transferência dos dados deve ser feita pela Gerência de Saúde mesmo que esta não tenha recebido a transferência de todos os municípios de sua abrangência. Os municípios que não digitarem e/ou não fizerem a transferência no prazo, serão incluídos na relação de inadimplentes de informação e ficarão com cobertura zero perante o Ministério da Saúde.

5.3. Das outras vacinas

- As doses aplicadas, de qualquer outra vacina do calendário básico, devem ser anotadas na carteira de saúde da criança e na 2ª via da caderneta de vacinação.

- As doses aplicadas, de qualquer outra vacina do calendário básico, devem ser anotadas no Mapa Diário (mês de junho), consolidadas no boletim mensal (mês de junho), digitadas no SI-API (mês de junho) e transferidas conforme fluxo de rotina.

(até o **4º dia útil do mês de julho, do MUNICÍPIO para a Gerência de Saúde** = 6 de julho)

(até o **8º dia útil do mês de julho da Gerência de Saúde para a GEVIM** = 12 de julho)

5.2. Registro dos dados e transmissão das informações de campanha:

5.2.1. Registro

- Todas as doses da vacina contra a poliomielite aplicadas no período da campanha (06 a 17 de junho) devem ser anotadas no MAPA DA CAMPANHA respeitando-se a faixa etária. As doses que forem aplicadas como **atualização de esquema** devem ser anotadas no **mapa da campanha e também no mapa diário**. (Se essa dose não for registrada nos dois mapas, a cobertura da rotina e/ou da campanha vão ficar prejudicadas.)

- Para diminuir a margem de erros, a cada período de dias ou horas, deve-se abrir um novo mapa de campanha:

- **Período de 06 a 10 de junho:** iniciar registro em um mapa em branco, marcar as doses aplicadas até acabarem os quadrinhos de alguma das faixas etárias, pegar outro mapa em branco se for necessário anotando no cabeçalho o período de 06 a 10 de junho. Utilizar quantos mapas forem necessários até o dia 10 de junho.
- **Dia 11 de junho das 8 às 12 horas:** iniciar um novo mapa (em branco), utilizar quantos mapas forem necessários, até as 12 horas.
- **Dia 11 de junho das 12 às 17 horas:** iniciar um novo mapa (em branco), utilizar quantos mapas forem necessários até as 17 horas.
- **Período de 13 a 17 de junho:** iniciar um novo mapa (em branco), utilizar quantos mapas forem necessários até o dia 17 de junho.

5.2.2. Somatória e transmissão

A somatória dos dados e transmissão também são feitas por período conforme abaixo:

- **Dia 11 de junho às 13 horas (sábado):**

A somatória das doses aplicadas, **desde o dia 06 até as 12 horas do dia 11 de junho.**

- **Dia 11 de junho as 18 horas (sábado):**

As doses aplicadas, no horário **das 12 às 17 horas do sábado**
(NÃO somar com as doses do período anterior)

- **Dia 13 de junho até as 18 horas (segunda-feira): (Correções)**

Correção de dados referentes ao período do dia 06 até 17 horas do dia 11 de junho.

- **Dia 20 de junho até as 18 horas (segunda-feira):**

As doses aplicadas no **período de 13 a 17 de junho**
(NÃO somar com as doses dos períodos anteriores)

- **Dia 23 de junho até as 18 horas (quinta-feira):**

DADOS FINAIS, NA PLANILHA DO EXCEL, COM TODAS AS CORREÇÕES.

Obs.: Datas e horários a serem cumpridos pela Gerência de Saúde.

Cada gerência definirá com os municípios as datas e horários para melhor atender ao requerido.

2.8. Medidas de prevenção

Em virtude das características de transmissão do poliovírus, silenciosa e rápida, e da ocorrência de um grande número de infecções sem manifestações clínicas, a vigilância deve ser intensificada com a finalidade de detectar a ocorrência de outros casos de PFA (Paralisia Flácida Aguda) e outras medidas de controle que compreendem: mini-inquérito, inquérito de cobertura vacinal, visita às unidades de saúde e contato com profissionais de saúde.

A única medida eficaz para manter erradicada a circulação do poliovírus selvagem nas Américas é a vacinação. Portanto, deverá ser mantida a vacinação de rotina nos serviços de saúde, além das Campanhas Nacionais contra a Paralisia Infantil.

3. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA POLIOMIELITE/PARALISIA FLÁCIDA AGUDA

A meta mundial é a de erradicação da poliomielite. Após a certificação de interrupção da transmissão autóctone do vírus da poliomielite, é necessário continuar a vacinação, fortalecer a vigilância epidemiológica e adotar critérios de suspeição mais sensíveis. Neste sentido, as campanhas de vacinação se mantêm por 11 anos após a certificação no Brasil. Os casos suspeitos são de notificação obrigatória às autoridades de saúde e são definidos como “paralisia flácida aguda em menores de 15 anos de idade, independente da hipótese de diagnóstico e a Paralisia Flácida Aguda que tenha hipótese de poliomielite, independente da faixa etária”.

A avaliação da qualidade da vigilância da poliomielite/paralisia flácida aguda dá-se através de alguns indicadores mais importantes: percentual de unidades com notificação negativa, percentual de casos investigados em 48 horas, percentual de casos com coleta adequada de fezes, taxa de notificação.

Tabela 3 - Indicadores de Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas. Santa Catarina - 2000 - 2004

Indicadores	Meta	2000	2001	2002	2003	2004
		Nº ou % Alcançado	Nº ou % Alcançado	Nº ou % Alcançado	Nº ou % Alcançado	Nº ou % Alcançado
Taxa de not. (por 100.000 hab < 15 anos)	1/100.000	0,9/100.000	1,0/100.000	0,8/100.000	1,1/100.000	0,9/100.000
Notificação Negativa	80,0%	87,0%	92,0%	79,0%	72,0%	94,5%
Investig. em 48 horas	80,0%	93,0%	94,0%	69,0%	99,8%	93,3%
Coleta Oportuna de Fezes	80,0%	67,0%	56,0%	38,0%	48,1%	73,3%

Fonte: GEVIM/DIVE/SES/SC

4. VACINAÇÃO CONTRA POLIOMIELITE EM SANTA CATARINA - ROTINA E CAMPANHA

A vacina oral contra a poliomielite é um produto trivalente, constituído por três tipos de vírus vivos atenuados (poliovírus tipo I, tipo II e tipo III). A vacina proporciona uma imunidade local intestinal que impede a

reinfecção pelo poliovírus. Após o uso da vacina oral, os poliovírus persistem na faringe entre uma e duas semanas e são eliminados através das fezes durante várias semanas.

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda essa vacina em seu calendário de vacinação para as crianças menores de 5 anos através do esquema básico de 3 doses nas crianças menores de 1 ano (aos 2 meses de idade, aos 4 meses e aos 6 meses) e uma dose reforço aos 15 meses. Cada dose compreende a aplicação de duas gotas da vacina. Assim como as demais vacinas que fazem parte do calendário nacional de vacinação, a vacina oral contra a poliomielite está disponível diariamente em todas as salas de vacina das unidades de saúde do estado de Santa Catarina.

O ano de 1980 é o marco inicial das campanhas de vacinação contra a poliomielite no Brasil e este é, portanto, o 26º ano que essa campanha é realizada em Santa Catarina, sistematicamente em duas etapas anuais. Na ocasião são vacinadas todas as crianças menores de 5 anos que, independentemente da situação vacinal, devem receber uma dose da vacina. Essas campanhas visam, sobretudo, estabelecer proteção coletiva nas comunidades mediante a promoção da circulação do vírus vacinal no ambiente. Historicamente, nos últimos 20 anos, as coberturas mínimas desejadas de 95% foram alcançadas.

Considerando a necessidade de impedir a reintrodução e circulação do poliovírus selvagem, é necessário manter coberturas acima de 95% em pelo menos 80% dos municípios do Estado (homogeneidade de coberturas vacinais). Esse indicador começa a ser pactuado na Programação Pactuada Integrada da Vigilância Epidemiológica (PPI-ECD), a partir de 2004. Na série histórica de 1998 a 2004, observa-se que esse indicador foi alcançado nas duas etapas somente nos anos de 2001 e 2003 (embora todos os municípios catarinenses tenham pactuado o alcance de cobertura mínima e recebam mensalmente incentivo financeiro para o desenvolvimento de ações que facilitem o alcance dessa meta).

Tabela 4 - Cobertura vacinal e percentual de municípios com cobertura adequada nas campanhas de vacinação, segundo a etapa. Santa Catarina - 1998 - 2004

Ano	Etapa de Campanha	Cobertura Vacinal (%)	Municípios com cobertura adequada (%)
1998	1ª ETAPA	100,00	76,45
	2ª ETAPA	100,00	67,92
1999	1ª ETAPA	99,53	60,07
	2ª ETAPA	97,86	60,75
2000	1ª ETAPA	98,79	53,24
	2ª ETAPA	98,61	53,24
2001	1ª ETAPA	100,00	82,25
	2ª ETAPA	100,00	80,20
2002	1ª ETAPA	97,58	64,25
	2ª ETAPA	97,82	75,43
2003	1ª ETAPA	100,00	87,71
	2ª ETAPA	100,00	85,32
2004	1ª ETAPA	97,80	77,47
	2ª ETAPA	98,14	77,13

Fonte: GEVIM/DIVE/SES/SC

5. CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE – 2005

5.1. Aspectos operacionais

5.1.1. As campanhas de vacinação caracterizam-se por uma grande **mobilização no Dia Nacional**, que visa atender a maior demanda populacional concentrada em áreas urbanas. Para que seja possível atender também as comunidades das áreas de maior complexidade operacional, tais como a zona rural e locais de difícil acesso, estabelece-se um período para a execução das ações:

INÍCIO: 06 de junho (segunda-feira)

DIA NACIONAL: 11 de junho (sábado)

ENCERRAMENTO: 17 de junho (sexta-feira)

5.1.2. Durante o Dia Nacional, as salas e postos de vacinação deverão atender das 8 às 17 horas sem interrupção. Nos demais dias, conforme o horário de funcionamento das Unidades de Saúde.

5.1.3. A vacina oral contra a poliomielite deve ser administrada **indiscriminadamente em todas as crianças menores de 5 anos de idade, independente do estado vacinal anterior.**

5.1.4. Na ocasião, recomenda-se a análise de todas as cadernetas de vacina, garantindo-lhes atualização das demais vacinas do esquema básico conforme calendário.

OUTRAS VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DISPONÍVEIS NA CAMPANHA

Hepatite B – 03 doses

Menores de 5 anos não vacinadas ou com esquema incompleto.

Idade inicial de vacinação: ao nascer.

Tetraivalente (DTP + Hib) – 03 doses

De 2 até 11 meses, não vacinadas ou com esquema incompleto.

Idade inicial de vacinação: aos 2 meses.

Tríplice Bacteriana (DTP) – dose reforço

1º reforço aos 15 meses.

2º reforço aos 4 anos (esquema de rotina de 4 a 6 anos)

- Se a criança não completou 3 doses da vacina tetraivalente até 11 meses de idade e está na idade entre 12 meses a 4 anos, deverá completar as doses em atraso com a vacina DTP e uma dose da vacina contra haemophilus b.

- Se a criança fez o 1º reforço após o 4º aniversário, está dispensada da 2ª dose reforço da DTP.

Tríplice Viral – 02 doses

1 dose aos 12 meses

1 dose adicional (“reforço”) aos 4 anos (esquema de rotina entre 4 e 6 anos)

- Crianças de 4 anos a 4 anos e 11 meses e 29 dias NÃO vacinadas com a dose adicional na campanha de agosto do ano de 2004 devem receber essa dose adicional nesta campanha.

- Crianças até 3 anos e 11 meses e 29 dias NÃO vacinadas com a dose adicional na campanha de agosto de 2004 receberão essa dose adicional quando completarem 4 anos.

Febre Amarela – 01 dose

Crianças de 9 meses a 4 anos de idade residentes nos municípios de área de transição para a febre amarela.