



Secretaria Municipal de Saúde

*Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná*

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA SALA DE IMUNIZAÇÃO

CÉU AZUL - 2022

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 3
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná
Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

SUMÁRIO

CAPITULO I - DAS DISPOSIÇÕES LEGAIS

1.1- Portaria GM/MS Nº 1399/99 (art. 3º).....	06
1.2 - Conduta profissional.....	08

CAPÍTULO II - VACINAÇÃO: CONCEITOS BÁSICOS

2.1 - Objetivo da Vacinação.....	09
2.2 - Calendário Básico de Vacinação do Ministério da Saúde.....	09
2.3 - Vacinação em situações especiais.....	12
2.4 - Agentes imunizantes.....	14

CAPITULO III - VACINAÇÃO: TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS

3.1 – Especificações das Vacinas.....	16
3.1.1 Vacina oral de rotavirus humano – VORH.....	16
3.1.2 Pentavalente - DTP/HB/Hib.....	17
3.1.3 BCG.....	20
3.1.4 Vacina de hepatite B – VHB.....	24
3.1.5 Vacina Oral de Poliomielite (VOP).....	28
3.1.6 Vacina Pneumocócica 10 valente (conjugada).....	29
3.1.7 Vacina meningocócica C (conjugada).....	31
3.1.8 Vacina contra febre amarela (atenuada).....	33
3.1.9 Vacina Tríplice Viral – VTV.....	34
3.1.10 Tetra viral.....	36
3.1.11 Tríplice Bacteriana – DTP.....	39
3.1.12 Vacina Dupla adulto - DT.....	41
3.1.13 Vacina Influenza (sazonal).....	43
3.1.14 Vacina ANTI-RÁBICA (células vero).....	44
3.1.15 Vacina pneumocócica 23-valente.....	50

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 4
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

3.1.16 Vacina contra poliomielite inativada (VIP).....	50
3.1.17 Vacina HPV (quadrivalente).....	54

CAPITULO IV - PROCEDIMENTOS BÁSICOS A VACINAÇÃO

4.1 - Procedimentos básicos de registro e aprazamento.....	59
4.2 - Sala de Aplicação de Injetáveis.....	61
4.3 - Manuseio de frascos Multidoses em vacinação.....	63
4.4 - Técnica de Aspiração de conteúdo em ampolas e frasco-ampola.....	66
4.5 - Administração dos imunobiológicos.....	67
4.6 - Vias de administração de vacinas.....	68
4.7 - Aplicação simultânea de vacinas.....	77
4.8 - Vacinação dos Trabalhadores.....	79

CAPITULO V – PROCEDIMENTOS/SITUAÇÕES ESPECIFICAS AS ROTINAS DE VACINAÇÃO

5.1 - Contra - indicações gerais dos imunobiologicos.....	81
5.2 - Adiamento de vacinação.....	81
5.3 - Falsas contra-indicações a vacinação.....	82
5.4 - Eventos adversos pós-vacinação.....	83
5.5 - Investigação/notificação dos eventos adversos pós-vacinais.....	84
5.6 - Descrição e conduta frente a alguns eventos adversos comuns a vários imunobiológicos.....	84
5.7 - Imunobiologicos sob suspeita.....	90
5.8 - Inutilizarão dos imunobiológicos sob suspeita.....	92

CAPITULO VI - REDE DE FRIO

6.1 - Controle de qualidade.....	93
6.2 – Conservação.....	93
6.3 - Armazenamento para a falta de energia ou quebra de geladeira.....	94
6.4 - Leitura diária de temperatura e anotação em mapa específico.....	96
6.5 - Transporte de imunobiologicos pelos motoristas.....	97

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 5
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

CAPITULO VII - PROCEDIMENTOS DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA EM SALA DE VACINAÇÃO

7.1 - Limpeza da geladeira de armazenamento de vacinas.....	99
7.2 – Limpeza/lavagem da caixa Térmica.....	100
7.3- Lavagem/ desinfecção do gelo reciclável.....	101
7.4 - Limpeza do Mobiliário, paredes, Bancadas e Equipamento.....	101
7.5 - Desinfecção e Troca de almotolias.....	102
7.6 - Limpeza do Aparelho de Ar Condicionado.....	102
7.7 - Montagem do Coletor rígido para descarte de material perfurocortante	103

CAPITULO VIII - MANUTENÇÃO PREVENTIVA DOS EQUIPAMENTOS..... 103

CAPITULO IX – BIOSSEGURANÇA EM SALA DE VACINAS:

9.1 - Boas práticas em serviços de saúde.....	105
9.2 - Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).....	106
9.3 – Apresentação pessoal.....	107
9.4 - Lavagem de mãos.....	107
9.5 - Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico.....	110

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 6
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

CAPITULO I - DAS DISPOSIÇÕES LEGAIS

1.1 - Portaria GM/MS Nº 1399/99 (art. 3º):

Em relação à **guarda dos imunobiológicos** repassados ao município pela união, compete aos municípios:

- I. Realizar a coordenação do componente municipal do PNI;
- II. Planejar, acompanhar as ações de imunização, de forma complementar aos níveis federal e estadual, para sua área de jurisdição;
- III. Participar no financiamento das ações de imunização, em sua área de jurisdição;
- IV. Coordenar e executar, em sua área de jurisdição, as ações de imunizações integrantes do PNI, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais, tais como campanhas e vacinações de bloqueio, além da notificação e investigação de eventos adversos temporalmente associados à vacinação;
- V. Orientar o pessoal técnico quanto aos procedimentos relacionados ao planejamento, armazenagem, acondicionamento, conservação, distribuição e aplicação dos imunobiológicos, conforme orientações do Estado de jurisdição;
- VI. Manter e capacitar recursos humanos necessários à execução das ações de armazenagem, acondicionamento, manipulação, transporte e aplicação dos imunobiológicos.
- VII. Receber, do Estado de sua jurisdição, os imunobiológicos, conferir a temperatura, armazenar, conservar em equipamentos de refrigeração exclusivos

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 7
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

para esta finalidade e transportá-los sob condições técnicas adequadas, conforme orientações do Estado de jurisdição;

- VIII. Zelar pela segurança dos imunobiológicos sob sua responsabilidade e garantir a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de refrigeração que os acondicionam.
- IX. Aplicar os imunobiológicos, exclusivamente, em ações e serviços de saúde pública, de acordo com as orientações técnicas do Estado de jurisdição;
- X. Supervisionar e acompanhar as ações de imunizações em salas de vacina sob sua responsabilidade.
- XI. Coletar, consolidar e analisar os dados provenientes das unidades de saúde locais;
- XII. Alimentar, mensalmente, os Sistemas de Informações do PNI, conforme orientações do Estado de jurisdição;.
- XIII. Retroalimentar e divulgar as informações referentes ao PNI às unidades de saúde de sua área de jurisdição.
- XIV. Controlar o estoque dos imunobiológicos e informar, periodicamente, nos prazos definidos pelo Estado de sua jurisdição, o recebimento, a distribuição, o consumo e eventuais perdas e saldos, para fins de reposição.
- XV. Coordenar e executar as atividades de comunicação e educação na área de imunização, de abrangência municipal; e
- XVI. Apresentar, ao Estado de jurisdição, sempre que solicitado, relatórios técnicos detalhados das atividades, objetos desta Instrução Normativa.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 8
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

*Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná*

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

1.2 - Conduta profissional:

- Tratar o paciente com delicadeza e atenção;
- Mostrar segurança em suas ações;
- Ter boa apresentação pessoal;
- Mostrar interesse pelo bem estar do paciente;
- Ser confiável;
- Verificar sempre se a vacina a ser aplicada condiz com a idade ou calendário de vacinação;
- Ser bem humorado;
- Ter ética profissional;
- Fazer a aplicação com capricho e atenção.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 9
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná
Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

CAPÍTULO II - VACINAÇÃO: CONCEITOS BÁSICOS

2.1 - Objetivo da Vacinação:

Mesmo tendo sofrido muitas dificuldades ao longo de sua história, a vacinação, certamente vem ocupando um lugar de destaque incontestável entre os instrumentos de saúde pública colocados à disposição da população, sendo considerada, por muitos, responsável por salvar inúmeras vidas e evitar a propagação de uma série de doenças que, em sua ausência, teriam dizimado populações.

As vacinas são atualmente o meio mais eficaz e seguro de proteção contra inúmeras doenças. Mesmo quando a imunidade não é total, a pessoa que está vacinada tem maior capacidade de resistência na eventualidade da doença surgir.

Além da proteção pessoal, a vacinação traz também benefícios para toda a comunidade, pois quando a maior parte de uma população está vacinada interrompe-se a cadeia de transmissão de doenças, por esse motivo é sem dúvida uma das ações básicas em saúde mais importante para melhoria da saúde pública, pois com exceção do Saneamento Básico, nenhum outro avanço, apresentou o mesmo impacto na redução da mortalidade e no crescimento da população mundial.

2.2 - Calendário Básico de Vacinação do Ministério da Saúde

O calendário básico de vacinação do Ministério da saúde é definido através da portaria MS / GM 3318 de 28 de outubro de 2010, no entanto a partir do ano de 2012 o calendário de vacinação infantil sofreu nova alteração com a introdução das vacinas VIP, Pentavalente e Tetraviral.

Abaixo está exposto como ele fica após a introdução das novas vacinas:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 10
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

A - Calendário Básico De Vacinação Da Criança

IDADE	VACINA	DOSE
AO NASCER	BCG	1ª DOSE
	HEPATITE B	
2 MESES	PENTAVALENTE (DTP/HIB/HEPB)	1ª DOSE
	ORAL DE ROTAVIRUS HUMANO	
	INATIVADA CONTRA POLIO – VIP	
	PNEUMOCOCICA 10V	
3 MESES	MENINGOCOCICA C	1ª DOSE
4 MESES	PENTAVALENTE (DTP/HIB/HEPB)	2ª DOSE
	ORAL DE ROTAVIRUS HUMANO	
	INATIVADA CONTRA POLIO – VIP	
	PNEUMOCOCICA 10V	
5 MESES	MENINGOCOCICA C	2ª DOSE
6 MESES	PENTAVALENTE (DTP/HIB/HEPB)	3ª DOSE
	INATIVADA CONTRA POLIO – VIP	
9 MESES	VACINA CONTRA FEBRE AMARELA	DU
12 MESES	TRIPLICE VIRAL – VTV	1ª DOSE
	PNEUMOCOCICA 10V	1º REFORÇO
	MENINGOCOCICA C	1º REFORÇO
15 MESES	HEPATITE A	DU
	TETRA VIRAL	DU
	TRIPLICE BACTERIANA- DTP	1ª REFORÇO
	ORAL CONTRA POLIO	1º REFORÇO
4 ANOS	TRIPLICE BACTERIANA- DTP VOP VARICELA FA	2º REFORÇO

*Esquema adotado no Estado do Paraná.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 11
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cêu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

B - Calendário De Vacinação Do Adolescente

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
09 a 19 anos	Vacina Hepatite B (recombinante)	1ª dose	Hepatite B
	Vacina Hepatite B (recombinante)	2ª dose	Hepatite B
	Vacina Hepatite B (recombinante)	3ª dose	Hepatite B
	Dupla tipo adulto (dT): vacina adsorvida difteria e tétano -	Uma dose a cada dez anos	Difteria e tétano
	Febre Amarela	Uma dose (DU)	Febre amarela
	HPV	2ª dose	Previne Câncer e Verruga Genital por <i>Papilovírus Humano</i>
	Meningocócica ACWY	1ª dose	Meningite do sorogrupo A, C W e Y
	Tríplice viral (SCR): sarampo, caxumba e rubéola	Duas doses	Sarampo, caxumba e rubéola

C - Calendário de Vacinação do Adulto e do Idoso

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
20 a 59 anos	vacina Hepatite B (recombinante) (Grupos vulneráveis)	Três doses	Hepatite B
	Dupla tipo adulto (dT) vacina adsorvida difteria e tétano adulto	Uma dose a cada dez anos	Difteria e tétano
	Febre Amarela (atenuada)	Uma dose	Febre amarela
	Tríplice viral (SCR)	Duas doses 20 a 29 anos e Uma dose 30 a 49 anos	Sarampo, caxumba e rubéola
60 anos e mais	Vacina Hepatite B (recombinante) (Grupos vulneráveis)	Três doses	Hepatite B
	Febre Amarela vacina febre amarela (atenuada)	Com autorização médica	Febre amarela

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 12
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

	vacina influenza Sazonal (fracionada, inativada)	Dose anual	Influenza sazonal ou gripe
	Pneumocócica 23-valente	Dose única	Infecções causadas pelo Pneumococo

2.3 - Vacinação em situações especiais

A - Surtos ou epidemias: Na vigência de surto ou epidemia podem ser desencadeadas medidas de vacinação da população alvo. A indicação e as determinações técnicas destas medidas seguem o que for determinado pelos órgãos de vigilância epidemiológica de forma conjunta pelo Município, Estado e Ministério da saúde.

B - Imunobiológicos Especiais: São imunobiológicos de moderna tecnologia e alto custo, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, em centros especializados (CRIE - Centro de Imunobiológicos Especiais), para usuários portadores de quadros clínicos especiais, a indicação sempre deve estar de acordo com o normatizado por protocolo do ministério da saúde e o formulário de solicitação deve ser preenchido pela Vigilância Epidemiológica.

Como proceder para obter os imunobiológicos do CRIE

1. Ser atendido por médico, na rede pública de atendimento à saúde ou na rede particular de atendimento (consultório particular, clínicas particulares ou hospitais particulares).
2. O médico responsável pela assistência ao paciente deverá solicitar a vacina indicada e elaborar um pequeno relatório, contendo o diagnóstico da doença (CID), e breve histórico da patologia, no seu próprio receituário médico.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 13
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

3. Com o relatório em mãos, assim como exames como os de laboratório, raios X e outros, dirija-se a unidade do município (setor de vigilância epidemiológica) para solicitação das vacinas conforme as indicações do Manual dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais — CRIE.

As indicações e especificações básicas para cada imunobiológico disponibilizado pelo CRIE encontram - se no anexo I deste manual.

C - Campanha de vacinação: Segundo Brasil, (2008) a vacinação em massa, nas campanhas, tem-se constituído em importante ação para o controle, eliminação ou erradicação de doenças preveníveis pela vacinação.

Objetivos de uma campanha de vacinação:

- Interromper a transmissão endêmica do vírus/bactéria causador da doença mediante a realização de uma campanha nacional de vacinação dos grupos identificados com maior nível de susceptibilidade
- Atingir os grupos de suscetíveis, para que se consolide a estratégia de eliminação dessa doença no País.
- Alcançar a meta de eliminação ou manter erradicadas algumas doenças no País.

D - Doses perdidas de vacina: Caso tenha sido ultrapassado o prazo de aplicação de uma vacina não há necessidade de recomençar a série inteira da imunização, a dose esquecida/ subsequente deverá ser feita na primeira oportunidade.

E - Estado vacinal desconhecido ou incerto: As pessoas com incerteza de seu estado de imunização devem ser consideradas como suscetíveis à doença em pauta e imunização apropriada deverá ser administrada.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 14
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

F - Vacinação em crianças com história ou diagnóstico de doenças

imunopreveníveis:

- Sarampo/Rubéola: vacinação contra a rubéola e sarampo em crianças que tiveram previamente a doença não aumenta os efeitos adversos, pelo contrário, os anticorpos induzidos pela doença podem diminuir reações adversas.
- Poliomielite: Produz imunidade permanente apenas para o tipo específico de poliovírus que a causou, e a criança poderá ter novamente a doença, ocasionada por um dos outros dois tipos de poliovírus.
- Difteria e Tétano: a quantidade de toxina que produz o quadro tóxico da difteria ou do tétano é insuficiente para induzir a imunidade, sendo necessário que o paciente receba os toxóides tetânico e diftérico após a alta hospitalar, ou ainda durante o período de convalescença.
- Coqueluche: salvo exceções, não há como ter certeza de que houve realmente a infecção pregressa pela *B. pertussis*, já que outros bioagentes patogênicos podem causar quadros ditos “coqueluchóides”, menos graves. A vacinação protege contra a infecção por *B. pertussis*, mais grave e de maior risco.

2.4- Agentes imunizantes

2.4.1 - Natureza: A vacina é o imunobiológico que contém um ou mais agentes imunizantes (vacina isolada ou combinada) sob diversas formas: bactérias ou vírus vivos atenuados, vírus inativados, bactérias mortas e componentes de agentes infecciosos purificados e/ou modificados quimicamente ou geneticamente.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 15
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

2.4.2 - Composição: O produto em que a vacina é apresentada contém, além do agente imunizante, os componentes a seguir especificados:

1) líquido de suspensão: constituído geralmente por água destilada ou solução salina fisiológica, podendo conter proteínas e outros componentes originários dos meios de cultura ou das células utilizadas no processo de produção das vacinas;

2) conservantes, estabilizadores e antibióticos: pequenas quantidades de substâncias antibióticas ou germicidas são incluídas na composição de vacinas para evitar o crescimento de contaminantes (bactérias e fungos). Estabilizadores (nutrientes) são adicionados a vacinas constituídas por agentes infecciosos vivos atenuados. São exemplos o fenol, o timerosal, a neomicina e outros antibióticos, sorbitol e a gelatina hidrolizada.

3) adjuvantes: compostos contendo alumínio, são comumente utilizados para aumentar o poder imunogênico de algumas vacinas, amplificando o estímulo provocado por esses agentes imunizantes.

Reações alérgicas podem ocorrer se a pessoa vacinada for sensível a algum desses componentes.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 16
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cêu Azul - Estado do Paraná
Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail: sec.saude@netceu.com.br

CAPITULO III - VACINAÇÃO: TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS

3.1 – Especificações das Vacinas:

3.1.1- Vacina Oral Rotavirus Humano (VORH):

Composição: vacina de vírus vivo atenuado.

Liófilo: Vírus atenuado (sorotipo G1P8) Cepa RIX 4414, Meio Eagle modificado (DMEM).

Sacarose; Dextrana; Sorbitol; Aminoácido; Carbonato Cálcio; Goma de xantana.

Aplicador com diluente: Carbonato de cálcio, Goma de xantana, água para injeção

Proteção: contra gastroenterite aguda (diarréia e vômitos) causada por rotavirus.

Via de administração: via oral exclusivamente.

Dose: dose única seringada com 1,5 ml cada dose.

Esquema vacinal: 1ª dose aos 2 meses

2ª dose aos 4 meses

Dose	D1		D2	
Limite	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Meses	1 mês e 15dias	3 meses e 15 dias	3 meses e 15 dias	7 meses e 29 dias

Fonte: Brasil, nota técnica 193/2012.

Intervalo entre as doses: o intervalo ideal é o de 60 dias entre as doses, o mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 30 dias.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 17
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Reforço: não há dose de reforço.

Situações Especiais:

1. Nenhuma criança poderá receber a segunda dose sem ter recebido a primeira.
 2. Após a aplicação de qualquer dose da vacina VORH, se ocorrer imediatamente após a vacinação regurgitação ou a criança cuspir ou vomitar não repetir a dose.
 3. 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 o tipo de dose administrada.

3.1.2- Pentavalente DTP/HB/Hib:

Composição: toxóide diftérico purificado: 10Lf; toxóide tetânico purificado: 10Lf, Suspensão de células inteiras de *Bordetella pertussis* inativada: 160U, Polissacarídeo capsular de Hib: 10ug - Conjugado com TT (carreador protéico): 20 a 40ug Hidróxido de alumínio (adjuvante): <1,25mg, e Timerosal como preservativo.

Proteção: contra difteria, tétano, *pertussis* (coqueluche) e infecções pelo *Haemophilus influenzae B* (otites, meningite, pneumonia, etc.) e hepatite B.

Via de administração: intramuscular profundo (FALC)

Dose: 0,5 ml

Esquema vacinal: 2, 4 e 6 meses de idade.

Intervalo entre as doses: de 60 dias e, mínimo de 30 dias.

Reforços: com a vacina DTP as 15 meses e 4 anos de idade (ver item DTP).

Idade mínima: 2 meses

Idade máxima: administrar esta vacina até os 6 anos 11 meses e 29 dias.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 18
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

*Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná*

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Situações especiais:

Diante de um caso suspeito de difteria, avaliar a situação vacinal dos comunicantes.

1. Para os não vacinados menores de 1 ano iniciar esquema com a pentavalente;
2. Não vacinados na faixa etária entre 1 a 6 anos, iniciar esquema com uma dose de pentavalente e seguir esquema com DTP.
3. Para os comunicantes menores de 1 ano com vacinação incompleta, deve-se completar o esquema com pentavalente;
4. Crianças na faixa etária de 1 a 6 anos com vacinação incompleta, completar esquema com DTP.
5. Crianças comunicantes que tomaram a última dose há mais de cinco anos e que tenham 7 anos ou mais devem antecipar o reforço com dT.

1) Calendário de esquemas de vacinação especial de acordo com a situação vacinal da criança:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 19
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Situações	Vacina Penta	Observação	Atenção
Criança menor de 1 mês de vida não vacinada com HB na maternidade (ao nascer)	Administrar a D1 da HB monovalente somente até um mês de vida. Agendar a D1 da vacina Penta aos dois meses de vida e seguir o esquema vacinal da Penta	Nenhuma outra dose da vacina HB monovalente deverá ser aplicada e ou registrada no campo específico desta vacina	A criança ao completar o esquema vacinal com a vacina Penta terá recebido quatro doses da vacina HB, sendo uma com a vacina monovalente HB e outras três com a vacina penta
Criança que no momento da vacinação está com dois meses de idade e que já recebeu D1 da vacina HB (monovalente)	Criança inicia o esquema com a vacina Penta (D1) e agenda as próximas doses (D2 e D3) seguindo o intervalo preconizado entre as doses. Registrar a dose aplicada na caixa específica da vacina penta conforme faixa etária e tipo de dose	Nenhuma outra dose da vacina HB monovalente deverá ser aplicada e ou registrada no campo específico desta vacina	A criança ao completar o esquema vacinal com a vacina Penta terá recebido quatro doses da vacina HB, sendo uma com a vacina monovalente HB e outras três com a vacina penta
Criança com 2 meses a menor de 1 ano de vida sem nenhuma dose da vacina Tetra ou HB	Criança iniciará esquema vacinal com a vacina Penta (D1) e agendar as próximas doses (D2, D3). Registrar a dose aplicada na caixa específica da vacina Penta.	Não será necessária a dose da vacina monovalente HB.	A criança receberá três doses da vacina HB através da vacina Penta.
Criança menor de 1 ano com duas ou três doses da vacina HB monovalente e sem nenhuma dose da vacina Tetra e ou DTP	Criança menor de 1 ano inicia o esquema vacinal com a vacina Penta (D1) e agenda as próximas doses seguindo esquema preconizado (D2, D3). Estas doses deverão ser registradas na caixa específica da vacina Penta.	O esquema da vacina HB será completado (no caso de duas doses anteriores) com a vacina Penta. No caso de três doses anteriores, receberá mais duas doses	Ao término do esquema vacinal a criança terá recebido cinco doses ou seis doses da vacina HB (duas ou três doses com a vacina monovalente e três doses com a vacina Penta).

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 20
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

		através da Penta	
Criança menor de 1 ano com D1 e ou D2 da HB monovalente e com a D1 da vacina Tetra	Criança continuará o esquema vacinal com mais duas doses da vacina Penta (D2, D3) que deverão ser registradas na caixa específica da vacina Penta, conforme o tipo de dose.	O esquema da vacina HB e vacina DTP/Hib (tetra) serão completados com a vacina Penta.	A criança ao terminar o esquema vacinal terá recebido quatro ou cinco doses do componente da vacina HB e três doses dos componentes DTP e Hib. Foram completados com a vacina Penta
Criança menor de 1 ano com doses de hepatite B monovalente e D1 e D2 da vacina Tetra	Criança receberá mais uma dose da vacina Penta (D3) que deverá ser registrada na grade e campo da vacina Penta.	O esquema da vacina HB e vacina DTP/Hib serão completados com a vacina Penta.	A criança complementar seu esquema vacinal com a vacina Penta e o registro obrigatoriamente deverá ser na grade e campos da vacina Penta.
Criança menor de 1 ano sem nenhuma dose da vacina HB monovalente e com três doses da vacina Tetra	Criança não fará uso da vacina Penta. O esquema da vacina HB deverá ser realizado com a HB monovalente e registrado na caixa específica da vacina HB monovalente.	Criança não receberá a vacina Penta	
Criança com idade maior ou igual a 1 ano de idade sem o esquema da DTP/Hib (tetra) ou sem o esquema da HB	Criança iniciará o esquema vacinal com a vacina Penta (D1) contemplando a HB, DTP e Hib. As doses subsequentes (D2 e D3) serão feitas com as vacinas HB monovalente e DTP. O registro de cada dose aplicada deverá ser feito em caixa específica da vacina utilizada e tipo de dose.	A criança fará uso somente de uma dose da vacina Penta, completando os esquemas vacinais com as vacina HB monovalente e DTP.	

3.1.3 - BCG:

Composição: bacilo de *Calmette & Guérin* (BCG) liofilizado, obtido por atenuação do *Mycobacterium bovis*.

Proteção: contra as formas graves de tuberculose (miliar e meníngea).

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 21
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Via de administração: intradérmica no braço direito, na altura da inserção inferior do músculo deltóide.

Dose: 0,1 ml ou 0,05ml dependendo do Laboratório.

Esquema vacinal: 01 dose em:

- ⇒ Recém-nascidos, desde que tenham peso igual ou superior a 2 kg e sem intercorrências clínicas;
- ⇒ Recém-nascidos de mães com AIDS (assintomáticos e/ou sem imunodepressão);
- ⇒ Prematuros com menos de 36 semanas administrar a vacina após completar 1 (um) mês de vida e atingir 2 Kg.
- ⇒ Crianças com menos de 5 anos de idade que nunca tiverem sido vacinadas.

Intervalo entre as doses: 06 meses.

Duração do frasco após aberto: Após a reconstituição, a vacina deve ser utilizada no prazo máximo de seis horas (ou conforme indicação do fabricante).

Idade mínima: ao nascer ou peso superior a 2 kg ou prematuros após um mês de vida.

Idade máxima: crianças menores de cinco anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias) sem cicatriz vacinal.

Situações especiais:

Revacinação: deverá ser realizada em lactentes que foram vacinados com BCG ao nascer e não apresentem cicatriz após 6 meses (revacinar apenas uma vez, mesmo que não apresente cicatriz novamente).

Indica-se a revacinação, sem necessidade de realização prévia do teste tuberculínico (PPD).

Vacinação dos contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 22
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Avaliação da cicatriz vacinal	Conduta
Sem cicatriz	Administrar uma dose
Com uma cicatriz de BCG	Administrar uma dose
Com duas cicatrizes de BCG	Não administrar nenhuma dose

Fonte: Caderno da Atenção Básica nº 21/2008 apud Brasil, 2010¹.

Notas:

A) Contatos intradomiciliares de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG;

B) Contatos intradomiciliares de hanseníase com mais de 1 ano de idade, já vacinados com a primeira dose, devem seguir as instruções do quadro acima;

C) Na incerteza de cicatriz vacinal ao exame dos contatos intradomiciliares, recomenda-se aplicar uma dose, independentemente da idade. (BRASIL, 2010¹)

Contra-indicações absolutas:

⇒ Para criança HIV positiva a vacina deve ser administrada ao nascimento ou o mais precocemente possível.

⇒ HIV positivos: adultos (independentemente dos sintomas) e crianças sintomáticas (para as crianças que chegam aos serviços ainda não vacinadas, a vacina está contra-indicada na existência de sinais e sintomas de imunodeficiência e não se indica a revacinação de rotina).

Evolução da lesão vacinal da BCG: A vacina BCG não provoca reações gerais, tais como febre ou mal-estar. Normalmente, nos menores de um ano, a reação local da vacina é de evolução lenta e benigna, variando de indivíduo para indivíduo de 6 a 12 semanas. Conforme Brasil, (2010), desde que a injeção intradérmica seja corretamente aplicada, a lesão vacinal evolui da seguinte forma:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 23
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

- 2ª semana: palpa-se uma zona endurecida cujas dimensões variam de 3 a 9 mm;
- 5ª - 6ª semana: o centro dessa lesão amolece, formando uma crosta;
- 7ª semana: queda da crosta, deixando em seu local uma úlcera de cerca de 2 a 6 mm de diâmetro;
- 8ª - 13ª semana: desaparecimento lento da úlcera, deixando como resultado uma cicatriz plana, com diâmetro de 3 a 7 mm.
 - Em alguns casos, essa cicatrização é mais demorada, podendo prolongar-se até o quarto mês e, raramente, além do sexto mês.
 - Não se deve colocar qualquer medicamento nem cobrir a úlcera resultante da lesão de evolução normal, apenas mantê-la limpa, usando água e sabão.
 - O enfartamento ganglionar axilar, não supurado, pode ocorrer durante a evolução normal da lesão vacinal, desaparecendo espontaneamente, sem necessidade de tratamento medicamentoso e/ou cirúrgico (drenagem), sendo necessário nesses casos acompanhamento da criança pela unidade de saúde.



Fonte: ProP Maria Isabel de Moraes Pinto

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 24
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cêu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

3.1.4 - Vacina Hepatite B - VHB:

Composição: antígeno recombinante de superfície (rHBsAg)

Hidróxido de alumínio como adjuvante.

Timerosal como conservante.

Há dois tipos de vacina contra hepatite B: a de primeira geração contém partículas virais obtidas do plasma de doadores do vírus, inativadas pelo formol (VHB importada); a de segunda geração é preparada por método de engenharia genética e obtida por tecnologia de recombinação do DNA (ácido desoxirribonucleico).

Proteção: contra infecção pelo vírus da hepatite B.

Via de administração: intramuscular exclusivamente (deltóide exclusivamente em adultos e FALC em crianças (em crianças com mais de dois anos de idade, pode ser aplicada na região deltóide).

Esquema vacinal e dose:

Idade/situação	Esquema vacinal	Volume da dose
Menores de um ano	Dose única ao nascer ou em até 30 dias e sequência o esquema com a vacina pentavalente.	0,5 ml
De 1 ano a mais	0,1 e 6 meses	0,5 para menores de 19 anos 1,0 ml para maiores de 19 anos
Situações especiais	0,1,2,6 meses	1,0 ou 2,0 ml conforme indicação médica
Comunicantes domiciliares e sexuais de Hepatite B	0-1-6 meses	A dosagem é a de rotina, conforme a idade e laboratório produtor

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 25
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Intervalo mínimo entre as doses: 1 mês da 1ª para a 2ª;

2 meses entre a 2ª e a 3ª;

4 meses entre a 1ª e a 3ª.

Obs: em esquemas com atraso da segunda dose, faz-se a 2ª dose e a 3ª em 60 dias para crianças, e com 30 dias para adultos.

Idade Mínima: ao nascer ou na primeira visita ao serviço de saúde, (primeiras 12 horas de vida ou até 30 dias após o nascimento).

Idade máxima: Em qualquer idade.

Observações:

1. Na prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos (RN) de mães portadoras da hepatite B administrar a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG), disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, nas primeiras 12 horas ou no máximo até sete dias após o nascimento. A vacina e a HBIG devem ser administradas em locais anatômicos diferentes para uma não anular o efeito da outra.
2. A amamentação não traz riscos adicionais ao RN que tenha recebido a primeira dose da vacina e a imunoglobulina.

Validade do frasco: Depois de aberto o frasco-ampola de múltiplas doses poderá ser utilizado de 30 dias/15 dias dependendo do laboratório, desde que tenha sido manipulado com técnicas corretas de assepsia e garantido a conservação em temperatura adequada.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 26
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Situações especiais: nessas situações a vacina contra a hepatite B está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), conforme Manual do CRIE, para os seguintes casos:

- *Vítimas de abuso sexual;*
- *Vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção por VHB;*
- *Comunicantes sexuais de portadores de HBV;*
- *Profissionais de saúde;*
- *Hepatopatias crônicas e portadores de hepatite C;*
- *Doadores de sangue;*
- *Transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea;*
- *Doadores de órgãos sólidos ou de medula óssea;*
- *Potenciais receptores de múltiplas transfusões de sangue ou politransfundidos;*
- *Nefropatias crônicas/dialisados/síndrome nefrótica;*
- *Convívio domiciliar contínuo com pessoas portadoras de HBV;*
- *Asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas;*
- *Fibrose cística (mucoviscidose);*
- *Doença de depósito;*
- *Imunodeprimidos;*
- *Populações indígenas;*
- *Usuários de drogas injetáveis e inaláveis;*
- *Pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos, Instituições de menores, forças armadas, etc);*
- *Carcereiros de delegacias e penitenciárias;*
- *Homens que fazem sexo com homens;*
- *Profissionais do sexo;*
- *Profissionais de saúde;*
- *Coletadores de lixo hospitalar e domiciliar;*
- *Bombeiros, policiais militares, policiais civis e policiais rodoviários;*
- *Profissionais envolvidos em atividade de resgate.*

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 27
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná
Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Conduta para Exposição acidental – Acidente com Material Biológico:

Situações vacinal e sorológica do profissional de saúde exposto	Paciente-fonte		
	HBsAg positivo	HBsAg negativo	HBsAg desconhecido ou não testado
Não Vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação**
Com vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação**
Previamente vacinado			
Com resposta vacinal conhecida e adequada ($\geq 10\text{mUI/ml}$)	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
Sem resposta vacinal após a 1ª série (3 doses)	IGHAHB + 1ª dose da vacina contra hepatite B da nova série de 3 doses	Iniciar nova série de vacina (3 doses)	Iniciar nova série de vacina (3 doses)**
Sem resposta vacinal após 2ª série (6 doses)	IGHAHB (2x)***	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2x)***
Resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: IGHAB + 1ª dose da vacina contra hepatite B	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação**

Fonte: Manual do Ministério da saúde Hepatites virais: o Brasil esta atento, 2008, p.33

*Profissionais que já tiveram hepatite B estão imunes à reinfecção e não necessitam de profilaxia pós-exposição. Tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser aplicadas dentro do período de sete dias após o acidente, idealmente nas primeiras 24 horas após o acidente.

**Uso associado de imunoglobulina hiperimune contra hepatite B está indicado se o paciente-fonte tiver alto risco para infecção pelo HBV, como: usuários de drogas injetáveis, pacientes em programas de diálise, contatos domiciliares e sexuais de portadores de HBsAg positivo, homens que fazem sexo com homens, heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas, história prévia de doenças sexualmente transmissíveis, pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B, pacientes provenientes de prisões e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.

***IGHAB (2x) = 2 doses de imunoglobulina hiperimune para hepatite B com intervalo de mês entre as doses. Esta opção deve ser indicada para aqueles que já fizeram duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal, ou apresentem alergia grave à vacina.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 28
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

3.1.5 - Vacina Oral de Poliomielite (VOP):

Composição: Contém três tipos de poliovírus (vacina trivalente de cepa viva atenuada tipo1, 2 e 3 - cepa Sabin): Tipo I – 1.000.000 DICT 50 (dose infectante em cultura de tecido); Tipo III – 600.000 DICT 50.

Estabilizante: cloreto de magnésio

Corantes indicadores de pH: vermelho de amarante ou roxo de fenol

Traços de antibióticos: neomicina, estreptomicina, kanamicina ou polimixina.

Proteção: contra poliomielite.

Via de administração: via oral exclusivamente.

Dose: 2 gotas (0,1 ml).

Esquema vacinal: 1º reforço aos 15 meses (esquema VIP/VOP).

Idade Máxima: 4 anos 11 meses e 29 dias.

Reforço: aos 15 meses de idade. Considerar para o reforço o intervalo mínimo de 6 meses após a última dose.

Intervalo entre as doses: 60 dias e, mínimo de 30 dias.

Duração do frasco após aberto: descartar após cinco dias úteis da abertura do frasco.

OBS: na vacinação extramuros (campanhas fora da sala de vacinação), os frascos de vacina deverão ser utilizados num único dia, desprezando-se as sobras conforme estipulado pelo PGRSS.

Situações especiais:

Não repetir a dose caso a criança vomitar ou cuspir após a vacinação.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 29
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

3.1.6 - Vacina Pneumocócica 10 valente (conjugada):

Composição: A vacina pneumocócica 10-valente é constituída por 10 (dez) sorotipos de pneumococos (1,4,5,6B,7F,9V, 14, 18C, 19F, 23F) e conjugada com a proteína D de *Haemophilus influenzae* para oito de seus sorotipos e carreadores de toxóide diftérico e de toxóide tetânico usados por dois sorotipos.

A vacina contém excipiente cloreto de sódio, fosfato de alumínio e água para injeção, (q.s.p. 0,5ml). Não contém conservantes.

Proteção: contra doença invasiva e otite média aguda causadas por *Streptococcus pneumoniae* sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.

Doses: 0,5 ml (frasco unidose)

Via de administração: intramuscular profundo (FALC) exclusivamente.

Esquema vacinal: 2, 4 meses de idade.

Reforço: aos 12 meses de idade, considerando o intervalo mínimo de seis meses a 2ª dose.

Crianças de 7-11 meses de idade: duas doses com intervalo de pelo menos 1 (um) mês entre as doses. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses, com intervalo de no mínimo 2 meses após a ultima dose.

Intervalo entre as doses: 60 dias e, mínimo de 30 dias.

Idade mínima: 2 meses

Idade máxima: 4 ano 11 meses e 29 dias.

Esquema vacinal para Crianças de 2 meses até 6 meses de idade:

Atenção: O esquema é determinado pela idade da criança no início da vacinação, essa regra vale também par os casos de atraso do esquema vacinal!

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 30
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Idade – meses	Número de doses	Reforço
2 – 4 ou 3 – 5 ou 4 – 6 ou 5 – 7 ou 6 – 8	2 doses intervalo de 2 meses	1 dose preferencialmente entre 12 e 15 meses

Esquema vacinal para Crianças de 7-11 meses de idade:

Idade – meses	Número de doses	Reforço
7 – 9 ou 8 – 10 ou 9 – 11 ou	2 doses intervalo de 2 meses	1 dose preferencialmente entre 12 e 15 meses
10 – 12 ou 11 – 13	2 doses intervalo de 2 meses	Nesta faixa etária, ao receber a 2ª dose, não há a necessidade do reforço

Esquema vacinal para Crianças de 12- <24 meses de idade:

Idade - meses	Número de Doses	Reforço
12 a <59 meses	Dose única	Não há dose de reforço

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 31
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cêu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Condutas frente a esquemas em atraso:

Idade no MRC	Vacina Pneumocócica	
	Nº de doses registradas no cartão	Ação para completar esquema
≥ 6 meses e < 1 ano	0	Administrar a D1 e agendar D2 com intervalo de 60 dias entre as doses e mínimo de 30 dias.
	1	Administrar D2 e agendar D3 com intervalo de 60 dias entre as doses e mínimo de 30 dias.
	2	Administrar D3 e agendar reforço preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade, observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses
	3	Verificar o agendamento do reforço, ou agendá-lo, preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade, observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.
≥ 1 ano e < 2 anos	0	Administrar a DU
	1	Administrar uma dose de reforço se tiver recebido D1 quando menor de 1 ano.
	2	Administrar uma dose de reforço se tiver recebido D2 quando menor de 1 ano.
	3	Administrar uma dose de reforço se tiver recebido D3 quando menor de 1 ano.
	4	Não administrar nenhuma dose.
≥ 2 anos e < 5 anos	0	Não é necessário administrar nenhuma dose, pois o PNI recomenda a vacinação para as crianças de 2 meses a menores de 2 anos de idade (1 ano 11 meses e 29 dias)
	1	
	2	
	3	
	4	

Fonte Brasil, 2013³

3.1.7 - Vacina meningocócica C (conjugada):

Composição: Cada dose de 0,5 ml da vacina adsorvida *meningocócica C* (conjugada - CRM197) reconstituída contém: Oligossacarídeo meningocócico C (10 µg) conjugado com proteína CRM197 de *Corynebacterium diptheriae* (12,5 a 25,0 µg).

Hidróxido de alumínio (0,3 a 0,4 mg Al³⁺).

Excipientes: manitol, fosfato de sódio monobásico monoidratado, fosfato de sódio

dibásico heptaidratado, cloreto de sódio e água para injeção. A vacina não contém conservante.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 32
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Cada dose corresponde a dois frascos ampola, um com pó liofilizado branco ou esbranquiçado (antígeno) e outro frasco-ampola contem 0,8 ml de um líquido branco opaco (diluente) que devem ser misturados e homogeneizados para posterior aplicação.

Proteção: previne doenças provocadas pela bactéria *Neisseria meningitidis* do sorogrupo C, esta bactéria pode ser a causa de infecções graves, às vezes, até fatais, como a meningite C e a sepse.

Dose: 0,5 ml (frasco unidose).

Via de administração: intramuscular profundo (FALC) exclusivamente.

Esquema vacinal: 3 e 5 meses de idade.

Idade – meses	Número de doses	Reforço
A partir dos 3 meses	2 doses intervalo de 2 meses	1 dose preferencialmente entre 12 e 15 meses
10 ou 11 meses	2 doses intervalo de 2 meses	Nesta faixa etária, ao receber a 2ª dose, não há a necessidade do reforço
12 a < 4 anos, 11 meses	Dose única	Não há dose de reforço

Intervalo entre as doses: ideal 60 dias, e mínimo de 30 dias.

Reforço: aos 12 meses de idade. O intervalo mínimo para aplicação do reforço é de 2 meses após o término do esquema primário.

Condutas frente ao esquema em atraso:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 33
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Idade no MRC	Vacina meningocócica C (conjugada)	
	Nº de doses registradas no cartão	Ação para completar esquema
≥ 6 meses e < 1 ano	0	Administrar a D1 e agendar D2 com intervalo de 60 dias entre as doses e mínimo de 30 dias.
	1	Administrar D2 e agendar reforço preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade, observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.
	2	Verificar o agendamento do reforço, ou agendá-lo, preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade, observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.
≥ 1 ano e < 2 anos	0	Administrar a DU se não tiver nenhuma dose.
	1	Administrar uma dose de reforço se tiver recebido D1 quando menor de 1 ano
	2	Administrar uma dose de reforço se tiver recebido D2 quando menor de 1 ano
	3	Não administrar nenhuma dose.
≥ 2 ano e < 5 anos	0	Não é necessário administrar nenhuma dose, pois o PNI recomenda a vacinação para as crianças de 2 meses a menores de 2 anos de idade (1 ano 11 meses e 29 dias)
	1	
	2	
	3	

Fonte Brasil, 2013³

3.1.8 - Vacina Febre Amarela (atenuada):

Composição: Vírus vivos atenuados da subcepagem 17DD, apresentada sob a forma liofilizada em frasco de múltiplas doses, acompanhada de diluente

Sacarose, Sorbitol, Glutamato, Gelatina, Eritromicina e Kanamicina.

Proteção: protege contra febre amarela

Dose: 0,5 ml

Via de administração: exclusivamente subcutânea.

Esquema vacinal: primeira dose aos 9 (nove) meses de idade.

Reforço: um reforço aos 4 anos

Idade mínima: nove meses.

Idade Máxima: 59 anos 11 meses e 29 dias.

Validade do Frasco após aberto: 4 à 6 horas (conforme fabricante).

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 34
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Observações:

- Durante surtos ou em áreas endêmicas, antecipar a idade mínima para 6 (seis) meses (sob orientação da Regional de Saúde).
- Viajantes: Administrar a vacina 10 (dez) dias antes da data da viagem.
- Mulheres em lactação: diante da possibilidade de transmissão do vírus vacinal pelo leite materno, adotar as seguintes medidas de precaução (BRASIL, NOTA TÉCNICA Nº 05/2010):

1. [...] “O adiamento da vacinação de mulheres que estão amamentando deve ser orientado, até a criança completar seis meses de idade, ou
2. Na impossibilidade de adiar a vacinação, durante o aconselhamento deve-se apresentar à mãe opções para evitar o risco de transmissão do vírus vacinal pelo aleitamento materno, tais como:

⇒ Previamente à vacinação praticar a ordenha do leite, de preferência manualmente, e mantê-lo congelado por 15 dias em freezer ou congelador para planejamento de uso durante o período da viremia, ou seja, por 14 dias após a vacinação, ou

⇒ Encaminhar a mãe à rede de banco de leite humano”[...].

3.1.9 - Vacina Tríplice Viral - VTV:

Composição: cada dose de 0,5 ml contém, após reconstituição:

1000 TCID₅₀ de vírus vivo atenuado do Sarampo, cepa Schwarz, cultivado em células de embrião de galinha; 1000 TCID₅₀ de vírus vivo atenuado da Rubéola, cepa Wistar RA 27/3, cultivado em células diplóides humanas; 5000 TCID₅₀ de vírus vivo atenuado

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 35
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

da Caxumba, cepa RIT 4385 (derivada Jeryl Lynn), cultivado em células de embrião de galinha.

Excipientes: Aminoácidos, albumina humana, lactose, manitol, sulfato de neomicina e sorbitol. Diluente: água para injetáveis.

Apresentação: Liofilizado em frasco-ampola de multidoses, acompanhada de diluente (água estéril).

Proteção: Sarampo, caxumba e rubéola.

Dose: 0,5 ml

Via de administração: exclusivamente subcutânea

Idade Mínima: 12 meses

Idade máxima: até 49 anos.

Esquema vacinal:

1. Crianças: primeira dose aos 12 meses.

Obs.: Em situação de circulação viral, antecipar a administração de vacina para os 6 (seis) meses de idade sob orientação da regional de saúde, porém deve ser mantido o esquema vacinal e a idade preconizada no calendário.

2. Adolescentes: averiguar o esquema de duas doses.

- ⇒ Em caso de adolescentes até 19 anos apresentar comprovação de apenas uma dose, administrar a segunda dose.
- ⇒ Em caso de adolescentes de até 19 anos sem comprovação de nenhuma dose da vacina aplicar duas doses com intervalo de 30 dias entre uma e outra.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 36
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

3. Adultos: administrar 2 doses de 20 (vinte) a 29 (vinte e nove) anos de idade e 1 dose de 30 a 59 anos, que não apresentarem comprovação vacinal de vacina contra a rubéola, dupla viral e até mesmo a tríplice viral.

OBs.: Em adultos, em caso de relato de viagens, passa-se a realizar a vacinação em qualquer idade.

3.1.10 - Vacina Tetraviral

Composição: compostas pelas cepas: Vírus do sarampo atenuado vivo (cepa Schwarz).

Vírus da caxumba atenuado vivo (cepa RIT 4385 – derivada da cepa Jeryl Lynn).

Vírus da rubéola atenuado vivo (cepa RA 27/3).

Vírus da varicela atenuado vivo (cepa OKA).

Excipientes: lactose anidra, sorbitol, manitol, aminoácidos e água para injeção.

Resíduos: sulfato de neomicina.

Diluyente: água para injetáveis

A vacina combinada apresenta pó liofilizado para reconstituição com diluyente para administração.

Proteção: imunização ativa de crianças contra sarampo, caxumba, rubéola e

Varicela.

Dose: dose de 0,5 mL.

As embalagens contêm 10 frascos-ampola mais 10 seringas preenchidas com diluyente (0,5 mL) e 10 agulhas para a reconstituição e 10 para administração da vacina.

Validade após reconstituição: Após preparo (reconstituição), manter a +2°C a +8°C por 8 horas;

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 37
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

*Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná*

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Via de administração: exclusivamente, por via subcutânea, preferencialmente na região deltóide superior do braço ou na região anterolateral superior da coxa.

Esquema vacinal: uma dose aos 15 meses de idade.

A vacinação ocorrerá em substituição à segunda dose da vacina tríplice viral aos 15 meses de idade.

Será usada para vacinação de crianças de 15 meses a menores de 5 anos de idade, que já tenham recebido a 1ª dose da vacina tríplice viral.

Idade Mínima: 15 meses.

Idade máxima: menores de 5 anos (4ano 11 meses e 29 dias)

Situações para a administração da vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela - atenuada) considerando a história vacinal da criança:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 38
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cêú Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Situações	Conduta	Orientações técnicas
Criança entre 6 e 11 meses de idade, vacinada com tríplice viral em situação de bloqueio vacinal por ocasião de surto de sarampo ou rubéola. Dose não válida para rotina.	Manter o esquema vacinal preconizado. Administrar D1 da tríplice viral aos 12 meses de idade. Agendar a D da vacina tetra viral aos 15 meses de idade.	Ao receber estas vacinas, a criança terá uma dose de tríplice viral não válida na rotina e o esquema preconizado (D1 e D).
Criança com 12 meses de idade não vacinada com tríplice viral.	Administrar a D1 da tríplice viral. Agendar a D da vacina tetra viral para os 15 meses de idade.	Ao receber estas vacinas, a criança estará vacinada contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela, sem necessidade de doses adicionais de tríplice viral ou de tetra viral.
Criança com 12 meses de idade vacinada com tríplice viral.	Agendar a D da vacina tetra viral para os 15 meses de idade.	Ao receber estas vacinas, a criança terá recebido o esquema preconizado (D1 e D).
Criança com 12 meses de idade, vacinada com D1 da tríplice viral em situação de bloqueio vacinal por ocasião de surto de sarampo ou rubéola.	Agendar a D da vacina tetra viral aos 15 meses de idade.	A criança ao completar o esquema vacinal terá recebido 1 dose da vacina tríplice viral e 1 dose da vacina tetra viral.
Criança com 14 meses que não recebeu D1 da vacina tríplice viral	Administrar a D1 da tríplice viral. Agendar a D com a vacina tetra viral com intervalo de 30 dias entre D1 e D.	A criança ao completar o esquema vacinal terá recebido 1 dose da vacina tríplice viral e 1 dose da vacina tetra viral.
Criança com 15 meses ou mais de idade que não recebeu D1 da vacina tríplice viral	Administrar a D1 da tríplice viral e agendar a D2 com a vacina tríplice viral com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.	A criança ao completar o esquema vacinal terá recebido 2 doses da vacina tríplice viral
Criança com 15 meses de idade que recebeu D1 da vacina tríplice viral	Administrar a D da tetra viral considerando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.	A criança ao completar o esquema vacinal terá recebido 1 dose da vacina tríplice viral e 1 dose da vacina tetra viral.
Criança maior de 15 meses de idade que recebeu D1 da vacina tríplice viral	Administrar a D2 da tríplice viral considerando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.	A criança ao completar o esquema vacinal terá recebido 2 doses da vacina tríplice viral.
Criança recebeu uma dose da vacina com o componente varicela no serviço privado ou no CRIE ou povos indígenas e tem uma D1 tríplice Viral	Administrar D2 da tríplice viral independente da faixa etária, respeitando o intervalo de 30 dias entre as doses.	A criança ao completar o esquema vacinal terá recebido 2 doses da vacina tríplice viral e 1 dose da vacina com o componente varicela.
Criança recebeu uma dose da vacina com o componente varicela no serviço privado ou no CRIE ou povos indígenas e não tem nenhuma dose de tríplice viral	Administrar D1 e D2 da tríplice viral respeitando o intervalo de 30 dias	A criança ao completar o esquema vacinal terá recebido 2 doses da vacina tríplice viral e 1 dose da vacina com o componente varicela.
Criança recebeu duas doses da vacina tetra viral na rede privada	Não administrar nenhuma vacina contendo os componentes sarampo, caxumba, rubéola e varicela	A criança ao completar o esquema vacinal terá recebido 2 doses da vacina tetra viral.

Elaborado por:

Rosângela F. Silva Coren 184704

Revisão:

Eliane Folchini Coren 164845

Assinatura:

39



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Uso simultâneo com outras vacinas: A vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada) pode ser administrada simultaneamente com outras vacinas do PNI, exceto a vacina febre amarela que deve ser administrada com intervalo mínimo de 30 dias.

Principais eventos adversos associados às vacinas varicela e tetra viral e condutas:

Evento adverso (EAPV)	Descrição	Tempo entre vacinação e EAPV	Frequência	Conduta	Observação
Manifestações locais	Dor	1-2 dias	26%	Observar	-
Manifestações locais	Vermelhidão	A partir do 3º dia	5%	Observar	-
Manifestações locais	Vesículas no local da aplicação	Menos de 2 horas	1% a 3%	Observar	-
Manifestações locais	Maculopapular ou vesicular	5-26 dias	3% a 5%	Observar	-
Manifestações sistêmicas	Febre	5-12 dias	15% (varicela) 22% (tetra viral)	Observar	-
Manifestações sistêmicas	Exantema	5-12 dias	2% (varicela) 3% (tetra viral)	Observar	-
Manifestações sistêmicas	Convulsão febril	5-10 dias	Um caso a mais para cada 2500 crianças vacinadas com a vacina tetra viral na primeira dose	Notificar e avaliar	Sem diferença entre vacina varicela dada simultaneamente com a tríplice viral e tetra viral na segunda dose
Manifestações sistêmicas	Anafilaxia	Primeiras 2 horas	Raramente associadas temporalmente à vacina varicela	Notificar e investigar	Revacinação contraindicada
Manifestações sistêmicas	Meningite, herpes zoster grave, encefalite, ataxia, eritema multiforme, Síndrome de Stevens-Johnson, pneumonia, trombocitopenia e Síndrome de Guillain-Barré.	Variado	Raramente associadas temporalmente à vacina varicela	Notificar e investigar	Revacinação contraindicada

Fonte: CGPNI/DEVEP/SVS/MS

3.1.11 – Tríplice Bacteriana - DTP

Composição: contém toxóide diftérico, toxóide tetânico e *Bordetella pertussis* inativada em suspensão.

Proteção: contra tétano, difteria e coqueluche.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 40
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Dose: 0,5 ml

Via de administração: intramuscular profundo no vasto lateral da coxa.

Esquema vacinal: faz-se como reforço após esquema inicial com a vacina pentavalente sendo uma dose aos 15 meses (1º reforço) e uma dose aos quatro anos (2º reforço).

Idade Mínima: um ano

Idade máxima: 06 anos 11 meses e 29 dias.

Validade do frasco após aberto: até a data de validade ou até o fim do frasco desde que mantidas rigorosamente as condições de assepsia.

Situações especiais: Alguns eventos pós-vacinais, por não determinarem seqüelas, não são considerados contra-indicações, mas merecem atenção especial. São divididos em duas categorias:

a) eventos que indicam na vacinação subsequente com a vacina DTP clássica (celular) o uso de antitérmicos ou analgésicos profiláticos:

⇒ Choro persistente e incontrolável, durando três ou mais horas e ocorrendo nas primeiras 48 horas após a vacinação DTP;

⇒ Temperatura igual ou maior a 39,5°C, sem outra causa identificável, nas primeiras 48 horas após a vacinação DTP;

b) eventos que indicam na vacinação subsequente contra coqueluche, difteria e tétano a utilização da vacina tríplice DTP acelular (DTPa):

⇒ Convulsões nas primeiras 72 horas após a vacinação DTP;

⇒ Episódio hipotônico-hiporresponsivo nas primeiras 48 horas após a vacinação DTP.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 41
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Nota: A vacina DTPa pode ser obtida através dos Centros de Referência de
Imunobiológicos Especiais (FUNASA, 2001).

3.1.12 – Vacina Dupla adulto - DT:

Composição: Toxóides diftérico/ tetânico, Hidróxido de Alumínio, Timerosal

Proteção: contra difteria e tétano em adultos.

Dose: 0,5 ml

Via de administração: intramuscular (recomendação que seja em deltóide).

Validade do frasco: até o final das doses ou até o final do prazo de validade, desde que
tenha sido manipulada com técnicas corretas de assepsia

Idade mínima para administração: 07 anos

Idade máxima: não há

Esquema vacinal: Adultos não vacinados ou sem comprovação de três doses da vacina,
seguir o esquema de três doses.

Para aqueles indivíduos com esquema incompleto completar esquema
vacinal.

Intervalo entre as doses: Maximo: de 60 (sessenta) dias (0, 60 e 120).

Mínimo: de 30 (trinta) dias (0, 30, 60).

Reforço: dez anos após a data da última dose: em vacinados anteriormente com 3 (três)
doses das vacinas TETRA, DTP, DT ou dT.

Cinco anos após a ultima dose: Em caso de gravidez, ferimentos graves e
pessoas comunicantes de casos de difteria antecipar a dose de reforço considerando - se
o intervalo entre as doses de 5 anos.

Protocolo de imunização de mulheres em idade fértil:

História de vacinação

Mulheres em idade fértil

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 42
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

prévia contra tétano	Gestantes*	Não-gestantes
Sem nenhuma dose registrada	Iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível com 3 doses, intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias	Esquema vacinal com 3 doses, intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias
Menos de 3 doses registradas	Completar as 3 doses o mais precocemente possível, intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias	Completar o esquema vacinal com 3 doses, intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias
3 doses ou mais, sendo a última dose há menos de 5 anos	Não é necessário vacinar	Não é necessário vacinar
3 doses ou mais, sendo a última dose há mais de 5 anos e menos 10 anos	1 dose de reforço	Não é necessário vacinar
3 doses ou mais, sendo a última dose há mais de 10 anos	1 dose de reforço	1 dose de reforço

Fonte: Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso, 8ª edição, pág.393, Ministério da Saúde Brasília/DF, 2010

Nota:

* Se a gestante não tiver o esquema básico completo, o serviço de saúde deverá assegurar pelo menos duas doses, devendo a 2ª dose (dose imunizante) ser aplicada até 20 dias antes da data provável do parto. O esquema vacinal deverá ser completado no puerpério ou em qualquer outra oportunidade.

Esquema de condutas profiláticas de acordo com o tipo de ferimento e história vacinal:

História de vacinação prévia contra tétano	Ferimento com risco mínimo de tétano		Ferimento com alto risco de tétano		Outras condutas para o ferimento
	Vacina*	SAT**/Ighat***	Vacina*	SAT**/Ighat***	
Desconhece ou menos de 3 doses	Sim	Não	Sim	Sim	Limpeza e desinfecção; lavar com soro fisiológico e substância oxidante; fazer desbridamento quando houver indicação
3 doses ou mais e última dose há menos de 5 anos	Não	Não	Não	Não	
3 doses ou mais e última dose há	Não	Não	Sim	Não	

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 43
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cêu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

mais de 5 anos e menos de 10					
3 doses ou mais e a última há mais de 10 anos	Sim	Não	Sim	Sim	

Fonte: Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso, 8ª edição, pág.387, Ministério da Saúde Brasília/DF, 2010

3.1.13 – Vacina Influenza (sazonal):

Composição: vacina trivalente com Vírus da influenza fracionados ou de subunidades.

Proteção: contra doença respiratória aguda, denominada influenza ou gripe.

Idade Mínima: seis meses de idade (a vacina contra influenza não faz parte dos calendários e da vacinação de rotina na infância, indicando-se apenas para crianças de 6 meses a menores de 2 anos durante as campanhas anuais de vacinação contra influenza).

Idade máxima: não há

Tabela de doses de acordo com a faixa etária:

Idade	Número de doses	Volume por dose	Intervalo
Crianças de 6 meses a menores de 2 anos	2 doses	0,25 ml	Intervalo mínimo de 3 semanas. Operacionalmente 30 dias após receber a 1ª dose
Crianças de 3 a 8 anos de idade	2 doses	0,5 ml	30 dias Apenas para os CRIE
Adultos e crianças a partir de 9 anos de idade	Dose única	0,5 ml	—

Fonte: CGPNI/DEVEP/SVS/MS

Obs.: para crianças de 06 meses a 8 anos 11 meses e 29 dias, faz – se 02 doses no 1º ano de aplicação com 04 – 06 semanas de intervalo entre uma dose e outra, e nos anos seguintes 01 dose de reforço apenas.

Esquema: a vacinação deve ser anual.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 44
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Indicações: hoje a indicação da vacinação pelo ministério da saúde é em campanha de acordo com grupos prioritários.

No que se refere aos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIEs), a Comissão Assessora de Imunizações do Ministério da Saúde estabeleceu as seguintes prioridades para vacinação:

- a) adultos e crianças com 2 anos de idade ou mais, com doença pulmonar ou cardiovascular crônicas e graves, insuficiência renal crônica, diabetes melito insulino-dependente, cirrose hepática e hemoglobinopatias;
- b) adultos e crianças com dois anos de idade ou mais, imunocomprometidos ou VIH-positivos;
- c) pacientes submetidos a transplantes;
- d) profissionais de saúde e familiares que estejam em contato com os pacientes mencionados anteriormente (FUNASA, 2001, p.51).

3.1.14 - Vacina ANTI-RÁBICA (células vero):

Composição: produzidas em cultura de células (diploides humanas, células vero, células de embrião de galinha etc.) e apresentadas sob a forma liofilizada, acompanhadas de diluente.

Proteção: protege contra o desenvolvimento de raiva humana.

Dose: 0,5 ml ou 1,0ml (dependendo do laboratório produtor) administrar todo volume do frasco.

Via de administração: intramuscular profunda

Local de aplicação: deltóide em adultos ou vasto lateral da coxa em crianças (contraindicado aplicar no glúteo).

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 45
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Idade de aplicação: a vacina contra raiva pode ser aplicada em qualquer idade.

Duração da vacina: 08 horas após reconstituição.

Esquema recomendado para tratamento pós exposição:

- a. *Animal não observável:* dias 0, 3, 7, 14, as 4(quatro) doses devem ser administradas no período de 14 dias a partir do início do tratamento;
- b. *Animal observável:* 2 doses (0 e 3) dependendo do Protocolo e observação do animal por 10 dias

Se animal permanecer sadio suspender as doses

Se animal morrer ou desaparecer completar esquema com as doses.

Conduta frente a atrasos de esquema vacinal contra raiva pós-exposição:

Paciente em uso da vacina de Cultivo Celular:

- ⇒ Falta para a aplicação da **segunda dose**: aplicar no dia que comparecer e agendar a terceira dose em **intervalo mínimo de 02 dias**;
- ⇒ Falta para a aplicação da **terceira dose**: aplicar no dia que comparecer e agendar a quarta dose com **intervalo mínimo de 04 dias**;
- ⇒ Falta para a aplicação da **quarta dose**: aplicar no dia que comparecer

Conduta em Caso de Possível Reexposição ao Vírus da Raiva:

Pessoas com risco de reexposição ao vírus da raiva, que já tenham recebido esquema de pós-exposição, devem ser tratadas novamente de acordo com as indicações do quadro abaixo:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 46
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Tipo de esquema anterior	Esquema de Reexposição – Cultivo Celular
Completo	a) até 90 dias: não realizar esquema profilático b) após 90 dias: duas doses, uma no dia 0 e outra no dia 3
Incompleto*	a) até 90 dias: completar o número de doses b) após 90 dias: ver esquema de pós-exposição (conforme o caso)

*Não considerar o esquema anterior se o paciente recebeu número menor de doses do referido nas notas acima

Fonte: Brasil, 2011.

Observações:

1. Em caso de reexposição, com história de esquema anterior completo, não é necessário administrar o soro anti-rábico (homólogo ou heterólogo). No entanto, o soro poderá ser indicado se houver dúvidas ou conforme a análise de cada caso, exceto nos pacientes imunodeprimidos, que devem receber, sistematicamente, soro e vacina. Para estes casos, recomenda-se que, ao final do esquema, seja realizada a avaliação sorológica após o 14º dia da aplicação da última dose.
2. Devem ser avaliados, individualmente, os pacientes que receberam muitas doses de vacina, como os que receberam o esquema completo de pós-vacinação e vários esquemas de reexposição. O risco de reações adversas às vacinas aumenta com o número de doses aplicadas. Nesses casos, se possível, deve-se solicitar a avaliação sorológica do paciente. Se o título de anticorpos neutralizantes – AC
3. N for igual ou maior a 0,5 UI/ml não é necessário indicar profilaxia da raiva humana ou, caso tenha sido iniciado, pode ser suspenso.

Esquema para tratamento Profilático Anti-rábico Humano pré-exposição:

1. Esquema: 02 doses
2. Dias de aplicação: 0 e 7
3. Via de administração:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 47
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

INTRAMUSCULAR: dias 0 e 7

Dose: 0,5 ml ou 1,0ml (dependendo do laboratório produtor) administrar todo volume do frasco.

INTRADERMICA: dias 0 e 7

Duas doses de 0,1ml em sítios diferentes.

4. Controle sorológico: (micro-técnica de soro neutralização): a partir do 14º dia após a última dose do esquema.

Para titulação de anticorpos antirrâbicos humanos, recomenda-se que sejam coletados 5 ml de sangue em tubo seco (sem anticoagulante), que deve ser centrifugado preferencialmente no mesmo dia, com o objetivo de separar o soro.

Enviar, no mínimo, 1 ml de soro para o laboratório Central do Estado (LACEN).

Resultados:

- a) *Insatisfatório*: se o título de anticorpos for menor do que **0,5 UI/mL**.

Nesse caso, aplicar uma dose de reforço e reavaliar a partir do 14º dia após o reforço.

- b) *Satisfatório*: se o título de anticorpos for maior ou igual a **0,5 UI/mL**.

Importante:

Deve-se fazer o controle sorológico anual dos profissionais que se expõem permanentemente ao risco de infecção ao vírus da raiva, administrando-se uma dose de reforço sempre que os títulos forem inferiores a 0,5 UI/ml. Repetir a sorologia a partir do 14º dia, após a dose de reforço.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 48
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Profilaxia da Raiva Humana - reexposição

Completo:

Até 90 dias: não realizar esquema profilático.

Após 90 dias: duas doses, uma no dia 0 e a outra no dia 3.

Incompleto

Até 90 dias: completar o número de doses.

Após 90 dias: se o paciente recebeu pelo menos duas doses do esquema de PEP, realizar a vacina nos dias 0 e 3. Quando na PEP anterior foi aplicada apenas 1 dose, essa deve ser desconsiderada e o esquema de profilaxia, deve ser iniciado conforme o caso.

Bases Gerais da Profilaxia da Raiva Humana:

1. O período de observação (de dez dias) aplica-se apenas a cães e gatos.
2. A profilaxia contra a raiva deve ser iniciada o mais precocemente possível.
3. Sempre que houver indicação, tratar o paciente em qualquer momento, independentemente do tempo transcorrido entre a exposição e o acesso à unidade de saúde.
4. A história vacinal do animal agressor não constitui elemento suficiente para a dispensa da indicação do esquema profilático da raiva humana.
5. Não se deve recomendar imunoprofilaxia anti-rábica (uso de vacina ou de soro anti-rábico) em acidentes causados pelos seguintes animais roedores e lagomorfos: ratazana de esgoto (*Rattus norvegicus*), rato de telhado (*Rattus rattus*), camundongo (*Mus musculus*), cobaio ou porquinho-da-índia (*Cavia porcellus*), hamster (*Mesocricetus auratus*) e coelho (*Oryctolagus cuniculus*).

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 49
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

6. De acordo com as condições da exposição, além da adoção de outras medidas preconizadas, pode ser necessário o emprego de soro e/ou de vacina anti-rábicos em acidentes causados por outros animais domésticos (bovinos, caprinos, eqüídeos, ovinos e suínos).
7. A profilaxia pós-exposição deve ser indicada sistematicamente nos acidentes causados por animais de alto risco (ver anexo II – tabela de profilaxia anti-rábica), mesmo quando domiciliados.
8. Na profilaxia pós-exposição, na semana que se segue à vacinação anti-rábica e durante os dias em que ela está sendo realizada, deve-se recomendar ao paciente que evite esforços físicos e a ingestão de bebidas alcoólicas.
9. Em caso de acidente por vacina anti-rábica animal de vírus inativado, não há recomendação de esquema profilático da raiva humana.
10. Embora não se tenha, no Brasil, vacina anti-rábica de vírus vivo, em caso de acidente por esse tipo de vacina, o paciente deve receber esquema profilático completo (soro + vacina).
11. Nos acidentes provocados por morcegos sempre se deverá proceder à sorovacinação, independentemente do tempo decorrido desde o momento em que se deu o acidente, exceto se o paciente tiver recebido anteriormente esquema completo de vacinação anti-rábica (neste caso, será usada somente a vacina, dispensando-se o emprego do soro anti-rábico).
12. Nos casos em que se conhece só tardiamente a necessidade do uso do soro anti-rábico, ou quando não há soro disponível no momento, aplicar a dose de soro

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 50
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

recomendada antes da aplicação da 3ª dose da vacina de cultivo celular. Após esse prazo, o soro não é mais necessário.

13. Nos casos em que se admite ter ocorrido risco de contato indireto com vírus da raiva (contato da pele íntegra com objetos ou utensílios contaminados com secreções de animal suspeito), não será indicado o uso de vacina ou soro anti-rábicos, devendo-se apenas lavar cuidadosamente o local com água e sabão.
14. Para evitar a disseminação do vírus a áreas vizinhas da região atingida, recomenda-se não realizar sutura nos ferimentos, fazendo-se simplesmente a aproximação de suas bordas e curativo oclusivo, deixando que a cicatrização se desenvolva por segunda intenção; sendo impossível deixar de indicá-la, deve-se preferir fazer, se viável, a aproximação das bordas com pontos isolados; caso a realização de sutura seja inevitável, torna-se obrigatória, nessa circunstância, a infiltração das bordas do ferimento com o soro anti-rábico.
15. Não se deve consumir produtos de origem animal (carne, leite) suspeitos de raiva. Se ocorrer, não há indicação de esquema profilático para raiva humana. Não há relatos de caso de raiva humana transmitida por essa via.
16. Devem ser adotadas, concomitantemente, as medidas relacionadas com a profilaxia do tétano (FUNASA, 2001) (BRASIL, 2011).

3.1.15 - Vacina Pneumocócica 23-valente:

Composição: Polissacarídeos capsulares bacterianos purificados, contendo 23 sorotipos do *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo). Cada dose (0,5 ml) contém 0,025mg dos sorotipos: 1,2,3,4,5,6B,7F,8,9N,9V,10A,11A, 12F, 14, 15B, 17F,

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 51
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F, 33F

Fenol como conservante e solução tampão isotônica, mais cloreto de sódio, fosfato de sódio dibásico, fosfato de sódio monobásico e água para injeção.

Proteção: A vacina reduz o risco de infecções graves causadas pelo *Streptococcus pneumoniae* ("pneumococo"). Esta bactéria é causa comum de infecções respiratórias (otite, sinusite, pneumonia), e também pode ocasionar infecções generalizadas (meningite, sepse).

Dose: 0,5 ml

Via de administração: intramuscular ou subcutâneo (conforme indicação do laboratório produtor)

Esquema vacinal: administrar 1 (uma) dose nos indivíduos de 60 anos e mais que vivem em instituições fechadas como casas geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso, ou em indivíduos com indicação conforme formulário do CRIE.

Reforço: 1 (um) único reforço 5 (cinco) anos após a dose inicial se situação de indicação vacinal persistir.

3.1.16 - Vacina contra Poliomielite Inativada (VIP):

Composição: Cada dose de 0,5 mL da vacina contém:

Poliovírus inativados do tipo I.....40 unidades de antígeno UD*

Poliovírus inativados do tipo II....8 unidades de antígeno UD*

Poliovírus inativados do tipo III...32 unidades de antígeno UD*

Excipientes: 2-fenoxietanol, formaldeído, meio Hanks 199, ácido clorídrico ou hidróxido de sódio (para ajuste de pH).

Proteção: contra poliomielite

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 52
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Dose: 0,5 ml

Via de administração: intramuscular FALC (entretanto, a via subcutânea também pode ser usada, mas em situações especiais (casos de discrasias sanguíneas)).

Esquema vacinal: O esquema vacinal será sequencial (VIP/VOP) de quatro doses para crianças menores de 1 ano de idade que estiverem iniciando o esquema vacinal. A VIP deverá ser administrada aos 2 meses (1ª dose) e 4 meses (2ª dose), aos 6 meses (3ª dose) de idade e a VOP aos 15 meses de idade (reforço).

Idade mínima: 2 meses

Idade máxima: o esquema sequencial é recomendado para crianças <5 anos de idade que estejam iniciando esquema de vacinação contra poliomielite, e em crianças que nunca tenham realizado dose anterior com a VOP.

Caso a criança já tenha recebido dose anterior com VOP, realizará todo esquema com VOP.

Intervalo entre as doses: O intervalo entre as doses é de 60 dias, podendo ser de 30 dias, sendo que nos primeiros 6 meses de idade o intervalo mínimo de 30 dias só é recomendado se o indivíduo estiver sob risco iminente de exposição à circulação viral.

Reforço: o reforço é realizado aos 15 meses com a vacina oral contra pólio (VOP)

Duração do frasco após aberto: A vacina pode ser utilizada até o fim do frasco (conforme o laboratório fabricante), desde que armazenada entre 2º a 8ºC.

Alguns esclarecimentos:

⇒ A VIP só deve ser administrada em criança de 2 meses a menores de 5 anos de idade que estiverem iniciando esquema vacinal;

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 53
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

- ⇒ Se a criança tiver recebido como 1ª dose, na rotina de vacinação, a VOP, o esquema será completado com VOP;
- ⇒ Se a criança tiver recebido a 1ª dose e/ou 2ª dose de VIP, deverá seguir esquema sequencial;
- ⇒ Se a criança receber VIP aos 2 meses e por algum motivo receber VOP aos 4 meses, o esquema será completado com VOP;

Quadro: Esquema vacinal sequencial VIP/VOP de acordo com idade e vacina recomendada, Brasil, 2012.

Idade	Vacina
2 meses (idade mínima – 6 semanas)	Vacina inativada poliomielite – VIP
4 meses (intervalo mínimo – 30 dias) *	VIP
6 meses	Vacina oral poliomielite (atenuada) – VOP
15 meses	VOP

Crianças que iniciaram o esquema vacinal contra poliomielite utilizando a vacina oral VOP, não farão uso do esquema sequencial VIP/VOP para complementar esquema.

Crianças dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) que fazem uso da vacina VIP, não farão uso do esquema sequencial VIP/VOP, complementando o esquema vacinal somente com a vacina VIP.

Esquemas especiais de condutas de vacinação:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 54
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Situação	Esquema Sequencial VIP/VOP	Observação	Atenção
Criança com dois meses de idade com a D1 da vacina VOP e crianças com 2 meses ou mais com a D1 e D2 da vacina VOP	Será mantido o esquema vacinal com a vacina VOP e digitado na caixa específica da vacina VOP	Criança não fará uso da vacina VIP.	Não será recomendado o esquema sequencial VIP/VOP
Criança com esquema especial contra poliomielite iniciado com a vacina VIP nos CRIE	Será mantido o esquema vacinal com a vacina VIP e digitado na caixa específica da vacina VIP	Criança não fará uso da vacina VOP na D3 e Reforço	Não será recomendado o esquema sequencial VIP/VOP
Criança que no momento da vacinação está com 2 meses de	Criança iniciará esquema sequencial VIP/VOP (D1 VIP) e será agendada as demais doses do esquema	Doses da vacina VOP administradas entre 0 e <2	

idade e tem uma dose da VOP recebida entre 0 a <2 meses de idade	(D2 VIP, D3 e REF VOP). Deverão ser registradas na caixa específica do esquema sequencial VIP/VOP.	meses de idade não serão consideradas para o esquema de rotina.	
Criança <1 ano iniciando o esquema vacinal de rotina contra poliomielite	Criança fará uso do esquema sequencial VIP/VOP (D1 e D2 com a VIP e D3 e REF com a VOP)		

3.1.17 Vacina Papilomavirus Humano – HPV

Forma farmacêutica, Apresentação e Composição: Vacina quadrivalente papilomavírus humano (recombinante) laboratório Instituto Butantan, composta pelos tipos HPV 6, 11, 16 e 18. A vacina HPV é apresentada na forma farmacêutica de suspensão injetável, unidose, acondicionada em embalagem secundária contendo 10 frascos-ampola.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 55
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cêu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Quadro 2. Forma farmacêutica, apresentação e composição por dose da vacina HPV.

Vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)	
Forma Farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frasco-ampola com 1 dose de 0,5 ml
Composição	20 microgramas Proteína L1 ^{2,3} do Papilomavírus Humano ¹ Tipo 6 40 microgramas Proteína L1 ^{2,3} do Papilomavírus Humano ¹ Tipo 11 40 microgramas Proteína L1 ^{2,3} do Papilomavírus Humano ¹ Tipo 16 20 microgramas Proteína L1 ^{2,3} do Papilomavírus Humano ¹ Tipo 18 Excipientes: adjuvante sulfato de hidroxifosfato de alumínio amorfo (225 microgramas de Al), cloreto de sódio, L-histidina, polissorbato 80, borato de sódio e água para injetáveis

¹Papilomavírus Humano = HPV

² Proteína L1 sob a forma de partículas tipo vírus produzidas em células de levedura (Saccharomyces cerevisiae CANADE 3C-5 (Estirpe 1895)) por meio de tecnologia DNA recombinante.

³ Adsorvida no adjuvante amorfo de sulfato de hidroxifosfato de alumínio (225 microgramas de Al)

Notas:

Podem receber a vacina as adolescentes de 09 anos até 14 anos, 11 meses e 29 dias e Meninos de 11 anos até 14 anos, 11 meses e 29 dias.

Modo de administração:

A vacina HPV deve ser administrada exclusivamente por **via intramuscular**, **preferencialmente na região deltóide**, na parte superior do braço, ou na região anterolateral superior da coxa. A vacina não pode ser injetada por via intravenosa, por via subcutânea ou por via intradérmica.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 56
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

As seringas e agulhas recomendadas para administração da vacina devem seguir as seguintes especificações:

- **Seringas: 1 ml ou 3mL** com bico *Luer Slip* ou *Luer-Lok*.
- Agulhas para via intramuscular: **25 x 0,6 mm, 25 x 0,7 mm ou 25 x 0,8 mm.**

Antes da administração da vacina, devem ser conferidos: a seringa e agulha a serem utilizadas, a integridade do frasco e as informações do rótulo, a validade do produto e o volume dosagem a ser administrado. O frasco deve ser visualmente inspecionado para detecção de partículas ou de descoloração que contra-indique a utilização. Na presença de alterações, a vacina deverá ser encaminhada para exame, de acordo com as normas de biossegurança. Imediatamente antes da administração, o frasco deve ser homogeneizado de forma a manter a suspensão da vacina.

Esquema vacinal

A vacinação consiste na administração de duas doses, com esquema vacinal, administrando a primeira dose, com 6 meses a segunda dose.

No Brasil, existem duas vacinas disponíveis no mercado: a bivalente e a quadrivalente. No entanto, considerando as recomendações da OMS, quando iniciado a vacinação com uma delas, o ideal é completar o esquema com a mesma vacina. Mas, caso a vacina usada em doses anteriores não esteja disponível ou não seja conhecida, recomenda-se administrar a vacina quadrivalente, disponível na rede pública, para completar o esquema. Vale ressaltar que não existem dados disponíveis sobre a segurança, imunogenicidade ou eficácia das duas vacinas contra o HPV quando usadas de forma intercambiáveis, por isso, todos os esforços devem ser para a administração da mesma vacina para completar o esquema.

Nota: A vacina HPV pode ser administrada simultaneamente com outras vacinas do Calendário Nacional de Vacinação do PNI, sem interferências na resposta de anticorpos a qualquer uma das vacinas. Quando a vacinação simultânea for necessária, devem ser utilizadas agulhas, seringas e regiões anatômicas distintas.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 57
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Conservação e validade:

A vacina deve ser conservada em temperaturas entre +2° e +8°C.

O PNI recomenda a substituição das caixas térmicas de poliestireno expandido, utilizadas nas atividades de rotina e extramuros, por caixas de poliuretano. Esta mudança justifica-se em razão da sua maior resistência, durabilidade e facilidade de higienização.

Abaixo seguem as orientações a serem observadas quanto à organização das caixas para o transporte e estoque das vacinas:

- 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;
- A vacina não deve ser congelada;
- O prazo de validade da vacina é de 3 (três) anos a partir da data de fabricação impressa na própria embalagem do produto;
- A vacina deve ser usada conforme fornecida, não sendo necessária qualquer diluição ou reconstituição;

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 58
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

- Após o frasco perfurado, mesmo que por qualquer motivo a dose não tenha sido administrada, o frasco e todo seu conteúdo deverão ser descartados conforme normas técnicas vigentes constantes do Manual de Procedimentos para Vacinação.

Na rotina com esta vacina tem sido observada a ocorrência de desmaios atribuídos à síndrome vasovagal ou reação vasopressora que ocorre, normalmente, em adolescentes e adultos jovens. Um estudo sobre síncope depois da vacinação mostrou que 63% ocorrem iguais ou em menos de cinco minutos e 89% dentro 15 minutos. Portanto, para reduzir risco de quedas e permitir pronta intervenção caso ocorra a síncope, a adolescente deverá permanecer sentada e sob observação por aproximadamente 15 minutos após a administração da vacina contra HPV.

Contra-indicações:

A vacina HPV é contra-indiciada e, portanto, não deve ser administrada nas adolescentes:

- Com hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes da vacina;
- Com história de hipersensibilidade imediata grave a levedura;
- Que desenvolveram sintomas indicativos de hipersensibilidade grave após receber uma dose da vacina HPV.
- **A vacina não é indicada em gestantes**, uma vez que não há estudos conclusivos em mulheres grávidas até o presente momento. **Se a menina engravidar após o início do esquema vacinal, as doses subsequentes deverão ser adiadas até o período pós-parto. Caso a vacina seja administrada inadvertidamente durante a gravidez, nenhuma intervenção adicional é necessária, somente o acompanhamento pré-natal adequado.**

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 59
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná
Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

CAPITULO IV - Procedimentos Básicos a Vacinação:

4.1 - Procedimentos básicos de registro e aprazamento

A - Na recepção do cliente na sala de vacinas:

1. Verificar se o mesmo já tem cadastro na Unidade de Saúde:
 - ⇒ Paciente não cadastrado, encaminhar ao setor responsável pelo cadastramento na Unidade, solicitar cartão de vacinação, verificar esquema vacinal, paciente sem histórico de vacinas iniciar esquema, com histórico de vacinas, realizar as mesmas, aprazar no cartão do paciente as doses subseqüentes e posteriormente realizar o registro no sistema (PNI).
 - ⇒ Paciente já cadastrado, dar seqüência conforme item acima.

B - Controle de vacinação:

1) No início do esquema de vacinação:

- ⇒ Abrir carteira de vacina;
- ⇒ Anotar nome data de nascimento, nome dos pais, o endereço completo e telefone;
- ⇒ Colocar o carimbo da Unidade;
- ⇒ Colocar número do lote da vacina;
- ⇒ Anotar a data de realização da vacina;
- ⇒ Escrever o nome legível de quem aplicou a vacina;
- ⇒ Aprazar a lápis as próximas datas de retorno.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 60
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

- ⇒ Registrar as vacinas a serem aplicadas no SI-PNI (Programa Nacional de Imunização), com dados de identificação: a data, lote e a dose da vacina aplicada e quem aplicou;
- ⇒ Registrar as vacinas aplicadas no cartão sombra.
- ⇒ Orientar sempre o cliente antes da aplicação sobre: o tipo de vacina aplicada, as reações adversas previstas, a conduta frente às reações e o próximo retorno.

2) No seguimento de esquema de vacinação:

- ⇒ Caso não constem as doses anteriores, registrar no programa de vacinação (SI-PNI), transcrevendo as vacinas já aplicadas anteriormente e, as recebidas nesta unidade de saúde, nesta data;
- ⇒ Anotar a lápis na carteira de vacina, o próximo retorno previsto para vacinação.
- ⇒ Registrar as vacinas aplicadas no cartão sombra.

C - Caso de perda/extravio da carteirinha de vacinas:

1) Quando estiver tomando as vacinas nos Postos de Saúde do município:

- ⇒ Transcrever na carteira de vacina os dados que constam SI-PNI.
- ⇒ Colocar o nome da UBS em que foi realizada a vacina e as datas da realização das mesmas;
- ⇒ Destacar na carteira de vacina que é a 2ª (segunda) via, carimbar e assinar.

2) Quando a vacinação ocorreu em postos de vacinação de outro município:

- ⇒ Orientar para procurar o posto de origem para solicitação de 2ª via.

3) Quando for impossível conhecer o estado vacinal da criança/adulto:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 61
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

- ⇒ Este será considerado suscetível (não vacinado) devendo iniciar esquema vacinal conforme calendário específico para a faixa etária
- ⇒ No caso da vacina BCG, investigar cicatriz vacinal, se possuir, anotar a seguinte observação na carteira: *possui cicatriz vacinal de BCG*.

4.2 - Sala de Aplicação de Injetáveis:

A sala de vacinas se destina a administração de imunobiológicos, produtos estéreis, potentes e com grau de pureza determinado, requisitos fundamentais para se ter produtos confiáveis e de alta qualidade, portanto sua instalação deve ser exclusiva para aplicação do mesmo.

Deve ser um ambiente arejado, com boa iluminação e com tela para proteção contra insetos nas janelas. Deve conter armários e bancadas com gavetas, pias e coletores de material perfuro cortantes (seringas e agulhas) e material infectante (residual de vacinas).

A - Cuidados básicos antes da aplicação de Vacinas:

- ⇒ A sala e a bancada utilizadas devem ser limpas sempre que necessário, ao início e término de cada dia de trabalho, e realizado assepsia com álcool a 70% sempre antes e após cada vacinação.
- ⇒ As bolas de algodão devem ser guardadas secas em recipiente com tampa. Nunca manter as bolas de algodão embebidas em álcool, pois isso favorece a contaminação (o álcool por ser volátil evapora, ficando no algodão apenas água que é meio de cultura para microorganismos).
- ⇒ Em relação ao imunobiológicos, observar aspecto da substância e a data de validade.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 62
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

- ⇒ Realizar lavagem das mãos a fim de evitar infecções cruzadas, lavá-las sempre que for preparar as vacinas, após a administração e entre o atendimento de pacientes.
- ⇒ Se o local de aplicação não apresentar boas condições de higiene, lavar com água e sabão.

B - Cuidados durante a aplicação da vacina:

- ⇒ Lave as mãos, antes e após a aplicação da vacina.
- ⇒ Observar e orientar a forma adequada de segurar a criança para uma imobilização segura e adequada.
- ⇒ O ângulo correto de aplicação que deve ser observado de acordo com a via de aplicação indicada.
- ⇒ Atentar para a relação entre o ângulo de aplicação e a escolha de agulha adequada, levando em consideração a quantidade de massa muscular do cliente a ser vacinado.
- ⇒ Ao fazer a aplicação da vacina, injetar o líquido lentamente.
- ⇒ O movimento de retirada da seringa, após a aplicação, deve ser único e firme.
- ⇒ Não massagear o local da aplicação. Fazer apenas uma leve compressão, com algodão seco.

C - Preparo da sala de vacinas para rotina de trabalho:

Agente: Técnico de Enfermagem/Enfermeiro

Finalidade: proporcionar ambiente adequado para manipulação e aplicação dos imunobiológicos.

1) Procedimento para o início da jornada diária:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 63
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

1. Verificar a temperatura ambiente da sala e adaptar a temperatura do ar condicionado conforme necessidade climática, a mesma deve permanecer entre 18° e 22° graus;
2. Fazer aferição da temperatura das geladeiras (Rede de Frios e rotina diária) e anotar em mapa específico, a mesma deve permanecer entre 2° e 8° graus;
3. Realizar a limpeza externa das geladeiras, bem como das bancadas.

D - Procedimento para o final das atividades diárias:

1- desprezar as sobras de vacinas que tiverem espirados os prazos de validade (BCG, contra a febre amarela, tríplice viral, etc).

2- Desprezar as vacinas que forem enviadas para atividade de campo (em outras unidades);

3- Encaminhar a caixa térmica ao expurgo lavar-la, enxugá-la e guardá-la destampada no armário da sala de vacinas.

4- Encaminhar os gelox para o expurgo para lavá-los e guardá-los no freezer;

5 – Fazer a aferição da temperatura da geladeira referente ao período da tarde e anotar em mapa específico.

4.3 - Manuseio de frascos Multidoses em vacinação:

Agente: Técnico de enfermagem/Enfermeiro

Definição: manipulação adequada dos imunobiologicos a serem utilizados durante a rotina diária em sala de vacinadas.

Finalidade: os imunobiologicos são usualmente apresentados em frascos de dose única ou em frascos contendo múltiplas doses. Estes últimos apresentam vantagens em termos de custos e menor volume para armazenagem, e o seu manuseio requer

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 64
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

alguns cuidados que devem ser atentamente observados para que não ocorram alterações de potencia e inocuidade dos imunobiologicos.

⇒ Potencia: as alterações de potencia da vacina afetam a sua eficácia, dependem da sua termo-estabilidade e da sua apresentação líquida ou liofilizada para reconstituição.

- Vacinas Liofilizadas: são vacinas em pó que devem ser reconstituídas antes do uso, e que após esta reconstituição tem um prazo de validade geralmente curto.
- Vacinas líquidas: estas vacinas mantém sua potencia até a data máxima de sua validade após aberto o frasco.

⇒ Inocuidade: o inadequado manuseio dos frascos multidoses pode determinar sua contaminação por diferentes patógenos, por esse motivo a maioria das vacinas recebe a adição de substâncias com função de conservante, fungistática, bacteriostática e virucida. A maioria das vacinas liofilizadas não contém conservantes.

A - Cuidados na preparo e reconstituição de vacinas:

⇒ Toda vacina liofilizada deve ser reconstituída antes do uso, para tal liofilizado/vacina (pó) e diluente devem estar na mesma temperatura (+2 e +8 graus).

⇒ Lavar as mãos, antes e após o preparo da vacina.

⇒ Utilizar material descartável.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 65
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

⇒ Durante o preparo, ter atenção redobrada para que seringas e agulhas estéreis não entrem em contato com outras superfícies, antes da utilização para reconstituição/aspiração/aplicação da vacina.

B - Técnica de reconstituição de vacinas:

- ⇒ Separar o liófilo (pó) e seu respectivo diluente;
- ⇒ Garantir que o diluente esteja na mesma temperatura do liófilo;
- ⇒ Conferir as datas de validade de ambos (desprezar o produto caso esteja vencido);
- ⇒ Fazer assepsia do gargalo da ampola e do frasco-ampola (retirar lacre de alumínio) com algodão embebido em álcool a 70%;
- ⇒ Quebra - se a ampola de diluente aspira-se a quantia contida nela.
- ⇒ Introduza o líquido aspirado da ampola (diluente) lentamente pelas laterais do frasco ampola de liofilizado sem o lacre de alumínio tendo sempre o cuidado de observar o diluente específico para cada liofilizado.
- ⇒ Mantendo a agulha inserida no frasco, realize movimentos circulares para a perfeita homogeneização da solução. Desta forma, mantém-se o sistema fechado e diminui-se o risco de contaminação.
- ⇒ Após a reconstituição deve-se identificar o frasco com data de reconstituição, hora e nome de quem realizou e acondicioná-lo em caixa térmica da rotina diária de trabalho.
- ⇒ Já as vacinas líquidas devem ser retiradas da rede de frio, deve se identificar o frasco com a data de abertura, hora e quem realizou a abertura.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 66
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

*Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná*

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

C - Cuidados no manuseio dos frascos de vacinas:

1. Verificar o prazo de validade da vacina e o tempo de uso recomendado após a abertura do frasco.
1. Após a primeira manipulação os frascos apresentam soluções de continuidade com o meio exterior, portanto jamais devem permanecer imersos em água;
2. Devem sempre estar mantidos em local limpo e seco;
3. Proceder à desinfecção do frasco-ampola da vacina antes de aspirar cada dose.
4. Antes de fazer a aspiração de cada dose, deve-se submeter o frasco a movimentação de rotação a fim de conseguir homogeneização da solução.
5. A cada aspiração deve-se perfurar a tampa de borracha em pontos diferentes, evitando-se a parte central.
6. Observar a dosagem recomendada pelo laboratório produtor da vacina em questão.
7. Aspirar a solução homogeneizada, na dose exata, retire o excesso de ar da seringa e troque de agulha antes de proceder com a aplicação
8. Não manter agulhas na tampa de borracha. (MOURA, 2002 p 137-140).

4.4 - Técnica de Aspiração de conteúdo em ampolas e frasco-ampola:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 67
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

Em Ampola:

1

Faça a assepsia do gargalo da ampola com BD Alcohol Swabs® e espere secar.



2

Envolva o gargalo com a face estéril da pétala da seringa e quebre a parte superior da ampola.



3

Segurando a ampola com os dedos indicador e médio, introduza a agulha e aspire o conteúdo, tomando cuidado para não colocar o canhão da agulha dentro da ampola.



4

Aspire a solução para a seringa no volume desejado.



5

Retire a agulha da ampola, faça o reencape passivo e fixe a tampa.



6

Gire ou bata levemente na seringa para desfazer eventuais bolhas de ar.



7

Expulse o ar, acertando e conferindo o volume final.



Em Frasco-ampola (Diluição):

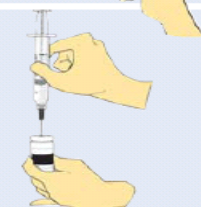
1

Retire o lacre de alumínio do frasco-ampola e faça a assepsia da tampa de borracha de proteção do frasco-ampola com BD Alcohol Swabs® e espere secar.



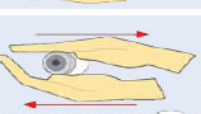
2

Com a seringa já preenchida de diluente, introduza a agulha para aspiração no frasco-ampola apoiado na bancada e injete o líquido.



3

Misture bem o pó com o diluente, rolando suavemente o frasco entre as mãos ou fazendo movimentos circulares (carrossel) tomando o cuidado de não tocar na borracha.



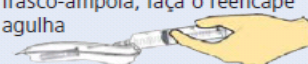
4

Aspire a solução preparada para a seringa no volume desejado.



5

Retire a agulha do frasco-ampola, faça o reencape passivo e troque a agulha para a aplicação.



6

Gire ou bata levemente na seringa para desfazer eventuais bolhas de ar.



7

Expulse o ar, acertando e conferindo o volume final.



4.5 - Administração dos imunobiológicos:

Agente: técnico de enfermagem/Enfermeiro

Definição: Entende - se por via de administração “o caminho pelo qual uma substância é levada ao organismo para exercer o seu efeito” (BASILE & PAULO,1994 *apud* PACCA *et al.*).

Finalidade: introduzir um imunobilógico no organismo do vacinado para que o mesmo desenvolva imunidade contra determinada doença.

Técnica de abertura de embalagem e fixação da Agulha:

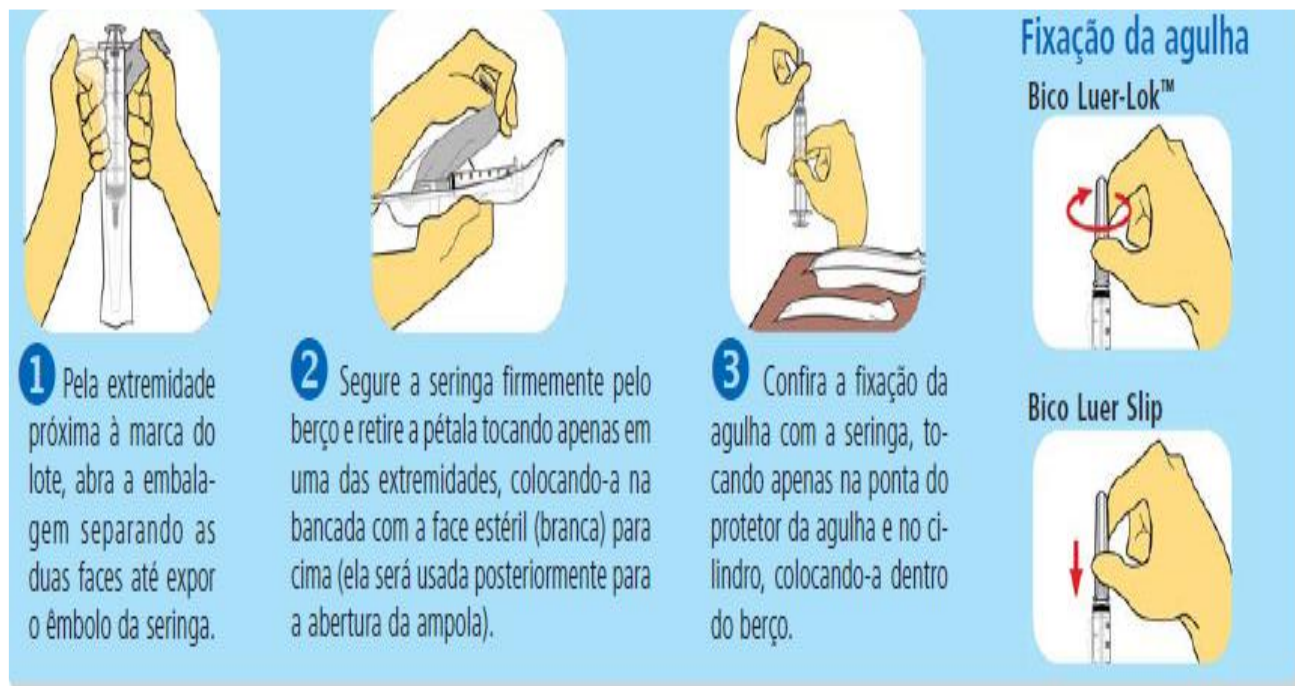
Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 68
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br



4.6 - Vias de administração de vacinas:

A - Via oral:

Os imunobiológicos são administrados por via oral para que as substâncias neles presentes passem para o tubo digestivo e sejam absorvidas através da mucosa gástrica e, sobretudo, do intestino, de modo a chegarem à circulação sanguínea e serem distribuídos pelo organismo.

Técnica de aplicação:

1. Lavar as mãos;
2. Deixar a criança numa posição confortável
3. Segurar as bochechas da criança com os dedos indicador e polegar de modo que os lábios fiquem entreabertos;

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 69
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

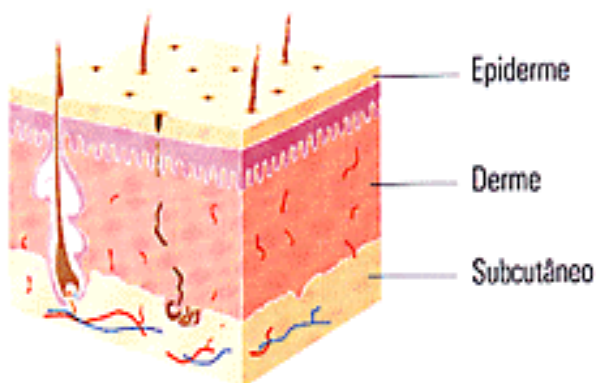
4. Introduzir a vacina na boca (sem encostar o frasco na boca), colocando -se o imunobiológico na parte posterior da língua, com o intuito de se estimular melhor o reflexo de deglutição.
5. Manter a cabeça do bebê levantada, de modo a evitar a passagem do imunobiológico líquido para as vias respiratórias.



Figura: Técnica de aplicação de vacinas por via oral - VOP

B - Via intradérmica:

É a administração de imunobiológico na derme.



Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 70
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

*Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná*

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

O volume máximo administrado por esta via e de 1 mL.

A área de aplicação deve ser pobre em pelos e de pouca vascularização, no entanto a vacina BCG tem como padronização a aplicação na inserção inferior do deltóide direito.

Técnica de aplicação:

1. Lavar as mãos;
2. Aspirar a vacina em seringa específica;
3. Nesta via de administração, não é realizada anti-sepsia do local escolhido, já que esta pode causar redução das atividades imunogênicas das vacinas.
Utilizar apenas bola de algodão seca para maior conforto do paciente.
4. Distender a pele da região, utilizando os dedos polegar e indicador da mão esquerda;
5. Mantendo sempre o bisel voltado para cima, com um ângulo de aproximadamente 10 a 15 graus, introduzir cerca de 1/3 da agulha, sendo que esta deve ficar paralela a região de aplicação e, sobretudo, superficializada;
6. Ao injetar a solução lentamente, observar a formação de uma pápula;
7. Ao retirar a agulha, não massagear o local.
8. Se houver sangramento comprimir suavemente com uma bola de algodão seco

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 71
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br



Figuras ilustrando a aplicação intradérmica, com formação de papula.

C - Via subcutânea:

Esta via consiste na administração de imunobiológicos na hipoderme, conhecido também como tela subcutânea. É uma via de absorção lenta.

Os locais mais indicados para a aplicação destas soluções são as regiões que possuem bom desenvolvimento do tecido subcutâneo, sendo os mais indicados conforme figura:

- ✓ Parte superior externa dos braços;
- ✓ Face lateral e frontal das coxas;
- ✓ Região glútea direita e esquerda;
- ✓ Região supra e infra-umbilical;
- ✓ Região intermediária lateral das costas;

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 72
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br



Técnica de aplicação:

1. Lavar as mãos;
2. Aspirar o imunobiológico a ser injetado com agulha para aspiração,
3. Trocar agulha (13x4,5);
4. Selecionar o local da aplicação;
5. Realizar a assepsia da pele com algodão embebido em álcool 70%;
6. Fazer a prega cutânea para diminuir do risco que a agulha passe o tecido subcutâneo;
7. Introduzir a agulha em angulo de 45 ou 90 graus com bisel lateralizado;
8. Soltar a prega, e verificar retorno sangüíneo tracionando o embolo para trás suavemente (aspirar).
9. Caso haja refluxo de sangue, retirar a seringa, fazer compressão no local, e puncionar o outro local;
10. Caso não haja sangue, injetar o imunobiológico lentamente;

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 73
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

11. Segurar algodão seco sobre a região após a retirada da agulha para evitar retorno do imunobiológico.
12. Desprezar agulha e seringa sem reencapar a agulha, em recipiente próprio para descarte de material perfuro-cortante;
13. Observar reações no paciente antes e depois da aplicação;
14. Deixar o ambiente em ordem;

D - Via intramuscular:

Consiste na introdução de imunobiológicos no interior do corpo muscular, região rica em vasos sanguíneos e nervos. As aplicações intramusculares devem ser sempre profundas, aplicadas com agulhas de tamanho apropriado e com ângulo de 90°.

As regiões indicadas para aplicação de vacinas são:

- ⇒ *Região deltoideana* (músculo deltóide) – local de pequena massa muscular, com presença de inúmeros nervos e vasos sanguíneos, nesta região a aplicação é mais dolorida e mais sujeita a complicações.
- ⇒ *Região dorso glúteo* (músculo glúteo Maximo) – local com pouca gordura favorece a aplicação de injeções mais profundas.
- ⇒ *Região Antero lateral da coxa* (músculo vasto lateral) FALC – é a região de escolha para aplicação de vacinas intramusculares em crianças menores de 2 anos de idade.

1 - Técnicas de aplicação na região do deltóide:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 74
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

*Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná*

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

1. Orientar o paciente sobre o que será feito;
2. Lavar as mãos,
3. Preparar/aspirar a vacina;
4. Colocar o braço do paciente em posição confortável, orientando que o braço deve ser mantido fletido sobre a linha média do abdome ou caído ao longo do corpo.
5. Observar visualmente e por palpação sinais de hematomas ou inflamações, nódulos, endurecimentos, e na presença de qualquer um destes sinais não aplicar a vacina naquela região.
6. Medir a região de aplicação 4 dedos abaixo do acrômio,
7. Com o algodão na mão oposta ao da seringa, fazer anti-sepsia da pele de cima para baixo, em uma área ampla, virando a bola de algodão a cada movimento;
8. Mantenha a bola de algodão entre os dedos da mão oposta ao da seringa, retirar o protetor da agulha;
9. Com o polegar e o indicador da mão esquerda, fazer um coxim esticando a pele e fixando o músculo, aprisionando a maior parte possível do músculo
10. No caso de pessoas obesas apenas esticar a pele a fim de afastar o tecido adiposo assegurando a introdução da agulha no interior do músculo;

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 75
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

11. Com um ângulo de 90° graus (ângulo reto), introduzir a agulha na parte central do músculo com bisel lateralizado (mesmo sentido da fibra muscular);
12. Soltar o músculo e com a mão esquerda, segurar o corpo da seringa, puxando o embolo em seguida;
13. Caso haja refluxo de sangue, retirar a seringa, fazer compressão no local, e puncionar o outro braço;
14. Caso não haja sangue, injetar o imunobiológico lentamente;
15. Retirar a seringa, comprimindo a região com a bola de algodão;
16. Desprezar agulha e seringa sem reencapar a agulha, em recipiente próprio para material perfuro cortante;
17. Observar reações no paciente antes e depois da aplicação;
18. Deixar o ambiente em ordem;

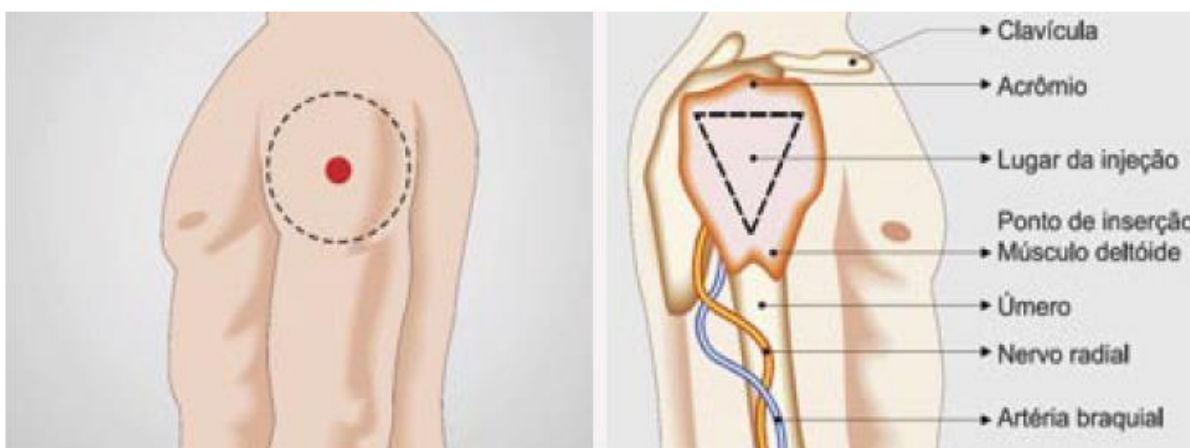


Figura acima ilustrando a localização do músculo deltóide e o local correto para aplicação do imunobiológico (4 dedos abaixo do acrômio).

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 76
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

2 - Técnica de aplicação na Região Antero lateral da coxa (FALC):

1. Orientar o paciente sobre o que será feito
2. Lavar as mãos
3. Preparar a vacina
4. Observar visualmente sinais de hematomas ou inflamações, nódulos, endurecimentos, e na presença de qualquer um destes sinais não aplicar a vacina naquela região.
5. Posicionar o paciente no decúbito recomendado, pode ser o dorsal ou sentado, sendo neste ultimo que a perna do paciente deve estar fletida.
6. Dividir a região lateral da coxa em três partes, localizando e utilizando o terço médio para aplicação;
7. Com o algodão na mão oposta ao da seringa, fazer anti-sepsia da pele de cima para baixo, em uma área ampla, virando a bola de algodão a cada movimento;
8. Mantenha a bola de algodão entre os dedos da mão oposta ao da seringa, retirar o protetor da agulha;
9. Comprimir bem a pele contra o músculo;
10. Com um angulo de 90° graus (ângulo reto), introduzir a agulha na parte central do músculo (quadrante superior externo) com bisel lateralizado (mesmo sentido da fibra muscular);
11. Soltar o músculo e com a mão esquerda, segurar o corpo da seringa, puxando o embolo em seguida;

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 77
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Céu Azul - Estado do
Paraná

Rua Arnaldo Bussato Centro – CEP 85840-000 Fone/Fax (45) 31211051
CNPJ 762064730001-01 e-mail:sec.saude@netceu.com.br

12. Caso haja refluxo de sangue, retirar a seringa, fazer compressão no local, e puncionar a outra perna;
13. Caso não haja sangue, injetar o imunobiológico lentamente;
14. Retirar a seringa, comprimindo a região com a bola de algodão;
15. Desprezar agulha e seringa sem reencapar a agulha, em recipiente próprio para material perfuro cortante;
16. Observar reações no paciente antes e depois da aplicação;
17. Deixar o ambiente em ordem.

4.7 - Aplicação simultânea de vacinas:

Não há nenhuma contra-indicação para a administração simultânea de duas ou mais vacinas desde que as mesmas sejam aplicadas em locais diferentes com utilização de seringas diferentes e no mesmo dia de atendimento.

Os imunobiológicos orais podem ser administrados pela mesma via sem qualquer problema.

Observações:

1. No caso das vacinas virais inativas, caso as mesmas não sejam administradas no mesmo dia, deve-se proceder à vacinação com aprazamento respeitando-se um período mínimo de 30 dias entre uma dose e outra para que não se tenha interferência no processo de produção de imunidade.
2. A única recomendação existente em relação a não administração simultânea de Imunobiológicos é em relação às vacinas **contra febre amarela e tríplice**

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: 78
Rosângela F. Silva Coren 184704	Eliane Folchini Coren 164845	



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

viral, respeitando-se, portanto um intervalo mínimo de 30 dias entre a aplicação de uma em relação à outra (nota técnica Nº 33/2013).

3. Na administração simultânea de vacinas devem ser utilizadas agulhas, seringas e sítios de aplicação diferentes. Se mais de uma injeção for dada em um mesmo membro, devem ser administradas pelo menos a 2,5 centímetros de distância (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2003 apud BRASIL, 2012, p 09) conforme figura abaixo:



Fonte: Brasil, informe técnico da introdução da vacina pentavalente 2012, p 09.

4. O local em que cada injeção for administrada deve ser observado nos registros do indivíduo, possibilitando a diferenciação de qualquer reação local.

4.8 - Vacinação dos Trabalhadores:

No que diz respeito à saúde do trabalhador, conforme a NR 32 (embasada nas portarias GM n.º 485, de 11 de novembro de 2005 16/11/05 e GM n.º 939, de 18 de novembro de 2008 19/11/08), que tem por finalidade

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 79
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, fica estabelecido:

- ⇒ A todo trabalhador dos serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO.
- ⇒ Sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar, expostos, o empregador deve fornecê-las gratuitamente.
- ⇒ O empregador deve fazer o controle da eficácia da vacinação sempre que for recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos, e providenciar, se necessário, seu reforço.
- ⇒ A vacinação deve obedecer às recomendações do Ministério da Saúde.
- ⇒ empregador deve assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, devendo, nestes casos, guardar documento comprobatório e mantê-lo disponível à inspeção do trabalho.
- ⇒ A vacinação deve ser registrada no prontuário clínico individual do trabalhador.
- ⇒ Deve ser fornecido ao trabalhador comprovante das vacinas recebidas.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 80
Rosângela F. Silva			



CAPITULO V – PROCEDIMENTOS/SITUAÇÕES ESPECIFICAS AS ROTINAS DE VACINAÇÃO

5.1 - Contra - indicações gerais dos imunobiológicos

Reação anafilática: a qualquer componente da vacina que foi previamente administrada. Reações de inicio retardado que se iniciam cerca de 48 a 96 horas após a aplicação da vacina não se constituem em contra-indicação. Deve-se dar atenção especial a pessoas com história de reação anafilática grave após ingestão de ovo de galinha, estes indivíduos podem receber as vacinas que possam a vir ter em sua composição traços de embrião de galinha, um vez que são encubadas em ovo (SRC, febre amarela e influenza), desde que a mesma seja administrada em unidades de saúde com serviços de emergência capaz de atender qualquer intercorrência.

Imunodeficiência congênita ou adquirida, neoplasia maligna, tratamento imunossupressor: prednisona em doses maiores ou iguais a 2mg/kg-dia de prednisona ou equivalente para crianças e maiores ou iguais a 20mg-dia para adultos, por um período maior que 14 dias deve ser considerada imunossupressora. Nesses casos a vacinação deve ser adiada para três meses após o termino do tratamento. Quimioterapia e radioterapia.

Gravidez: para vacinas vivas atenuadas, nesses casos deve-se avaliar o risco beneficio da aplicação do imunobiológico.

5.2 - Adiamento de vacinação:

Tratamento com imunossupressores e corticóides: adiar a vacinação para 3 meses após o termino do tratamento, pelo risco de disseminação dos microorganismos e

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 81
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

desenvolvimento da doença, e pela possibilidade de não desencadeamento da resposta imune adequada.

Doença febril grave ou com temperatura acima de 37,5°: em função da possibilidade de confusão entre os sintomas desencadeados pela doença infecciosa e os efeitos adversos pós vacinais.

Uso de imunoderivados (soros e imunoglobulinas) e hemoderivados: deve-se aguardar um tempo conforme tabela abaixo, até a completa eliminação dos anticorpos vinculados por estes componentes no organismo.

O uso de papa de hemácias LAVADAS dispensa o adiamento da vacinação.

Imunobiológicos	Tempo (meses)
Imunoglobulina antitetânica	3 meses
Imunoglobulina anti-hepatite B	3 meses
Imunoglobulina antirrábica	4 meses
Imunoglobulina antivaricela-zoster	5 meses
Hemoderivados	
Hemácias lavadas	0 meses
Concentrado de hemácias	5 meses
Sangue total	6 meses
Plasma ou plaquetas	7 meses

Fonte: Manual dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais, 2006.

5.3 - Falsas contra-indicações a vacinação:

- ⇒ Prematuridade: existem recomendações específicas.
- ⇒ Desnutrição; nesse caso deve-se proceder a vacinação, pois não há risco de resposta imune ineficaz, pois a imunidade humoral do organismo está poupada.
- ⇒ Doença febril leve: resfriados ou diarreia (avaliar a via de administração da vacina no caso da diarreia).
- ⇒ Período de convalescença após doenças agudas,

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 82
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

- ⇒ Uso de antibióticos terapêuticos ou profiláticos,
- ⇒ Vacinação anti-rábica em andamento;
- ⇒ Uso de corticóides tópicos, inalatórios, ou sistêmicos por período inferior a uma semana.
- ⇒ História inespecífica de alergias;
- ⇒ História de febre após vacinação: deve-se administrar antitérmico se houver febre novamente.
- ⇒ História de alergias a penicilina: nenhuma das vacinas atuais contém penicilina em sua formulação.
- ⇒ Antecedente familiar de convulsão, morte súbita ou efeito adverso à vacinação.

5.4 - Eventos adversos pós-vacinação:

Denomina-se Evento Adverso Pós-Vacinação (EAPV) qualquer ocorrência clínica indesejável em indivíduo que tenha recebido algum imunobiológico. Um evento que está temporalmente associado ao uso da vacina, nem sempre tem relação causal com ela. A grande maioria dos eventos são locais e sistêmicos leves, por isso as ações de vigilância são voltadas para os eventos moderados e graves. Em raríssimas situações, o óbito pode ser em decorrência da vacinação (BRASIL, 2008).

Segundo Brasil (2008, p 24), os eventos podem ser classificados quanto à intensidade em: grave, moderado e leve:

Evento grave:

- Hospitalização por pelo menos 24 horas;
- Disfunção ou incapacidade significativa e/ou persistente (seqüela);
- Evento que resulte em anomalia congênita;
- Risco de morte (necessidade de intervenção imediata para evitar o óbito);
- Óbito.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 83
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

Evento moderado: Quando necessita de avaliação médica e exames complementares e/ou tratamento médico, não se incluindo na categoria grave.

Evento leve: Quando não necessita de exames complementares e tratamento médico.

5.5 - Investigação/notificação dos eventos adversos pós-vacinais:

Agente: Profissional de saúde.

Finalidade: Todos os eventos adversos conhecidos definidos como de importância para a Vigilância dos Eventos Adversos Pós-Vacinação devem ser notificados. A recomendação é que todos os eventos sejam notificados, mesmo os leves.

- ⇒ A notificação de ser feita em impresso próprio e encaminhada a 10ª Regional de Saúde, que digitará a ficha em programa específico e a encaminhará a Curitiba que avaliará a notificação e remeterá a 10ª Regional relatório e esta ao município.
- ⇒ Caso haja a necessidade de indicação de imunobiológicos especiais para algum caso de evento adverso pós-vacinal não há necessidade de preenchimento de ficha do SI-CRIE, pois o envio será automático ao município mediante ficha de notificação.

5.6 - Descrição e conduta frente a alguns eventos adversos comuns a vários imunobiológicos:

Mesmo as vacinas serem produtos de extrema segurança, é possível que ocorram reações até mesmo graves, com a sua utilização.

De acordo com o Manual de vigilância Epidemiológica dos Eventos adversos pós vacinais (2008), as orientações dada a seguir em relação aos eventos adversos mais comuns destina-se aos serviços de rotina de imunização, porém, não é orientação

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 84
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

impositiva, devendo ser adaptada às circunstâncias operacionais e à experiência e treinamento de cada grupo.

A - manifestações locais

Podem ocorrer após a aplicação de qualquer vacina.

Estas reações são consequência da introdução da agulha e do conteúdo vacinal no tecido muscular. A hiperestesia se produz pela irritação dos terminais nervosos locais. O eritema se deve à vasodilatação reativa, que favorece a absorção. O prurido e as pápulas urticariformes são consequências da liberação de histamina, serotonina e outras substâncias vasoativas. O enfartamento ganglionar revela a atividade das células retículo-endoteliais e dos macrófagos para eliminar os restos da vacina.

Os abscessos ocorrem quando há a contaminação no local de inoculação e estão normalmente relacionados a erro de técnica.

Notificação e investigação: Notificar e investigar os casos com abscessos ou outras reações locais muito intensas (edema e/ou vermelhidão extensos, limitação de movimentos acentuada e duradoura); notificar também o aumento exagerado de determinada(s) reação(ões) locais associada(s) eventualmente a erros de técnica ou a lote vacinal (“surtos”).

Tratamento

1. Analgésico, se necessário;
2. Compressas frias, nas primeiras 24-48 horas após a aplicação, nos casos de dor e reação locais intensas.
3. Os abscessos devem ser submetidos à avaliação médica, para a conduta apropriada.

Contra-indicação para doses subsequentes: Não há.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 85
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

B – Febre:

Elevação da temperatura axilar acima de 37,5°C. É uma resposta fisiológica à administração de antígenos, com produção de citocinas inflamatórias que atuam no hipotálamo, com liberação de prostaglandinas e elevação da temperatura. Promove a resposta imunológica. Pode também ocorrer pela administração de substâncias tóxicas contaminantes, como a endotoxina, ou ser secundária a processos inflamatórios inespecíficos, como abscessos locais.

A febre pode ocorrer logo após a aplicação de vacinas não vivas (como na vacina tetravalente, vacina meningocócica B/C etc.) ou alguns dias depois de vacinas vivas (como na vacina tríplice viral). É possível que se deva a alguma infecção intercorrente ou desidratação, portanto, a criança deve ser examinada quando a febre for alta ou fugir do padrão esperado para o tipo de vacina aplicada.

Notificação e investigação: Notificar e investigar se detectada com intensidade maior ou igual a 39,0°C e frequência acima do esperado (“surto”) ou associadas eventualmente a lotes.

Conduta

a) Tratamento

Quando a febre se deve à vacinação, o quadro geralmente é benigno e autolimitado.

Manter a pessoa em repouso, em ambiente bem ventilado, administrar água e outros líquidos apropriados, tais como o leite materno, terapia de reidratação oral e considerar o uso de antitérmico, (recomenda-se o uso de antitérmicos somente em crianças que apresentem temperatura superior a 38°C após a vacinação).

Antitérmicos: paracetamol, de preferência.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 86
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

Dosagem (crianças e adultos): 10 a 15mg/kg/dose (dose máxima 750mg) até de 6/6 horas.

Nos casos de febre muito alta sem resposta ao paracetamol, pode-se usar dipirona, 15mg/kg/dose, por via oral.

Antitérmico profilático: utilizá-lo quando na dose anterior houve febre elevada (febre = ou $> 39,5^{\circ}\text{C}$) ou história prévia de convulsão febril. Administrar no momento da vacinação e depois repetir de 6/6 horas durante 24 a 48 horas. Usar de preferência o paracetamol, na dose já indicada.

b) Contra-indicação para doses subsequentes

Não há. Considerar a conveniência de antitérmico profilático.

C - Convulsão

Febril

É um problema neurológico comum na infância.

Freqüentemente está associada a processo infeccioso fora do sistema nervoso central. Pode ocorrer após a vacinação, devido à febre que eventualmente sucede a aplicação desses imunobiológicos. O cérebro imaturo é muito sensível às mudanças bruscas de temperatura, a convulsão ocorre principalmente com febre elevada, porém acontece também em febre baixa.

A crise convulsiva febril é, em geral, do tipo clônico, tônico-clônico generalizada e com manifestações neurológicas pós-convulsivas discretas. É geralmente de curta duração, podendo, entretanto, ocorrer crises múltiplas e prolongadas. O fator preditivo mais importante para a ocorrência da primeira crise é a história familiar de crises convulsivas agudas febris.

Notificação e investigação: Notificar e investigar todos os casos.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 87
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

Conduta

Deve-se oferecer, repetidamente, água, leite materno e outros líquidos apropriados às crianças com febre, sobretudo nos dias muito quentes. Mantê-las em ambiente ventilado e longe do sol ou de outras fontes de calor.

A fase aguda da crise febril deve ser tratada como qualquer outra convulsão.

Embora a maioria das crises cesse espontaneamente em poucos minutos existem aquelas mais prolongadas que exigem tratamento. Nestes casos, devem ser adotadas as medidas básicas de suporte, ao mesmo tempo em que se combate a febre com antitérmicos e a crise com drogas anticonvulsivantes.

Tratamento

1. Colocar o paciente em decúbito lateral, com o corpo inclinado, de modo que a cabeça fique abaixo do nível do restante do corpo (Trendelenburg);
2. Aspirar secreções;
3. Afrouxar as roupas;
4. Proteger a língua, com gaze dobrada entre os dentes;
5. Aplicar anticonvulsivante: o medicamento de escolha para a terapêutica inicial é o diazepam, administrado por via intravenosa, lentamente, na dose de 0,04 a 0,2mg/kg, velocidade de 1mg por minuto. Esse medicamento não deverá ser aplicado caso a crise tenha cessado espontaneamente. Pode também ser utilizada a via retal, na dose de 0,5mg/kg. Dose máxima: 10mg/dose. É droga de meia-vida curta, com duração pequena de ação terapêutica. O fenobarbital pode ser utilizado como alternativa inicial quando não houver diazepínico disponível ou para dar continuidade ao tratamento. Sua atividade é duradoura, por ter meia-vida prolongada. Dose de ataque: 10mg/kg, por via intramuscular;

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 88
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

6. Oxigênio úmido, se necessário (cianose, mesmo após aspiração);
7. É comum a criança dormir, após a crise, mesmo sem medicação; não se deve acordá-la;
8. Encaminhar para avaliação neurológica, se for o primeiro episódio de crise convulsiva.

Contra-indicação para doses subseqüentes

Afebril

É rara em associação com vacina e necessita de avaliação e acompanhamento neurológico. O tratamento da fase aguda é semelhante ao da convulsão febril, com exceção do uso do antitérmico.

D - Reações de hipersensibilidade

Eventos adversos compatíveis com hipersensibilidade de tipo I (imediate)

São as reações mediadas por IgE, alérgicas, também denominadas anafilaxia e reações anafiláticas.

A reação anafilática induzida pela aplicação da vacina pode estar associada com:

- Reações ao ovo de galinha, como as vacinas contra febre amarela e influenza;
- Reação à gelatina, usada como estabilizador em algumas vacinas, como a tríplice viral;
- Reação a alguns antibióticos (por exemplo, kanamicina) contidos em algumas vacinas;
- Reação a alguns dos componentes do próprio imunógeno.

A anafilaxia é uma reação alérgica generalizada e aguda, podendo haver comprometimento simultâneo de vários sistemas orgânicos. Apresenta-se com as seguintes manifestações:

- Dermatológicas (prurido, angioedema, urticária generalizada e/ou eritema);
- Cardiocirculatórias (hipotensão, arritmias, choque, etc.);

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 89
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

- Respiratórias (edema de laringe com estridor, dificuldade respiratória, tosse, espirros, dispnéia, sibilos, sintomas nasais ou oculares: congestão nasal, rinorréia, congestão conjuntival);
- Gastrointestinais (náuseas, vômitos e diarreia).

Quanto à gravidade podem ser classificadas em reações alérgicas graves e não graves.

Manifestações alérgicas graves: choque anafilático

São reações alérgicas que ocorrem geralmente em menos de duas horas após a aplicação de vacinas e soros (ou medicamento), principalmente na primeira meia hora.

O choque anafilático caracteriza-se por instalação súbita de sinais de colapso circulatório com diminuição ou abolição do tônus muscular, palidez, cianose, resposta diminuída ou ausente aos estímulos, depressão ou perda do estado de consciência, hipotensão ou choque, e algumas vezes, parada cardíaca associada ou não a alterações respiratórias.

Notificação e investigação: Notificar e investigar todos os casos.

Conduta

Em caso de reação anafilática no momento da aplicação do imunobiológico, o profissional que está atendendo o paciente deverá chamar por ajuda sem abandonar o mesmo, devendo imediatamente receber o atendimento médico e encaminhá-lo ao hospital o mais breve possível, garantindo a segurança do paciente.

5.7 - Imunobiológicos sob suspeita:

A manutenção da qualidade do imunobiológico, desde a sua produção até o momento em que ele é administrado, deve ser uma constante preocupação daqueles que distribuem, recebem e utilizam esses produtos.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 90
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

Quando um imunobiológico é colocado sob suspeita deve ser submetido a processos de análise e/ou reteste.

Caso ocorra qualquer alteração de temperatura que não esteja de acordo com o preconizado proceder da seguinte maneira:

1. Avisar imediatamente a vigilância epidemiológica municipal.
2. Suspende de imediato a utilização do imunobiológico, mantendo-o sob refrigeração adequada (+ 2 e + 8° C), colocando-os em sacos plásticos na terceira prateleira da geladeira de guarda de imunobiológicos.
3. A Vigilância Epidemiológica realizará o preenchimento do formulário para Avaliação de Imunobiológicos sob Suspeita, identificando no mesmo o imunobiológico sob suspeita, registrando o número do lote, procedência, quantidade, data da validade do lote, local e condições de armazenamento, e o enviará para a Coordenação Estadual do PNI (10ª regional de saúde) e este à Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Esta, por sua vez, avaliará a situação de suspeita recomendando ou não o reteste (processo bastante dispendioso), ou indicar a autorização para utilização ou descarte do imunobiológico.
4. O imunobiológico sob suspeita poderá ser remetido à 10ª Regional de Saúde, devidamente acondicionado em caixas térmicas e acompanhado do documento de devolução, assinado pelo responsável (no caso de falta de espaço nos armazenamentos, necessidade de acondicionamento adequado ou por determinação do coordenador estadual do PNI).

Observações:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 91
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

- ⇒ As vacinas não poderão ser inutilizadas sem autorização por escrito da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações;
- ⇒ A decisão final sobre a realização ou não de reteste dos imunobiológicos será de competência da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
- ⇒ O tempo de duração do reteste, no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde – INCQS varia entre 45 e 90 dias, dependendo do imunobiológico.

5.8 - Inutilização dos imunobiológicos sob suspeita:

Muitas vezes o quantitativo de imunobiológicos sob suspeita não justifica a realização de reteste, outras vezes o resultado da reanálise orienta a não utilização do produto.

Nesses casos, os imunobiológicos devem ter um destino adequado, ou seja, descartados em recipiente próprio, a saber:

1. Assim que recebido por escrito a autorização para descarte dos imunobiológicos, retirá - los da geladeira.
2. Retirar as ampolas ou frasco ampolas das caixas e desprezar uma a uma no recipiente para descarte de resíduos de vacinas.
3. Encaminhar o coletor de resíduos para tratamento adequado pela empresa coletora de resíduos de serviços de saúde do Município conforme preconizado no PGRSS Municipal.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 92
Rosângela F. Silva			



CAPITULO VI - REDE DE FRIO

6.1 - Controle de qualidade:

Para assegurar a eficácia das vacinas utilizadas no Programa de Imunização é fundamental assegurar que todos os imunobiológicos administrados mantenham suas características iniciais, “a fim de conferir imunidade, haja vista que são produtos termolábeis, isto é, se deterioram depois de determinado tempo quando expostos a variações de temperaturas inadequadas à sua conservação. O calor acelera a inativação dos componentes imunogênicos”.

6. 2 – Conservação dos imunobiologicos:

Processo de armazenamento e conservação em instância municipal:

Utilizar equipamentos (rede de frios) específicos para guarda e conservação dos imunobiológicos, não podendo em hipótese alguma ser armazenado qualquer outro produto ou medicamento, devendo ser mantido na temperatura ideal de conservação (+2° e +8°C). Os imunobiológicos estão dispostos na geladeira de forma a facilitar a visualização e manuseio pelo profissional de enfermagem da sala de vacinas. Os imunobiológicos utilizados na rotina diária deverão ser transferidos da rede de frios para a geladeira de rotina, onde os mesmos ficam dispostos em dois compartimentos.

2 – Como proceder a limpeza do equipamento:

3 - Para transporte de imunobiológicos:

1. Entre unidades de vacinação ou da rede de frio municipal para as unidades de vacinação: em caixa térmica especifica colocar o gelo reciclável previamente ambientado, deixá-la chegar à temperatura recomendada e em seguida retirar da rede de frio todo imunobiológico a

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 93
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

ser enviado a unidade de vacinação, e solicitar ao motorista que realize o transporte até o destino final.

2. Entre a rede de frio estadual e a municipal: em caixa térmica específica colocar o gelo reciclável que deve ser retirado do congelador e colocado diretamente na caixa. Esta é a única situação onde não há a necessidade de ambientação previa do gelo. Solicitar ao motorista que deixe a caixa térmica pela manhã e retire os imunobiológicos na 10ª Regional de Saúde no período da tarde.

Ao chegarem, as vacinas devem ser armazenadas na geladeira de rede de frio do município de acordo como preconizado para a organização interna dos imunobiologicos na mesma.

6.3 – Armazenamento/procedimento para a falta de energia ou quebra de geladeira:

Agente: equipe de enfermagem

Definição: armazenamento adequado de imunobiologicos em situações de emergência, onde as condições específicas do refrigerador ou de eletricidade não garantam a conservação dos mesmos.

Finalidade: tomar providências para evitar a perda dos imunobiológicos acondicionados.

A - Defeito técnico:

- ⇒ Os imunobiológicos deverão ser acondicionados em caixas térmicas mantendo a temperatura recomendada de +2°C a +8°C, onde poderão permanecer até 24 horas em condições climáticas favoráveis.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 94
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

- ⇒ Ou repassados para acondicionamento em outra geladeira de rede de vacinação do Município.

B - Corte de energia elétrica: nessa situação recomenda-se:

- ⇒ Se a geladeira está em perfeito estado de funcionamento, apresentando variação de temperatura de +2°C a +8°C, deve-se mantê-la fechada por um período máximo de oito horas.
- ⇒ As bobinas de gelo reciclável congeladas servem para o acondicionamento dos imunobiológicos em caixas térmicas quando a interrupção do fornecimento de energia elétrica durar mais que oito horas.
- ⇒ Caso a geladeira em uso não apresente um perfeito estado de funcionamento e sua temperatura variar entre +6°C e +8°C com frequência, a permanência dos imunobiológicos nesse equipamento não deverá ser por mais que duas horas e meia, a partir do início da falta de fornecimento de energia elétrica.
- ⇒ Em situações em que o equipamento de refrigeração apresentar as condições acima mencionadas e não se tiver estimativa do tempo em que a energia elétrica permanecerá interrompida, o acondicionamento dos imunobiológicos em caixas térmicas, utilizando-se a devida técnica, deverá ser providenciado em uma hora.
- ⇒ Caso o defeito identificado não seja solucionado e a corrente elétrica não se restabeleça até o encerramento dos trabalhos da unidade de saúde, transferir as caixas térmicas com os imunobiológicos para o serviço de saúde mais próximo ou para a instância regional.
- ⇒ Recomenda-se que, na caixa de distribuição da força elétrica, seja identificada a chave responsável pela condução de energia para a sala de vacinação. Nessa chave deve-se colocar um aviso para que nunca seja desligada sem comunicar

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 95
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

com antecedência ao responsável pelos imunobiológicos. É importante, também, manter a articulação constante com a empresa local de energia elétrica, a fim de ter informação prévia sobre eventuais cortes de energia.

- ⇒ Nas situações de emergência, a instância central estadual ou regional da Rede de Frio (secretaria estadual ou órgão regional de saúde) necessita ser informada sobre as circunstâncias em que essas situações ocorreram, para tomar providências de acordo com a ocorrência.
- ⇒ Quando a temperatura da geladeira ultrapassar +8°C os imunobiológicos deverão ser colocados sob suspeita.

Observações:

- ⇒ Controlar a temperatura da caixa térmica com o termômetro de cabo extensor, mantendo a temperatura interna entre +2°C e +8°C;
- ⇒ Verificar, constantemente, a temperatura do interior da caixa térmica;
- ⇒ Sempre que necessário, as bobinas de gelo reciclável devem ser trocados.
- ⇒ Antes de iniciar a jornada da tarde (ou antes, se necessário) trocar as bobinas de gelo reciclável.
- ⇒ Para facilitar o acesso à vacina, no momento da administração, colocar os frascos ou ampolas em copinhos descartáveis, separando-os por tipo.
- ⇒ Manter a caixa térmica fora do alcance da luz solar direta e distante de fontes de calor, como estufa, aquecedor, etc.

6.4 - Leitura diária de temperatura e anotação em mapa específico:

Agente: auxiliar/técnico de enfermagem;

Definição: é o processo de leitura da temperatura registrada pelo termômetro da geladeira que acondiciona imunobiológicos e anotação em mapa específico.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 96
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

Finalidade: Fazer a leitura da temperatura, diariamente, no início da jornada de trabalho e no final do dia a fim de controlar as oscilações de temperaturas (máxima e mínima) sofridas na parte interna da geladeira.

Proceder a leitura do termômetro da geladeira duas vezes ao dia, no início e no fim da rotina de trabalho e anotar no formulário de controle diário de temperatura.

- Acionar o botão de cima para verificar a temperatura máxima,
- Acionar o botão novamente para verificar a temperatura mínima,
- Após a leitura deve-se acionar o botão “reset” do termômetro para que o mesmo marque as novas temperaturas.

6.5 - Transporte de imunobiológicos pelos motoristas:

É importante a adoção de algumas especificações e condutas para transporte de vacinas, seja da esfera estadual a municipal ou entre unidades de saúde do município, pois:

- O correto transporte e armazenamento de vacinas fazem com que o combate a doenças infecciosas seja eficaz.
- A partir do momento em que as vacinas deixam a rede de frio estadual (10ª Regional de Saúde) são de responsabilidade do Município o transporte e armazenamento correto das mesmas sendo que as vacinas devem ser mantidas entre 2 e 8 C.
- A instrução normativa nº 2, de 30 de janeiro de 2003 que regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, no que se refere à gestão dos imunobiológicos providos pela Fundação Nacional de Saúde FUNASA aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para fins de controle de doenças imunopreveníveis, estabelece a esfera federal o direito de cobrança e

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 97
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

ressarcimento financeiro pelos imunobiológicos perdidos por falhas técnicas ou de procedimento dos estados ou municípios.

A - Procedimento de transporte entre os postos de saúde ou da rede de frio municipal para as unidades de vacinação:

1. O transporte é realizado em caixa térmica com termômetro, sendo que o preparo e ambientação da mesma e a colocação das vacinas nas caixas já em temperatura ideal de conservação é realizado pela enfermagem.
2. Em seguida é solicitado ao motorista que realize o transporte até o destino final.
3. O transporte deve ser realizado tão logo solicitado para que as vacinas não sofram alteração de temperatura, e deve ser feito diretamente de um posto de saúde a outro, sem desvios de percurso.
4. A caixa com as vacinas, no posto de saúde de destino final, deve ser entregue nas mãos dos técnicos da equipe de enfermagem para que os mesmos façam o armazenamento imediato na geladeira da unidade.
5. O motorista após esse processo deve retornar a caixa térmica para a unidade de origem.
6. O motorista realiza exclusivamente o transporte das vacinas, não sendo de sua responsabilidade o preparo da caixa térmica e a guarda de vacinas, no entanto enquanto realiza o transporte, as vacinas são de sua responsabilidade por isso deve estar atento para qualquer alteração de temperatura diferente de 2 a 8 °C que sofram as vacinas.

B - Procedimento de transporte da rede de frio estadual (10ª regional de Saúde) até a municipal:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 98
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

1. A equipe de enfermagem irá preparar a caixa térmica específica com o gelo reciclável.
2. O motorista deve deixar a caixa térmica na 10ª Regional de Saúde na ida a Cascavel, pois há necessidade de os profissionais da 10ª deixarem a caixa e o gelo em temperatura ideal para acondicionar as vacinas.
3. A retirada dos imunobiológicos na 10ª Regional de Saúde deve ser feita somente no momento do retorno ao município, nunca quando o mesmo irá a outros percursos antes do retorno, pois a demora na chegada ao município, aliada a altas temperaturas do veículo derretam rapidamente o gelo reciclável e aqueçam as vacinas perdendo-se o lote inteiro.
4. Ao chegar ao município, a caixa térmica com as vacinas deve ser entregue a um membro da equipe de enfermagem para que as mesmas sejam armazenadas na geladeira de vacinas do município de acordo como preconizado para conservação correta das vacinas.

CAPITULO VII – PROCEDIMENTOS DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA EM SALA DE VACINAÇÃO

7.1 - Limpeza da geladeira de armazenamento de vacinas:

Agente: Técnico de Enfermagem

Definição: manutenção da geladeira em condições adequadas de limpeza afim de um correto armazenamento das vacinas. Deve ser realizada semanalmente e/ou com maior frequência se for necessário.

1. Realizar a transferência dos imunobiológicos da geladeira a ser higienizada para a outra geladeira, mantendo a temperatura recomendada (+2°C a +8°C)

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 99
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

2. Desligar a geladeira pelo *plug* (nunca pelo termostato), limpar a geladeira com um pano umedecido em solução de água com sabão neutro.
3. Após a limpeza: ligar a geladeira;
4. Manter as portas fechadas até restabelecer a temperatura, quando a mesma estiver entre +2°C e +8°C recolocar as vacinas e soros nos seus devidos lugares.

7. 2 – Limpeza/lavagem da caixa Térmica:

Agente: Técnico de Enfermagem

Finalidade: remoção de sujidades.

- A caixa térmica deve ser lavada após cada utilização;
- Retirar o termômetro que se encontra fixado na caixa;
- Lavar a caixa térmica com água e sabão;
- enxaguá-la em água corrente;
- Secá-la com pano limpo e seco;
- Manter as caixas térmicas sem a tampa, até que estejam completamente secas.
Após a secagem, tampá-las.
- Recolocar o termômetro na caixa;
- Acondicioná-la no armário da sala de vacinas.

7.3- Lavagem/ desinfecção do gelo reciclável:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 100
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

Agente: Técnico de Enfermagem

- ⇒ Toda bobina de gelo reciclável utilizado em sala de vacina deve ser colocado em recipiente próprio e encaminhado ao expurgo para lavagem conforme normas do setor.
- ⇒ As bobinas de gelo reciclável devem ser lavadas, enxugadas e retornadas ao congelador ou freezer.

Notas:

- Caso o frasco plástico seja danificado, deixando vazar seu conteúdo, no total ou em parte, a bobina deverá ser desprezada.
- Não se deve manter bobinas fora do congelador ou freezer.
- Observar o prazo de validade das bobinas, pois as que contêm celulose vegetal propiciam o crescimento de microorganismos após o vencimento do prazo de validade.

7.4 - Limpeza do Mobiliário, paredes, Bancadas e Equipamentos

Agente: Técnico de enfermagem/serviço de apoio.

Obs.: após a limpeza, é de responsabilidade da equipe de enfermagem a desinfecção das superfícies, por meio da fricção, com álcool a 70% e pano seco.

Finalidade: retirar a poeira, lavar, retirar manchas, polir e escovar bancadas, móveis e equipamentos, diariamente.

Execução: a execução da limpeza deve ser realizada de acordo com as normas e rotinas existentes no manual de limpeza vigente na instituição.

7.5 - Desinfecção e Troca de almotolias

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 101
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

Agente: Técnico de Enfermagem

Definição: É a limpeza e desinfecção realizada nas almotolias colocando novas soluções após o término da solução e/ou no máximo a cada 7 dias.

Finalidade: almotolias previamente limpas, identificadas e datadas para uso no setor.

- ⇒ As almotolias com prazo de validade expirado ou no término da solução devem ser encaminhadas para o expurgo da unidade para lavagem e embalagem conforme normas do setor.
- ⇒ Quando do reabastecimento para uso, deve-se datar a almotolia colocando-se a data da reposição, data de validade e assinatura do funcionário que realizou a troca.

Observações:

1. A quantidade de solução colocada nas almotolias deve ser suficiente apenas para uso diário ou semanal.
2. Nunca reabastecer as almotolias sem limpeza e desinfecção prévia.

7.6 - Limpeza do Aparelho de Ar Condicionado

Agente: Serviço de Apoio

Finalidade: Visa remover a sujeira do aparelho de ar condicionado, sendo uma das maneiras de promover a durabilidade/manutenção preventiva do aparelho.

Execução: Este procedimento deverá ser feito quinzenalmente conforme normas estabelecidas em manual de limpeza da unidade.

7.7 - Montagem do Coletor rígido para descarte material

perfurocortante (descartex):

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 102
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

1. Proceder a montagem do coletor conforme instrução do fabricante;
2. Devem ser montados sempre 2 coletores pequenos, sendo um destinado a dispensação dos resíduos de imunobiológicos (frascos ampolas ou ampolas de vacinas e diluentes), e outro para descarte de seringas e agulhas provenientes do processo de vacinação.
3. Proceder a identificação dos coletores, sendo o de seringas e agulhas com data de abertura e validade, e o de frascos-ampola/ampolas com a inscrição “*imunobiológico não autoclavado*” e datas de abertura e validade.
4. A troca dos recipientes rígidos para descarte de material perfurocortante deve ser feita pela equipe de enfermagem a cada 07 dias ou sempre eu o recipiente atingir 2/3 de sua capacidade, lacrando-se as caixas com fita adesiva, e encaminhada para remoção do local de geração através da equipe de apoio conforme descrito no PGRSS.

CAPITULO VIII - MANUTENÇÃO PREVENTIVA DOS EQUIPAMENTOS

Agente: Empresa Especializada contratada pela Prefeitura Municipal.

Definição: ato de realizar avaliações temporárias (a cada 6 meses) dos equipamentos de ar condicionado e da geladeira de armazenamento de vacinas a fim de mante-los em perfeito funcionamento.

Finalidade: Garantir o seu perfeito e contínuo funcionamento, minimizando ao máximo os riscos de perda de imunobiológicos pela exposição à temperaturas inadequadas, como também proporcionando uma maior longevidade desses equipamentos a partir de procedimentos corretos de manutenção (Brasil, 2007).

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 103
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

Deverá ser realizada semestralmente, conforme normas estabelecidas em manual de limpeza da unidade (fase de elaboração), sendo que a empresa contratada deverá a cada manutenção emitir laudo de manutenção a ser arquivado na secretaria municipal de saúde.

A cada manutenção preventiva da geladeira o técnico deve dar ênfase aos pontos abaixo citados:

1. Solicitar do responsável Técnico pela sala de vacina informação sobre a existência ou não de imunobiológicos no interior do gabinete do refrigerador. Caso existam produtos armazenados em conservação, solicitar a remoção total para outro equipamento ou para caixas térmicas.
2. Desligar a geladeira da tomada.
3. Verificar a existência de pontos de ferrugem no gabinete e porta.
4. Verificar os pés ou rodízios de sustentação.
5. Verificar o isolamento térmico e a condensação externa.
6. Verificar a borracha de vedação da porta quanto à existência de ressecamento e/ou perda da imantação.
7. Verificar a vedação total da porta.
8. Verificar os cabos de alimentação, pino e tomada.
9. Ligar o equipamento.
10. Medir a tensão e a corrente do compressor.
11. Verificar vazamentos de gás refrigerante no sistema.
12. Verificar as dobradiças e maçaneta da porta.
13. Verificar a existência de acúmulo de poeira sobre o compressor e condensador do equipamento.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: Página 104
Rosângela F. Silva		



CAPITULO IX – BIOSSEGURANÇA EM SALA DE VACINAS:

9.1 - Boas práticas em serviços de saúde:

Segundo Brasil (2000), “precauções universais são medidas de prevenção que devem ser utilizadas na assistência a todos os pacientes na manipulação de sangue, secreções e excreções e contato com mucosas e pele não – íntegra, independente do diagnóstico definido ou presumido do paciente, ou durante o processo de higienização dos estabelecimentos assistenciais a saúde”.

Essas medidas incluem a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (E.P.I.), com a finalidade de reduzir a exposição do profissional a contaminação seja por material orgânico ou a produtos químicos, como descrito nas recomendações abaixo:

- Máxima atenção durante a realização dos procedimentos;
- Jamais utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimentos que envolvam materiais perfuro-cortantes;
- As agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos;
- Todo material perfuro-cortante (agulhas, scalp, lâminas de bisturi, vidrarias, entre outros), mesmo que estéril, deve ser desprezado em recipientes resistentes à perfuração.
- Os recipientes específicos para descarte de material não devem ser preenchidos acima do limite de 2/3 de sua capacidade total e devem ser colocados sempre próximos do local onde é realizado o procedimento.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 105
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

- Utilizar capacete, luvas e botas ao fazer a limpeza de ambientes dos Serviços de Saúde.

9.2 - Equipamentos de Proteção Individual (EPIs):

Conforme Norma Regulamentadora N° 06 (1978, p.01), “considera-se Equipamento de Proteção Individual - EPI, todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho”.

Os tipos de EPI's utilizados podem variar dependendo do tipo de atividade ou de riscos que poderão ameaçar a segurança e a saúde do trabalhador e da parte do corpo que se pretende proteger, tais como:

- Proteção respiratória: máscaras e filtros;
- Proteção visual e facial: óculos e viseiras;
- Proteção de mãos e braços: luvas e jalecos;
- Proteção de pernas e pés: sapatos, botas e botinas;

9.3 – Apresentação pessoal:

1. Roupa limpa e em ordem, usar jalecos;
2. Cabelos bem penteados e presos;
3. Unhas curtas, limpas e sem esmalte;
4. Sem mau hálito e odor de suor;
5. Homem: barba feita ou bem aparada
6. Mulher: maquiagem e adornos discretos.

9.4 - Lavagem de mãos

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 106
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

A - Lavagem simples das mãos:

Agente: Todo profissional de saúde, sempre ao iniciar e ao término de uma tarefa.

Definição: É a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Finalidade: Remoção de sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e da microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato e prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas.

- No início e no fim do turno de trabalho.
- Antes de preparar vacinas.
- Antes e após o uso de luvas.
- Depois de utilizar o banheiro.
- Antes e depois de contato com pacientes.
- Depois de manusear material contaminado, mesmo quando as luvas tenham sido usadas.
- Antes e depois de manusear catéteres vasculares, sonda vesical, tubo orotraqueal e outros dispositivos
- Após o contato direto com secreções e matéria orgânica.
- Após o contato com superfícies e artigos contaminados.
- Entre os diversos procedimentos realizados no mesmo paciente.
- Quando as mãos forem contaminadas, em caso de acidente.
- Após coçar/assoar nariz, pentear os cabelos, cobrir a boca para espirrar.
- Antes de comer, beber, manusear alimentos.
- Após manusear quaisquer resíduos.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 107
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

- Ao término de cada tarefa.
- Ao término da jornada de trabalho.

B - Técnica de lavagem das mãos

1. Retirar anéis, pulseiras e relógio.
2. Abrir a torneira e molhar as mãos sem encostar-se à pia.
3. Colocar nas mãos aproximadamente 3 a 5 ml de sabão líquido.
4. Ensaboar as mãos friccionando-as por aproximadamente 15 segundos.
5. Friccionar a palma, o dorso das mãos com movimentos circulares, espaços interdigitais, articulações, polegar e extremidades dos dedos.
6. Os antebraços devem ser lavados cuidadosamente, também por 15 segundos.
7. Enxaguar as mãos e antebraços em água corrente abundante, retirando totalmente o resíduo do sabão.
8. Enxugar as mãos com papel toalha.
9. Fechar a torneira ou utilizar o papel toalha; Nunca use as mãos.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura: Página 108
Rosângela F. Silva		



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde



1 Molhe as mãos com água



2 Retire sabonete suficiente para lavar toda a superfície das mãos



3 Esfregue as palmas das mãos uma na outra



4 Esfregue as costas da mão esquerda com a palma direita, com os dedos entrelaçados, e vice-versa



5 Esfregue palma com palma, com os dedos entrelaçados



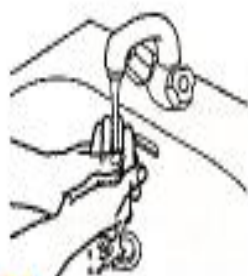
6 Lave as costas dos dedos, fechando-os sobre as palmas das mãos



7 Esfregue os polegares com movimentos circulares, usando a palma da mão oposta



8 Esfregue as palmas das mãos com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares



9 Passe as mãos por água corrente



10 Seque bem as mãos com uma toalha de papel descartável



11 Use a toalha de papel para fechar a torneira



12 As suas mãos estão agora seguras



9.5 - Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico:

Segundo o protocolo de atendimento dos acidentes de trabalho com material biológico da 10ª Regional de saúde deve - se:

I - Fluxo do paciente – conduta:

A) No estabelecimento de Saúde de ocorrência:

Os procedimentos recomendados em caso de exposição à material biológico incluem preenchimento da ficha de notificação (em 2 vias), emissão da CAT e cuidados locais na área exposta:

1. Após exposição à material biológico, cuidados locais com a área exposta devem ser imediatamente iniciados. Recomenda-se lavagem exaustiva com água e sabão em caso de exposição percutânea. O uso de solução antisséptica degermante (PVP-Iodo ou clorexidina) pode também ser recomendado, embora não haja nenhuma evidência objetiva de vantagem em relação ao uso do sabão.
2. Após exposição em mucosas, está recomendada a lavagem exaustiva com água ou solução fisiológica.
3. Procedimentos que aumentam a área exposta (cortes, injeções locais) e a utilização de soluções irritantes como éter, hipoclorito ou glutaraldeído são contra-indicados.
4. Teste rápido HIV: será realizado pela enfermeira com treinamento prévio para tal, sendo que a mesma estará em sobreaviso, devendo-se proceder da seguinte forma:

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 110
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

- ⇒ Quando há o paciente fonte realiza-se o exame no mesmo e no profissional de saúde acidentado, caso contrario realiza-se apenas no profissional de saúde.
- ⇒ O exame será realizado no dia do acidente e repetido 30 e 180 dias após o acidente com material biológico.

O trabalhador acidentado é encaminhado para atendimento médico na unidade de referência 24 horas (HUOP) para o primeiro atendimento, com a ficha de notificação – SINAN - preenchida em duas vias e a CAT (comunicação de acidente de trabalho);

As recomendações específicas para imunização contra tétano e hepatite B, medidas de quimioprofilaxia e acompanhamento sorológico para hepatite e HIV são realizados pela unidade de referencia – HUOP.

B) Unidade de Referencia – HUOP:

- ⇒ A unidade recepcionará o paciente e o encaminhará ao pronto socorro;
- ⇒ Realizarão a primeira avaliação e;
- ⇒ Encaminharão para avaliação médica, que se necessário indicará imunização contra tétano e hepatite B, medidas de quimioprofilaxia (encaminha para farmácia do HUOP) e acompanhamento sorológico (encaminha para coleta de exames) e preenche os dados necessários nas fichas de notificação.
- ⇒ A farmácia fornece a quimioprofilaxia (para 5 dias);
- ⇒ A 1ª via da ficha de investigação deve ser encaminhada para o setor de vigilância epidemiológica do município de origem;

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 111
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

- ⇒ A 2ª via da ficha (entregue ao trabalhador para que o mesmo entregue) e os resultados dos exames devem ser encaminhados ao CRE (Centro Regional de Especialidades), onde o trabalhador será acompanhado ambulatorialmente.

C) Unidade de Referencia Ambulatorial – CRE

- ⇒ Os pacientes atendidos pelo HUOP e encaminhados deverão agendar consulta em no Maximo 5 dias após a ocorrência,
- ⇒ Será realizado acompanhamento clinico e laboratorial com avaliação de exames e necessidade de manter ou não a quimioprofilaxia.

Será DADO continuidade ao preenchimento da 2ª via da ficha de notificação, e encaminha a epidemiologia do município de Cascavel e em seguida a 10ª Regional de saúde para encerramento do caso.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 112
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

Referencias Bibliográficas:

CENTRO DE IMUNIZAÇÕES HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN / Alfredo Elias Gilio, coordenador. **Manual de imunizações** - 4.ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de rede de frio: manutenção de equipamentos de refrigeração, ar condicionado e geração de emergência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008¹.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ação: campanha nacional de vacinação para eliminação da rubéola no Brasil**, 2008 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008².

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Instrução Normativa Nº 2 de 30 de Janeiro de 2003**. Regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Hepatites virais: o Brasil está atento** /, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008³. 60 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Portaria MS GM 3318 de 28 de outubro de 2010**. Institui o calendário básico de vacinação. Brasília, 2010³.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 2010¹.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias – Guia de Bolso** – 8ª edição revista Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8ª edição revista. BRASÍLIA / DF, 2010².

_____. **informe técnico da introdução da vacina pentavalente**. Brasília – Maio 2012¹

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 113
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

_____: **informe técnico da introdução da vacina Inativada contra poliomielite.**
Brasília – Maio 2012²

_____: **informe técnico da campanha de multivacinação.** Brasília – Maio 2012³.

_____: **Nota técnica N°193/2012/CGPNI/DEVEP/SVS/MS.** Alteração da idade para administração da vacina tríplice viral e da vacina oral de rotavírus humano, a partir de janeiro de 2013. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Normas técnicas de profilaxia da raiva humana** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____: **NOTA TÉCNICA N° 05/2010/CGPNI/DEVEP/SVS/MS.** Recomendação da Vacina Febre Amarela VFA (atenuada) em mulheres que estão amamentando. Brasília, 2010³.

_____: **NOTA TECNICA CONJUNTA N° 02/2013/CGDRHRV/DST-AIDS/SVS/MS.** Brasília, 2013¹.

_____: **NOTA TECNICA N° 33/2013/CGPNI/DEVEP/SVS/MS.** Recomendação para administração simultânea das vacinas - febre amarela (atenuada), pneumocócica 10 valente (conjugada) e sarampo, caxumba, rubéola. Brasília 2013².

_____: **Protocolo de Monitoramento Rápido de Cobertura (MRC)** pós-campanha de multivacinação, para as vacinas Pneumococos e Meningococo C conjugada em crianças de idade seis meses a menores de cinco anos de idade, Brasil, 2013³.

COFEN: Lei nº 7.498. Lei do exercício profissional da Enfermagem. Dispõe sobre o Exercício da Enfermagem. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987.

COFEN. Resolução 240/2000. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Lei nº 5.905/73, em seu artigo 8º, inciso III; / o que consta dos PADs COFEN nºs

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 114
Rosângela F. Silva			



Prefeitura Municipal de Céu Azul Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

83/91, 179/91, 45/92 e 119/92; / a deliberação do Plenário em sua 288ª Reunião Ordinária.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Normas de Vacinação**. Ministério da Saúde 3.ed. Brasília. 2001. 72p.

MOURA, M. M de. **Manuseio de frascos Multidoses em vacinação** in Controvérsias em Imunizações. Lemos editorial, 2002.

MTE. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 32 - segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde** Publicação D.O.U. Portaria GM n.º 485, de 11 de novembro de 2005 16/11/05 Portaria GM n.º 939, de 18 de novembro de 2008 19/11/08.

PACCA *et alli*. **Vias de administração de medicamentos e técnicas de injeções ao alcance do cirurgião-dentista**. São Paulo. Disponível em: <http://www.odontologiadiferenciada.com.br/?cont=viasdeadministracao>.

ROCHA, R. P. da; *et alli*. **Distribuição do Nervo Cutâneo Lateral da Coxa na Área de Injeção Intramuscular**. Trabalho realizado no Curso de Ciências Médicas do Centro Universitário Lusíada (UNILUS), Revista da Associação Medica Brasileira. Santos / SP; 2002.

Elaborado por:	Revisão:	Assinatura:	Página 115
Rosângela F. Silva			