



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO-GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES - CGPNI  
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040  
Site - saude.gov.br

## NOTA INFORMATIVA Nº 1-/2018-CGPNI/DEVIT/SVS/MS

Campanha de vacinação contra febre amarela.

### I – DO CONTEÚDO:

Devido ao aumento da circulação do vírus da febre amarela silvestre em algumas localidades do país, o Ministério da Saúde decidiu realizar uma campanha de vacinação contra a febre amarela em três estados da federação (São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia) e definiu os critérios para a vacinação com uso de dose padrão e de dose fracionada. A adoção dessa medida tem caráter temporário e será implantada em áreas previamente selecionadas, para evitar a circulação e expansão do vírus da doença.

A estratégia é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em casos de extensão da febre amarela silvestre de forma intensa, aumentando o risco da expansão da doença em cidades com elevado contingente populacional, exigindo a realização de intensificação vacinal em curto prazo de tempo, com ampla divulgação nas localidades selecionadas, em estratégia de campanha, não sendo recomendado o seu uso nas rotinas dos serviços de saúde.

### II – VIGILÂNCIA FEBRE AMARELA:

A febre amarela (FA) é uma doença febril aguda causada por um arbovírus do gênero *Flavivirus*, transmitido ao homem e aos primatas não humanos (PNH) por meio da picada de mosquitos infectados, com relevante impacto em saúde pública na África e nas Américas. No Brasil, são conhecidos dois ciclos de transmissão: o silvestre, em que o vírus circula entre mosquitos silvestres (*Haemagogus spp.* e *Sabethes spp.*) e PNH, e o urbano, no qual o vírus é transmitido pelo *Aedes aegypti* ao homem, que é o hospedeiro principal.

Embora o ciclo urbano de transmissão da doença não seja registrado no Brasil desde 1942, existe a possibilidade de sua reintrodução em ambientes urbanos infestados pelo *Ae. aegypti*, responsável pela transmissão de outras arboviroses (dengue, chikungunya e zika).

Nos surtos de febre amarela silvestre ocorridos nas últimas décadas, observou-se a expansão da circulação viral a partir da área endêmica (região Amazônica) nos sentidos leste e sul do país, detectando-se sua ocorrência em áreas silenciosas há vários anos. Esse caráter dinâmico da epidemiologia da doença tem exigido avaliações periódicas das áreas de risco para melhor direcionar os recursos e aplicar as medidas de prevenção e controle.

Em outubro de 2008, procedeu-se uma nova delimitação dessas áreas, a qual levou em conta vários fatores: evidências da circulação viral, ecossistemas (bacias hidrográficas, vegetação), corredores ecológicos, trânsito de pessoas, tráfico de animais silvestres e critérios de ordem operacional e organização da rede de serviços de saúde que facilitassem procedimentos operacionais e logísticos nos municípios.

Em 2014, o vírus reemergiu no Centro-Oeste brasileiro, e desde então tem produzido surtos

com elevado número de casos e óbitos sobretudo na região Sudeste, acometendo inclusive áreas sem registro de circulação do vírus há décadas e, portanto, sem recomendação da vacina febre amarela, como os estados do Espírito Santo e do Rio de Janeiro.

A manutenção da transmissão durante o inverno e a avaliação de risco no entorno das áreas próximas àquelas com evidência de circulação viral permitiram antecipar medidas de prevenção e controle para o monitoramento 2017/2018, sobretudo em áreas densamente povoadas, onde a estratégia de fracionamento da vacina será adotada no sentido de antecipar e prevenir o risco de ocorrência de casos e surtos nessas localidades.

Nos municípios-alvo da campanha de vacinação, os serviços de saúde devem intensificar a vigilância de casos humanos e de epizootias em PNH, no sentido de monitorar a situação epidemiológica da FA e subsidiar a avaliação/classificação de eventuais casos suspeitos, uma vez que um contexto favorável à transmissão sobreposto a áreas-alvo de vacinação impõe dificuldades adicionais à avaliação epidemiológica. Nesse sentido, deve-se atentar para a possibilidade de eventos adversos pós-vacinação (EAPV) graves, cuja clínica pode ser semelhante àquela produzida pela infecção pelo vírus selvagem.

Nesse cenário de utilização de vacina em larga escala, as sorologias tendem a contribuir menos na elucidação dos casos, uma vez que a maior parte dos indivíduos terá sido exposta à vacina, de modo que naturalmente se espera a detecção de anticorpos nos exames sorológicos, embora seu significado epidemiológico nessas condições seja irrelevante. Assim, conhecer o histórico vacinal dos casos suspeitos é fundamental, assim como o histórico de deslocamentos e de atividades. Adicionalmente, recomenda-se que seja priorizada a coleta de amostras de fase aguda na investigação dos casos suspeitos, sobretudo para os casos com exposição tanto à vacina quanto a uma situação de risco de infecção, a fim de possibilitar o uso de provas diretas de diagnóstico (biologia molecular + sequenciamento; isolamento viral) que permitam tipificar o vírus causador da infecção (vacinal vs. selvagem).

Cabe ressaltar que o diagnóstico da FA é clínico, epidemiológico e laboratorial. Assim, casos cujos resultados laboratoriais sugerem infecção pelo vírus amarelo (i) desacompanhados de aspectos clínicos e epidemiológicos compatíveis com a doença ou (ii) com potencial exposição tanto ao vírus selvagem quanto ao vírus vacinal devem ter a investigação aprofundada, no sentido de esclarecer os achados e classificar os casos com segurança, uma vez que a confirmação de eventos para FA traz diversas implicações relacionadas às ações de prevenção e controle.

### **III - OBJETIVOS:**

Para viabilizar as ações relacionadas à campanha de vacinação, foi elaborado Plano Estratégico de vacinação contra febre amarela, que tem os seguintes objetivos.

#### **3.1. Objetivo geral:**

Proteger o maior número de pessoas contra a febre amarela para evitar a circulação e expansão do vírus da doença especialmente nas localidades previamente definidas pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.

#### **3.2. Objetivos específicos:**

- Alcançar coberturas vacinais adequadas (95% da população elegível) em todos os municípios-alvo;
- Orientar os serviços de saúde para a vacinação com o uso de dose padrão e dose fracionada, com a organização dos processos de trabalho das equipes buscando manter os atendimentos de rotina e as ações preconizadas pela campanha.
- Otimizar o uso da vacina febre amarela durante ação de intensificação vacinal, de forma seletiva, a vacinar somente os indivíduos que não possuem antecedente vacinal de dose anterior.
- Adotar estratégias de comunicação social para fomentar a adesão da população selecionada.

## IV - ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO:

A estratégia de vacinação contempla dois grupos: um que receberá a dose padrão (0,5 mL) e outro que receberá a dose fracionada (0,1 mL).

### 4.1. Recomendação da realização da campanha de vacinação utilizando a dose fracionada e a dose padrão:

Esta campanha será realizada em localidades que tenham elevado contingente populacional, exigindo a vacinação dessa população em curto prazo de tempo, por apresentarem as seguintes situações:

- **Evidência de circulação do vírus da febre amarela (caso humano, epizootia em primatas não humanos ou vetores infectados);**
- **Risco elevado de transmissão da febre amarela.**

### 4.2 Localidades onde será realizada a campanha de vacinação utilizando a dose padrão e a fracionada:

Esta Campanha será realizada em determinados municípios dos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia, conforme pactuação com as equipes responsáveis pelas vigilâncias epidemiológicas locais e avaliação de risco realizada conjuntamente com o Ministério da Saúde (listagem dos municípios verificar no Plano Estratégico de Vacinação contra a febre amarela).

### 4.3. Período previsto para realização da Campanha:

- São Paulo: 03 a 24 de fevereiro (dia D – dias 3/02 e 24/02)
- Bahia e Rio de Janeiro: 19 de fevereiro a 09 de março (dia D – 24/02).

## V- META:

A meta é alcançar cobertura vacinal de pelo menos **95% da população elegível.**

## VI - PÚBLICO ALVO:

### 6.1. Indicação da população que irá receber a dose padrão:

- Crianças de 9 meses a menores de 2 anos de idade.
- Gestantes que residem nas áreas do Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia que irão participar da campanha. A vacinação das gestantes deverá ocorrer apenas em locais com evidência de circulação viral, avaliando o risco benefício pelos serviços de saúde.
- Viajante internacional que necessite a emissão do Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP). Deverá ser apresentado no ato da vacinação, comprovante de viagem para o local que exige o CIVP para entrada no país.
- Pessoas que apresentarem as seguintes **condições clínicas especiais** deverão ser avaliadas pelo serviço de saúde para fazer uso da vacina, com a dose padrão:
- Pessoas com exame HIV positivo, assintomáticas e que apresentem o  $LT-CD4 \geq 350$  células/mm<sup>3</sup>. Poderá ser utilizado o último exame de LT-CD4 (independentemente da data), desde que a carga viral atual (menos de seis meses) se mantenha indetectável.
- Pessoas após término de tratamento com quimioterapia (venosa ou oral) e sem previsão de novo ciclo: administrar a vacina após três meses do término da quimioterapia; pessoas que fizeram uso de medicamento anti-célula B e Fludarabina, aguardar seis meses de intervalo;
- Pessoas submetidas à transplante de células tronco hematopoiéticas: administrar a vacina a

partir de 24 meses após o transplante, se não houver doença do enxerto *versus* hospedeiro e/ou recaída da doença de base e/ou uso de imunossupressor;

- Síndrome Mieloproliferativa Crônica: administrar a vacina se padrão laboratorial estável e neutrófilos acima de 1500 céls/mm<sup>3</sup>;
- Síndrome Linfoproliferativa: administrar a vacina três meses após o término da quimioterapia (exceto no caso de uso de medicamento anti-célula B, quando o intervalo dever ser de seis meses);
- Doenças hematológicas:
  - Hemofilia e doenças hemorrágicas hereditárias: administrar a vacina conforme orientação do Calendário Nacional de Vacinação. Recomenda-se o uso de gelo antes e depois da aplicação da vacina;
  - Doença Falciforme: sem uso de hidroxiureia: administrar a vacina conforme o Calendário Nacional de Vacinação; em uso de hidroxiureia: administrar a vacina somente se contagem de neutrófilos acima de 1500 céls/mm<sup>3</sup>.

## **6.2. Indicação da população que irá receber a dose fracionada:**

- Pessoas a partir de 02 anos de idade, inclusive idosos e indígenas, desde que não apresentem condições clínicas especiais já listadas no item 6.1.

## **VII – VALIDADE DA DOSE FRACIONADA:**

Estudos realizados por Biomanguinhos//Fiocruz demonstraram a presença de anticorpos protetores durante pelo menos oito anos após o indivíduo ter sido vacinado. Portanto, o grupo vacinado deverá receber uma dose de reforço, 8 (oito) anos após o recebimento da dose fracionada. Essa dose deverá ser agendada na Caderneta de vacinação. Maior detalhamento, consultar o Plano Estratégico de Vacinação contra febre amarela.

## **VIII - INSUMOS:**

O Ministério da Saúde disponibilizará aos estados as doses necessárias da vacina febre amarela.

A aquisição de seringas é de responsabilidade dos estados, entretanto, excepcionalmente, o Ministério da Saúde adquiriu 17.4 milhões de seringas para serem utilizadas na aplicação das doses fracionadas. As demais seringas deverão ser adquiridas pelas Unidades Federadas.

O Ministério da Saúde enviará as etiquetas autoadesivas que devem ser utilizadas para identificação da dose fracionada, devendo ser preenchidas e fixadas na Caderneta de Vacinação.

## **IX – ORIENTAÇÕES PARA PESSOAS DOADORAS DE SANGUE:**

Após a administração da vacina, deve-se levar em consideração o impedimento para a doação de sangue por quatro semanas, conforme legislação vigente e evidência da literatura.

Assim, reforça-se a necessidade de observância aos critérios técnicos para triagem clínica de candidatos à doação de sangue para o vírus da febre amarela.

Recomenda-se que os serviços de hemoterapia organizem campanhas de doação de sangue bem como busquem orientar da forma como compreendem mais eficiente aos doadores para que realizem as doações antes da vacinação, uma vez que a doação de sangue só poderá ser feita após 28 dias do recebimento da vacina.

## X – RECOMENDAÇÕES FINAIS:

Solicita-se que para as localidades envolvidas nesta campanha de vacinação, seja organizado um **planejamento** das ações envolvendo as diferentes áreas e setores dos governos locais para que seja possível alcançar o público-alvo e os objetivos propostos.

Nos locais de maior fluxo populacional e, com o intuito de facilitar o acesso à vacinação, os municípios envolvidos definirão, conjuntamente com a gestão estadual, a melhor estratégia para vacinação, de maneira rápida e oportuna, definindo os postos de vacinação, sejam eles fixos ou volantes, a depender da avaliação sobre a melhor forma de acesso.

Ressalta-se que o **envolvimento das equipes gestoras dos estados e municípios é fundamental** para o sucesso desta campanha, auxiliando na organização da rede, preparação dos profissionais, orientação da população e manejo de casos inesperados.

Da mesma forma, destaca-se que deverá haver a **integração das equipes de atenção e vigilância** nos municípios e estados envolvidos buscando o melhor resultado possível nesta campanha.

As equipes das Secretarias de Vigilância em Saúde e Atenção à Saúde do Ministério da Saúde estarão acompanhando a organização local da campanha e colocam-se a disposição para maiores esclarecimentos e apoio técnico caso seja necessário.

**Adeilson Loureiro Cavalcante**  
Secretário de Vigilância em Saúde

**Francisco de Assis Figueiredo**  
Secretário de Atenção à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Carla Magda Allan Santos Domigues, Coordenador(a)-Geral do Programa Nacional de Imunizações**, em 02/01/2018, às 17:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Gadelha de Abreu, Diretor(a) do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Substituto(a)**, em 04/01/2018, às 16:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Osnei Okumoto, Secretário(a) de Vigilância em Saúde, Substituto(a)**, em 05/01/2018, às 16:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo, Secretário(a) de Atenção à Saúde, Substituto(a)**, em 08/01/2018, às 18:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?)



[acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](#), informando o código verificador **1979829** e o código CRC **3F2EFE4D**.

---

Brasília, 02 de janeiro de 2018.

---

**Referência:** Processo nº 25000.000511/2018-90

SEI nº 1979829