



NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 114/2024-DPNI/DEDT/SVSA/MS

Alerta de vacinação para a população residente em regiões fronteiriças do Brasil.

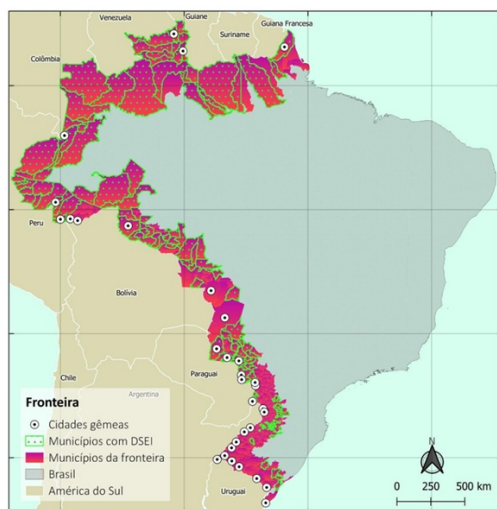
1. ASSUNTO

1.1. O Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), do Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI) e do Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT), alerta quanto à necessidade e importância da vacinação da população residente em regiões fronteiriças do Brasil diante do cenário epidemiológico das doenças imunopreveníveis nessas áreas e no mundo, a exemplo da ocorrência de surtos de sarampo, rubéola, coqueluche, influenza e covid-19 em várias regiões da Europa, além do aumento de casos de meningites bacterianas no Brasil.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. O Brasil possui uma extensa faixa de fronteira que é paralela à linha divisória terrestre de todo o território nacional e corresponde a 16,9 mil km de comprimento, com 150 km de largura e engloba 11 estados do Norte ao Sul do país (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Santa Catarina). Essa condição permite acesso a 10 países da América do Sul (Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana, Guiana Francesa, Paraguai, Peru, Suriname, Venezuela e Uruguai), considerando as fronteiras terrestres e fluviais. O espaço geográfico apresentado agrupa 588 municípios, sendo 33 deles considerados cidades gêmeas com fronteira terrestre e/ou fluvial, 89 em linha de fronteira e 466 que não tocam a linha de fronteira (Figura 1) (IBGE, 2022).

Figura 1 - Mapa das Cidades Gêmeas. Regiões Fronteiriças Brasil.



Fonte: CGICI/DPNI/SVSA/MS - 2022.

2.2. A vacinação em regiões de fronteiras visa garantir a assistência integral à saúde das pessoas que transitam nesses territórios. Considerando o deslocamento diário de pessoas entre os países, entende-se como fundamental a estruturação e organização dos serviços e das equipes de saúde, bem como implementar estratégias diferenciadas para garantir o direito e o acesso dessa população às vacinas, possibilitando a manutenção do controle de doenças preveníveis pela vacinação e reduzindo o risco de reintrodução de outras já eliminadas e/ou erradicadas.

3. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS EM PAÍSES DE FRONTEIRA COM O BRASIL

Sarampo

3.1. Trata-se de uma doença viral, infecciosa aguda, potencialmente grave, transmissível, por meio da tosse, fala, espirro ou contato próximo e extremamente contagiosa. Maiores informações no link: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sarampo>.

3.2. O vírus do sarampo foi reintroduzido no Brasil em 2018, após surto ocorrido no país vizinho (Venezuela) e entrada de venezuelanos doentes em território brasileiro que associado às baixas coberturas da vacina tríplice viral no país, o vírus se dispersou no território nacional, gerando novas cadeias de transmissão culminando na perda da certificação de eliminação do vírus em 2019.

3.3. O último caso endêmico (autóctone) confirmado no Brasil foi em junho de 2022 e o último caso importado ocorreu em janeiro de 2024 no estado do Rio Grande do Sul, em um viajante procedente do Paquistão.

3.4. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o cenário epidemiológico do sarampo na América do Sul, especificamente nos países que fazem fronteira com o Brasil, seis casos foram relatados até a semana epidemiológica 21 de 2024, sendo: Argentina (3), Peru (2) e Bolívia (1).

3.5. A equipe técnica da CGVDI recebeu, em 05 de julho de 2024, por meio do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) Nacional, a informação de mais um (1) caso de sarampo confirmado por laboratório no município de Oruru, na Bolívia. Trata-se de uma criança de 2 anos, sem informação do histórico de vacinação. Segundo informações levantadas durante a investigação, o caso apresentou febre, exantema maculopapular, complicação respiratória (pneumonia grave). Foram coletadas amostras de espécimes clínicos para sarampo e processadas no laboratório nacional. No dia 1º de julho, o caso foi confirmado por critério laboratorial. Dessa forma, a Bolívia passou a ter dois (2) casos confirmados de sarampo.

Coqueluche

3.6. A coqueluche, também conhecida como tosse comprida, é uma infecção altamente contagiosa que compromete o aparelho respiratório (traqueia e brônquios). A suscetibilidade é geral e a transmissão ocorre, principalmente, pelo contato direto, por meio de gotículas de secreção da orofaringe eliminadas durante a fala, a tosse e o espirro. A infecção pode durar mais de dois meses. Em crianças menores de um ano de idade, a doença pode resultar em um número elevado de complicações e até em morte, em especial nos menores de seis meses de vida. Informações mais detalhadas podem ser encontradas em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/coqueluche>.

3.7. Na China, entre janeiro e maio de 2024, foram registrados 248.399 casos e 22 óbitos. Em 2024, na União Europeia, foram confirmados 32.037 casos entre janeiro e março; no Reino Unido 7.599 casos e 8 óbitos de janeiro maio; nos Estados Unidos da América, 7.873 casos, sem relato de óbitos, de janeiro a 6 de julho. Todos esses números de casos superam o total de casos registrados em todo o ano de 2023.

3.8. No Brasil, em 2023, ocorreram 247 casos confirmados, e em 2024, entre janeiro e 29 de junho, foram confirmados 339 casos em 13 estados brasileiros, dos quais: 194 em São Paulo, 35 em Minas Gerais, 13 no Rio de Janeiro, 11 em Pernambuco, 09 no Distrito Federal e 07 em Goiás. Nos estados fronteiriços, um caso foi confirmado no Amazonas, um em Rondônia, 02 no Mato Grosso, 12 no Rio Grande do Sul, 14 em Santa Catarina e 36 no Paraná. Em 29 de maio de 2024, o Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI/SVSA/MS) publicou a **Nota Técnica Conjunta nº 70/2024-DPNI/SVSA/MS**, disponível em: <https://bit.ly/alerta-coqueluche-maio-2024>, considerando o alerta sobre o aumento global de casos de coqueluche e recomendando o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica da doença no Brasil e ampliação da recomendação de uso, em caráter excepcional, da vacina dtpa [vacina adsorvida difteria, tétano e *pertússis* (acelular) - tipo adulto], para públicos-alvo específicos.

3.9. De acordo com a OPAS, no Alerta epidemiológico Coqueluche na Região das Américas, de 22 de julho de 2024, disponível em <https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologico-coqueluche-na-regiao-das-americas-22-julho-2024>, há um aumento atual dos casos de coqueluche em nível global e em alguns países da região das Américas. Brasil, Estados Unidos da América, México e Peru registraram um aumento nos casos de coqueluche em 2024 em comparação com 2023. No Peru, de SE 1 à SE 22 de 2024, foram notificados 24 casos confirmados de coqueluche, superior aos 5 casos notificados no mesmo período de 2023. O departamento de Amazonas tem o maior número de casos confirmados no país.

Meningite

3.10. A meningite é um processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. No Brasil, a meningite é considerada uma doença endêmica, com casos esperados ao longo de todo o ano e ocorrência de surtos esporádicos.

3.11. Apesar de a maioria dos casos de meningite serem de origem viral, estes geralmente são menos graves, regredindo espontaneamente. Já as infecções bacterianas podem ser extremamente graves, levando à morte em até 24 horas, cerca de 20 a 40% dos casos. Além disso, mesmo com tratamento adequado, um em cada cinco pacientes podem apresentar sequelas neurológicas permanentes como perda auditiva, convulsões, problemas cognitivos e amputações de membros.

3.12. Em 2023, 16.437 casos de meningite foram notificados e confirmados no país. Destes, 7.141 (43,44%) de meningite viral e 5.388 (32,78%) de meningite bacteriana. No período, as meningites de etiologia bacteriana mais incidentes foram: pneumocócica, por *Streptococcus pneumoniae* (26,71%); meningocócica por *Neisseria meningitidis* (13,73%); tuberculosa por *Mycobacterium tuberculosis* (7,41%); e por *Haemophilus influenzae* (3,23%).

3.13. A susceptibilidade é geral, mas as crianças menores de cinco anos e os adolescentes são os grupos mais vulneráveis à doença. Contudo, todas são preveníveis por vacina, com exceção de alguns subgrupos da *N. meningitidis*.

3.14. A avaliação de risco para a América Latina, realizada com base em dados secundários (OPAS, 2022), utilizou dez indicadores para avaliar os países da região. A análise dos indicadores foi dividida em dois componentes principais: o primeiro avaliou a carga da doença, incluindo taxas de incidência, óbitos, mortalidade e Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAD). O segundo focou na avaliação dos serviços de saúde, considerando taxas de letalidade, índice sociodemográfico, cobertura vacinal, densidade de profissionais de saúde qualificados e índice de cobertura universal de saúde.

3.15. Os resultados revelaram que os países com maior risco foram Haiti, República Dominicana, Guatemala, Bolívia, Honduras, Venezuela e Paraguai, enquanto Brasil e Argentina foram classificados com risco intermediário. Ou seja, países fronteiriços com o Brasil, como Paraguai e Bolívia, estão entre os mais vulneráveis à meningite. Essas regiões compartilham não apenas fronteiras geográficas, mas também desafios comuns em saúde pública, como acesso limitado a serviços de saúde e variações na cobertura vacinal.

Influenza

3.16. A influenza, também conhecida como gripe, é uma infecção viral que afeta principalmente o sistema respiratório. É causada pelos vírus influenza A, B, C e D, sendo os tipos A e B os mais comuns em humanos. A transmissão ocorre principalmente através de gotículas respiratórias quando uma pessoa infectada tosse, espirra ou fala, mas também pode ocorrer através do contato com superfícies contaminadas.

3.17. As epidemias sazonais de influenza ocorrem todos os anos, geralmente no outono e inverno, e podem causar significativa morbidade e mortalidade, especialmente em populações vulneráveis, como crianças, idosos e pessoas com condições de saúde subjacentes. Além das epidemias sazonais, o vírus influenza tem o potencial de causar pandemias, que são epidemias globais resultantes de novas cepas do vírus para as quais a população não tem imunidade preexistente.

3.18. No Brasil, em 2023, até a SE 52 foram notificados 247.068 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados; em 41% (101.988) foram identificados vírus respiratórios (influenza, SARS-CoV-2 ou outros vírus respiratórios (OVRs)). Destes, 43% foram em decorrência da covid-19, seguidos de 26% por VSR e 12% por influenza.

3.19. Em 2024 até a SE 25, na vigilância de SRAG, foram notificados 38.899 casos hospitalizados, sendo 49% por vírus sincicial respiratório (VSR), 27% por influenza e 24% por rinovírus nas últimas semanas (SE 23 a 25 houve predomínio de VSR 46%, influenza 25% e rinovírus 23%).

3.20. Consultando os principais órgãos internacionais, como o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), o Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças (ECDC) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), não se identifica no cenário global aumento da circulação de influenza.

Covid-19

3.21. O cenário epidemiológico na Região das Américas apresenta uma tendência de queda. No Cone Sul que incluem os países: Brasil, Argentina, Chile, Uruguai, Bolívia, Paraguai e Peru somam juntos 114 casos novos reportados. Tendência de queda similar ao observado no cenário global. Observa-se ainda, queda no número de casos hospitalizados por covid-19 na Argentina (22 novas hospitalizações) e Colômbia com 322. De acordo os dados disponibilizados até julho de 2024 pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) no site: <https://www.paho.org/en/covid-19-weekly-updates-region-americas> O cenário epidemiológico global da covid-19 apresenta uma tendência de queda, com aproximadamente 33 mil casos registrados até 9 de junho de 2024, enquanto no mesmo período em 2023, foram registrados mais de 200 mil casos, conforme dados do [painel da OMS COVID-19](#). No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca um aumento de mais de 3.535 casos nos últimos 28 dias (referentes às quatro semanas epidemiológicas mais recentemente concluídas) no cenário mundial.

3.22. Neste mesmo painel de monitoramento, até o dia 9 de junho, a Europa reportou para a OMS mais de 79.300 casos da doença, com um aumento de 4.528 casos nos 28 dias anteriores, se destacando na primeira posição no cenário epidemiológico da doença. As Américas, incluindo o Brasil, ocupam a quinta posição, com 4.700 casos e um decréscimo de 2.634 casos nos últimos 28 dias.

3.23. A análise de variação nos últimos 28 dias por país mostra uma queda de casos no Canadá, com o último registro em 9 de junho de 2.400 casos. Na Europa, alguns países sinalizaram aumento de casos, a exemplo do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte com registro de 10 mil casos, a Irlanda com 1.500 casos e Portugal, 3.900 casos em comparação com os registros semanais anteriores.

3.24. Nos Estados Unidos, os dados disponibilizados pelo mostram uma tendência de aumento, com mais de 1,2% de positividade de teste, 14,7% em consultas emergenciais e um aumento de 25% na taxa de hospitalização nas semanas mais recentes (dados atualizados até a semana epidemiológica 26/ 2024).

3.25. No Brasil, desde o início da pandemia de covid-19, foram notificados 39.854.288 casos e 712.380 óbitos. Em 2024 até o mês de junho foram notificados ao Ministério da Saúde 617.396 casos e 3.864 óbitos por covid-19, sendo 3.971 casos e 122 óbitos na Semana Epidemiológica (SE) 25. Os casos entraram em declínio a partir de 2023 e em 2024 têm demonstrado queda gradual do número de casos em comparação ao mesmo período observado em 2023 (janeiro a junho).

3.26. No que se refere à vigilância genômica do SARS-CoV-2, globalmente, as variantes * KP.2 e KP.3, ambas descendentes da JN.1 e classificadas como Variantes sob Monitoramento (VUMs), têm mostrado tendências crescentes, representando, respectivamente 22,7% e 22,4% das sequências na semana 21 em comparação com 14,6% e 13,0% na semana 18. A Variante de Interesse (VOI) JN.1 continua sendo a mais relatada em todo o mundo, representando 47,1% das sequências na semana 21. Atualmente, a OMS está rastreando diversas variantes do SARS CoV-2, sendo três VOIs: EG.5, BA.2.86 e JN.1e quatro VUMs: JN.1.7, JN.1.18, KP.2 e KP.3.

3.27. Nesse contexto e, considerando o risco da covid-19 apresentar-se de forma grave, inclusive com evolução ao óbito, em grupos prioritários como, por exemplo, idosos e imunossuprimidos, o Ministério da Saúde reforça a necessidade da adoção de medidas de proteção/prevenção individuais e coletivas, farmacológicas e não farmacológicas, principalmente com a atualização da situação vacinal previamente a viagens nacionais e internacionais.

Febre Amarela

3.28. A febre amarela silvestre (FA) é uma doença endêmica no Brasil (i.e., Região Amazônica). Na região extra-Amazônica, períodos epidêmicos são registrados ocasionalmente, caracterizando a reemergência do vírus no País, que resulta em surtos de magnitude e extensão variáveis. No século XXI, a recorrência de reemergências do vírus na região extra-Amazônica foi marcante, com expansão das áreas de circulação viral nos sentidos leste e sul do País.

3.29. A reemergência do vírus na região extra-amazônica a partir de 2014, quando foram registrados os maiores surtos de FA silvestre da história do Brasil, trouxe à tona a preocupação com o risco de reurbanização da transmissão. Embora não existam evidências de que isso tenha ocorrido nas últimas décadas, a circulação recente do vírus em regiões metropolitanas densamente povoadas, infestadas por *Aedes aegypti* e com baixas coberturas vacinais criou as melhores oportunidades para a reurbanização da transmissão.

3.30. Na gestão do risco de transmissão do vírus FA para humanos, a vacina é a principal ferramenta de prevenção e de contenção de surtos, além de reduzir o risco de reurbanização da transmissão (por *Ae. aegypti*). A expansão das áreas de risco e a intensidade da transmissão registradas recentemente aumentaram o risco de disseminação internacional, representando ameaça global, especialmente diante do cenário de mudança na epidemiologia da doença. Ampliar as coberturas vacinais, principalmente nas populações expostas às condições e situações de maior risco, é elemento fundamental para prevenir a ocorrência de surtos e óbitos pela doença.

4. VACINAÇÃO EM REGIÕES FRONTEIRIÇAS DO BRASIL

4.1. Dada a atual situação epidemiológica das doenças imunopreveníveis em diversas partes do mundo, a exemplo da ocorrência de surtos de sarampo, rubéola, coqueluche influenza e covid-19 em várias regiões da Europa, aumento de casos de meningites bacterianas no Brasil, além da realização dos Jogos Olímpicos de Paris 2024, que envolve grandes contingentes populacionais, elevando o risco de transmissão dessas doenças, o Ministério da Saúde recomenda, à população residente em regiões de fronteiras do Brasil, a importância da atualização da situação vacinal, em conformidade às recomendações do Calendário Nacional de Vacinação.

Vacinação contra o sarampo e a rubéola

4.2. No Brasil, são indicadas duas doses de vacina contendo os componentes sarampo, caxumba e rubéola, para pessoas de 12 meses até 29 anos de idade, e uma dose de tríplice viral para pessoas de 30 a 59 anos, sendo:

4.2.1. A primeira dose (D1) da vacina tríplice viral aos 12 meses e dose única da vacina tetraviral (ou tríplice viral mais varicela) aos 15 meses de idade. A vacina tetraviral corresponde à segunda dose (D2) da vacina tríplice viral e está disponível para crianças até quatro anos 11 meses e 29 dias não vacinadas oportunamente aos 15 meses de idade. Pessoas de cinco a 29 anos não vacinadas ou com esquema incompleto devem atualizar a situação vacinal com a tríplice viral. Os trabalhadores da saúde, independentemente da idade, devem receber ou comprovar o recebimento de duas doses da vacina tríplice viral.

4.2.2. Ressalta-se que, atualmente, o Ministério da Saúde recomenda a vacinação das crianças de seis meses a menores de um ano de idade com a dose zero da vacina tríplice viral no Estado de Roraima, em razão do fluxo migratório que persiste até o momento.

Vacinas contendo o componente *pertussis*

4.3. A vacinação contra a coqueluche, no SUS, deverá ser realizada conforme as especificações a seguir.

Para crianças a partir de 2 meses de vida e menores de 07 anos de idade (6 anos, 11 meses e 29 dias):

- vacina adsorvida difteria, tétano, *pertussis*, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada) - vacina penta: recomendada para vacinação do esquema primário dessas doenças. Administrar 3 doses (aos 2, 4 e 6 meses de idade), com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias;
- vacina adsorvida difteria, tétano e *pertussis* - vacina DTP: recomendada para doses de reforço do esquema primário de vacinação (realizado com a vacina penta). O primeiro reforço deve ser administrado aos 15 meses de vida; e o segundo reforço, aos 4 anos de idade.
- Aos indivíduos dessa faixa etária que apresentam condições clínicas especiais, são indicadas a administração de vacinas contendo o componente *pertussis* acelular [DTPa ou Hexa acelular (DTPa/HB/VIP/Hib)], disponibilizadas nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Para pessoas a partir de 07 anos de idade, está recomendada a vacina adsorvida difteria, tétano e *pertussis* (acelular) - vacina dTpa (tipo adulto) para as seguintes populações-alvo:

- **gestantes:** uma dose a partir da 20ª semana de gestação, a cada gestação. Para as gestantes que necessitam completar o esquema vacinal contra difteria e tétano, deverá ser administrada a vacina difteria e tétano (dT) - tipo adulto, a qualquer momento da gestação, conforme histórico vacinal contra essas doenças;

- **puérperas até 45 dias pós-parto**, caso não tenham sido vacinadas, oportunamente, durante o período gestacional; e
- **todos os profissionais da saúde e parteiras tradicionais, além de estagiários da área da saúde** (que atuam em maternidades, unidades de internação neonatal e berçários). Para esses grupos, a dTpa está indicada como dose complementar ao esquema vacinal de difteria e tétano **ou** como dose "D" (se esquema vacinal para difteria e tétano completo) **ou** como dose de reforço a cada 10 anos, ou a cada 05 anos em caso de ferimentos graves.

4.4. Destaca-se a importância da vacinação das mulheres grávidas, com vistas à imunização passiva do recém-nascido, por via transplacentária (passagem de anticorpos da mãe para o bebê), até que a criança possa iniciar o seu esquema primário vacinal, aos 02 meses de vida.

4.5. Oportunamente, no que se refere a vacinação com dTpa-tipo adulto, reitera-se a ampliação da recomendação de uso, em caráter excepcional, para públicos específicos, considerando o alerta sobre o aumento global de casos da coqueluche no mundo e com vistas a prevenção individual e coletiva (interrompendo a cadeia de transmissão da doença), de indivíduos mais susceptíveis (grupos de maior vulnerabilidade). As especificações acerca destas recomendações e dos públicos-alvo incluídos estão dispostas na **Nota Técnica Conjunta nº 70/2024-DPNI/SVSA/MS**, disponível em: <<https://bit.ly/alerta-coqueluche-maio-2024>>.

4.6. Com vistas a auxiliar a promoção de ações de educação em saúde acerca da doença, compartilha-se o link para acesso e divulgação da mídia **"SAÚDE ENSINA - COQUELUCHE"**, elaborada pelo Ministério da Saúde em 2024:



<https://www.tiktok.com/@minsaudebr/video/7327718905936366853>

Vacinação para proteção contra as meningites

4.7. O calendário de vacinação do país contempla as seguintes imunizantes que protegem contra a meningite: vacina BCG; vacina adsorvida difteria, tétano, *pertussis*, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae B* (Penta); vacina pneumocócica 10-valente (Conjugada); vacina meningocócica C (Conjugada) e vacina meningocócica ACWY (Conjugada).

- **Vacina BCG:** indicada para prevenir as formas graves da tuberculose (miliar e meníngea). Indicada também para comunicantes de pessoas portadoras de hanseníase que não apresentem sinais e sintomas da doença. A vacina é recomendada em dose única ao nascer, conforme Calendário Nacional de Vacinação. Na rotina, a vacina pode ser administrada em crianças até 4 anos, 11 meses e 29 dias, ainda não vacinadas.
- **Vacina penta:** considerar as recomendações apresentadas anteriormente.
- **Vacina pneumocócica 10-valente (Conjugada):** é indicada para prevenir infecções invasivas (sepse, meningite, pneumonia e bacteremia) e otite média aguda (OMA) causadas pelos dez sorotipos de *Streptococcus pneumoniae*, contidos na vacina. A vacinação é recomendada para crianças aos 2 e 4 meses, oportunamente, e para o resgate de não vacinados até 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade, conforme Calendário Nacional de Vacinação. Administre as doses aos 2 e 4 meses de idade, com intervalo de 60 dias entre e mínimo de 30 dias. Reforço aos 12 meses de idade.
- **Vacina meningocócica C (Conjugada):** está indicada para a prevenção da doença sistêmica causada pela *Neisseria meningitidis* do sorogrupo C. A vacinação é recomendada para crianças aos 3 e 5 meses, oportunamente, e para o resgate de não vacinados menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias). Administre as doses aos 3 e 5 meses de idade, com intervalo de 60 dias entre e mínimo de 30 dias. Primeiro reforço aos 12 meses de idade.
- **Vacina meningocócica ACWY (Conjugada):** está indicada para a prevenção da doença sistêmica causada pela *Neisseria meningitidis* do sorogrupo A, C, W e Y. A vacinação é recomendada para adolescentes entre 11 e 14 anos de idade. Administrar uma dose em conformidade a situação vacinal encontrada.

4.8. Para pessoas com condições clínicas especiais, em conformidade com as normas do Manual do CRIE, são disponibilizadas a vacina *Haemophilus influenzae B* (conjugada) e a vacina hexa acelular.

Vacina influenza trivalente (fragmentada e inativada)

4.9. A "Campanha de Vacinação contra a Influenza" é realizada anualmente. A vacinação é considerada a melhor estratégia de prevenção contra a influenza e possui capacidade de promover imunidade durante o período de maior circulação dos vírus, reduzindo o agravamento, as internações e o número de óbitos em decorrência da doença.

4.10. Deste modo, este Ministério, alerta sobre a importância da vacinação contra a influenza nos grupos prioritários, a fim de reduzir a transmissão da doença, complicações e óbitos nos mais vulneráveis.

4.11. No entanto, como a vacinação foi ampliada para toda a população a partir de 6 meses de idade não vacinada, conforme **Ofício Nº 1008/2024/SVSA/MS**, recomenda-se que as Unidades Federadas (UF) continuem vacinando enquanto durarem os estoques da vacina influenza nos serviços de saúde. Tal recomendação deverá ser considerada nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste, conforme recomendações dispostas no "Informe Técnico - Estratégia de Vacinação contra a Influenza: Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste 2024", disponível pelo link <<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/informes-tecnicos/estrategia-de-vacinacao-influenza-2024>>.

4.12. Destaca-se que na Região Norte do país, a vacina influenza será disponibilizada nos serviços do SUS, no período de setembro a outubro de 2024. No entanto, aquelas pessoas que se encontrarem nas UF com disponibilidade desta vacina, poderão buscar os serviços do SUS para esta vacinação.

Vacina COVID-19 monovalente (XBB)

4.13. A vacina COVID-19 XBB 1.5 está indicada para população a partir de seis meses de idade. Os esquemas primários de vacinação não são mais recomendados, rotineiramente, para pessoas com 5 anos de idade ou mais, que não fazem parte dos grupos prioritários elegíveis para vacinação contra covid-19. Contudo, se a pessoa não tiver se vacinado anteriormente e optar por se vacinar, poderá receber uma dose deste imunizante. Crianças menores de 5 anos com esquema primário completo (três doses), realizado anteriormente com outras vacinas COVID-19, podem receber mais uma dose da vacina monovalente XBB.

Para crianças de 6 (seis) meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias:

- administrar duas doses como esquema primário, com intervalo de 4 semanas entre a primeira e segunda dose;
- menores de 5 anos, sem comprovação ou com esquema vacinal incompleto, poderão iniciar ou complementar esquema vacinal antes de 5 anos completos; e
- imunocomprometidas com idade entre 6 meses e 4 anos, 11 meses e 29 dias, tem indicação de receber 3 (três) doses da vacina no esquema primário. O intervalo recomendado é de 4 semanas entre a primeira e a segunda doses, e de 8 semanas entre a segunda e a terceira dose.

Para pessoas a partir de 5 anos de idade, a vacinação está indicada para grupos prioritários, com recomendação de uma dose anual da vacina, respeitando o intervalo mínimo de 3 meses da última dose administrada, de qualquer vacina COVID-19 (cepa original ou bivalente).

4.14. Informações adicionais acerca da vacinação contra covid-19 no Brasil, podem ser conferidas no **'Informe Técnico - Inclusão da vacina COVID-19 monovalente XBB'**, disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/informes-tecnicos/informe-tecnico-vacina-covid-xbb/view>>.

Vacina febre amarela (VFA)

4.15. A vacinação contra a febre amarela no Brasil está indicada para pessoas entre nove meses de vida a 59 anos de idade, conforme recomendações do Calendário Nacional de Vacinação:

- **crianças entre nove meses de vida a menores de cinco anos de idade:** administrar uma dose aos nove meses de vida, e uma dose de reforço aos quatro anos de idade;
- **pessoas de cinco a 59 anos de idade, não vacinadas,** deverá receber uma dose única da vacina; e
- **pessoas de cinco a 59 anos de idade, que receberam apenas uma dose da vacina antes de completarem 5 anos:** administrar uma dose de reforço, respeitando o intervalo mínimo de trinta dias entre as doses.

4.16. Particularidades para a vacinação com a VFA:

4.16.1. Pessoas com 60 anos e mais, que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação, o serviço de saúde deverá avaliar a pertinência da vacinação, levando em conta o risco da doença e o risco de eventos supostamente atribuíveis à vacinação ou imunização (ESAVI) nessa faixa etária e/ou decorrentes de comorbidades.

4.16.2. A VFA está **contraindicada** para as gestantes. No entanto, na impossibilidade de adiar a vacinação, como em situações de emergência epidemiológica, vigência de surtos ou epidemias, o serviço de saúde deverá avaliar o risco X benefício da vacinação.

4.16.3. Para mulheres nunca vacinadas ou sem comprovante de vacinação, que estejam amamentando crianças com até seis meses de vida, a vacinação deverá ser adiada até a criança completar seis meses de vida. Na impossibilidade de adiar a vacinação, o serviço de saúde deverá avaliar o risco benefício da vacinação. Importante ressaltar que após a vacinação, **o aleitamento materno deve ser suspenso por dez dias, com acompanhamento do serviço de Banco de Leite de referência.** Do mesmo modo, caso a mulher tenha recebido a vacina de forma inadvertida, o aleitamento materno também deverá ser suspenso por dez dias após a vacinação; e

4.16.4. A vacinação dos grupos com indicação clínica especial, deverá atender as recomendações do **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), 6ª edição-2023**, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais_6a-edicao_2023.pdf/view>.

4.17. Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP) contra a febre amarela:

4.17.1. O Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP) contra a febre amarela é exigido por alguns países mundo. Nas regiões fronteiriças do Brasil, o CIVP é obrigatório para a Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana Francesa, Paraguai, Suriname e Venezuela. A relação dos países que, atualmente, exigem o CIVP poderá ser conferida pelo link: < <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/certificado-internacional-de-vacinacao/arquivos/lista-simplificada-de-paises-que-exigem-o-civp-febre-amarela> >.

4.17.2. Para efeito de emissão do Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP), seguir o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), que recomenda uma única dose da vacina febre amarela (VFA) na vida.

4.17.3. O sistema que emite o CIVP é gerido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Qualquer cidadão que tenha recebido a vacina contra a febre amarela a mais de 10 dias poderá solicitar o seu certificado de forma online, acessando o link: <https://sso.acesso.gov.br/login?client_id=5b1db4fd-87e7-4689-9c37-faa2a5663c6c&authorization_id=18fe4196db0>. A autenticação deverá ser realizada com o mesmo login de acesso a *plataforma gov.br*.

4.17.4. Após efetuar o login no link acima, basta seguir os passos solicitados para ter o certificado emitido. Para tanto, o cidadão deverá clicar em "INICIAR", após isso será encaminhado (a) para o login na *plataforma gov.br*. Ao acessar a plataforma, o cidadão deverá iniciar uma nova requisição, realizar o preenchimento dos campos "Tipo de Solicitação" e marcar como "própria". Em seguida clicar na questão "Desejo recuperar informação de CIVP emitido presencialmente (após 2007)". Por fim, clicar em prosseguir para a emissão do certificado. O prazo para emissão é de até 5 dias úteis.

Recomendações Adicionais

4.18. Considerando a necessidade e a importância de que a população residente em regiões fronteiriças do Brasil estejam com a situação vacinal atualizada, conforme as recomendações do Calendário Nacional de Vacinação (CNV), especialmente em situações que possam elevar o risco de exposição e adoecimento por doenças evitáveis pela vacinação, oportunamente, alerta-se que as populações-alvos também sejam avaliadas quanto à necessidade da administração de doses das demais vacinas contempladas no CNV, para além das especificadas nesta Nota Técnica.

4.19. Ainda, no que concerne os públicos-alvo supramencionados, destaca-se aos que forem se deslocar para áreas que apresentam aumento da circulação de agentes infecciosos e/ou de casos de doenças imunopreveníveis, que **a vacinação deverá ser realizada pelo menos 15 dias antes da data da viagem**, período mínimo para que uma pessoa vacinada possa apresentar anticorpos em níveis protetores contra a(s) doença(s) para a(s) qual(is) foi(ram) vacinado(s).

4.20. Igualmente, para aqueles que se deslocarão e não possuem a vacinação em dia, recomenda-se que ao retornar ao Brasil, busque, imediatamente, os serviços de vacinação do Sistema Único de Saúde (SUS) para atualização da situação vacinal, conforme recomendações do Calendário Nacional de Vacinação.

4.21. Nesse contexto, com vistas a evitar a duplicidade da administração das vacinas especificadas acima, destaca-se a importância de que no ato da avaliação do histórico vacinal do público-alvo, seja observada, também, as orientações emitidas pela Nota Técnica nº 94/2024-DPNI/SVSA/MS, disponível em < <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-94-2024-dpni-svsa-ms.pdf> >, e que tem por objetivo alertar quanto à vacinação da população residente no Brasil que se deslocará para outros países.

5. REGISTRO DAS DOSES DE VACINAS ADMINISTRADAS NO BRASIL

- 5.1. O registro de doses de vacinas administradas no Brasil deverá garantir a identificação do cidadão vacinado pelo número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou do Cartão Nacional de Saúde (CNS), de modo a possibilitar a identificação e o acompanhamento das pessoas vacinadas, evitar duplicidade de vacinação e possibilitar o monitoramento e investigação de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI).
- 5.2. Ainda, considera garantir a identificação da vacina, do lote, do fabricante e da dose aplicada, objetivando o rastreamento do lote, caso necessário. O estabelecimento de saúde deverá observar se o CPF ou o CNS foram devidamente validados no Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS (CADSUS), no sentido de preservar a identidade do cidadão beneficiário do serviço prestado.
- 5.3. Deverá ser realizado nos Sistemas de Informação para registros de dados de vacinas e outros imunobiológicos já disponíveis. Ainda, de acordo com a Portaria MS nº 2.499, de 23 de setembro de 2019, os registros das doses de vacinas aplicadas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, deverão ser realizados exclusivamente na estratégia e-SUS APS, por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), ou do Sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS), ou através integração de sistemas informatizados próprios integrados com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).
- 5.4. De acordo com o Ofício Conjunto Circular nº 2/2019/SVS/MS, de 27 de setembro de 2019, os dados referentes às doses das vacinas aplicadas pelas unidades de saúde NÃO integrantes da atenção primária, como maternidades, clínicas especializadas, clínicas privadas entre outras, deverão ser digitados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI).
- 5.5. Ante o exposto, **as doses de vacinas administradas no país, em atendimento às recomendações do Calendário Nacional de Vacinação**, deverão ser registradas na Estratégia "Rotina". Para as pessoas que apresentem alguma(s) das condições clínicas especiais, indicadas para uso de imunobiológicos especiais, disponibilizados nos Centros de Referência para Imunobiológico Especiais (CRIE), o registro deverá ser realizado na Estratégia "Especial", conforme recomendações já preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS).
- 5.6. Para as doses administradas da vacina influenza, o registro deverá ser inserido conforme descrito no "Informe Técnico - Estratégia de Vacinação contra a Influenza: Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste 2024", disponível pelo link <<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/informes-tecnicos/estrategia-de-vacinacao-influenza-2024>>, para os membros que serão vacinados em estados das regiões mencionadas.
- 5.7. Em relação as doses administradas da vacina COVID-19 monovalente (XBB), o registro deverá atender as orientações dispostas no item 11 do "Informe Técnico - Inclusão da vacina da Covid-19 monovalente XBB na estratégia de vacinação contra a Covid-19 - 2024". Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/informes-tecnicos/informe-tecnico-vacina-covid-xbb/view>>.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- 6.1. As doenças abaixo são altamente transmissíveis, podem levar a quadros clínicos graves, hospitalização e até óbito. Por isso, na presença de sinais e sintomas característicos, a pessoa deverá, imediatamente, buscar o atendimento de saúde (Quadro 1).

Quadro 1. Orientações em caso de sinais e sintomas de doenças transmissíveis.

Sarampo	
Sinais e sintomas	Febre, tosse, exantema, conjuntivite ou sintomas respiratórios.
No destino	Procure imediatamente assistência médica local.
No trajeto de retorno	Informe a tripulação imediatamente. Na ocorrência de tosse e/ou coriza recomenda-se o uso de máscaras.
Ao chegar no Brasil	Nos primeiros dias após o retorno, esteja atento a qualquer sinal ou sintoma de sarampo ou rubéola e neste caso, procure atendimento médico o mais rápido possível e informe ao profissional de saúde sobre os países que visitou, a duração da viagem e qualquer possível exposição a estas doenças.
Coqueluche	
Sinais e sintomas	Todo indivíduo, independentemente do estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo, há 10 (dez) dias ou mais, associada a um ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas [cinco a dez], em uma única expiração; guincho inspiratório; vômitos pós-tosse; cianose (tom azulado na pele); apneia (falta de ar); engasgo, vômitos pós-tosse.
No destino	Antes de viajar, verifique se suas vacinas e de seus familiares estão atualizadas de acordo com o calendário do Programa Nacional de Imunizações: < https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario >. Se apresentar os sinais e sintomas da coqueluche, busque assistência médica local o mais breve possível. Se a suspeita de coqueluche for confirmada, uma amostra de secreção de nasofaringe deverá ser coletada para exames laboratoriais confirmatórios. Logo após a coleta da amostra o médico deverá prescrever o tratamento com antibióticos para o caso suspeito.
No trajeto de retorno	Informe a tripulação ou se estiver viajando ônibus ou barco/navio, informar a autoridade de saúde local (Vigilância Sanitária) para a adoção de medidas preventivas. É aconselhável o uso de máscaras.
Ao chegar no Brasil	Fique atento nas primeiras quatro semanas após o retorno da sua viagem. Caso apresente qualquer sinal ou sintoma de coqueluche, busque assistência médica o mais rápido possível e informe ao profissional de saúde sobre os países que visitou, a duração da viagem e os principais locais onde você possa ter adquirido esta doença.
Covid-19	
Sinais e sintomas	Febre, tosse, fadiga, mialgia, cefaleia, e dor de garganta. Anosmia (perda de olfato) e ageusia (perda de paladar). Náusea, vômito ou diarreia, também podem estar presentes.
No destino	Ao apresentar um ou mais dos sinais e/ou sintomas, da doença, recomenda-se o uso de máscaras imediatamente, é no ato do desembarque buscar os serviços de saúde preferencialmente, ainda no aeroporto, se não for possível procurar atendimento nos serviços de saúde disponíveis na cidade/país de destino. É necessária a realização do teste para confirmação da doença. Dependendo do país, pode ser autoteste, teste rápido de antígeno (TR-Ag) e/ou RT-PCR. Recomenda-se ainda, antes da viagem verificar as regras e /ou orientações do país sobre os aspectos sanitários, especialmente em eventos de massas Olimpíadas, copa, outras festividades).
No trajeto de retorno	Informe a tripulação imediatamente. Na ocorrência de um ou mais sintomas, sinais. Recomenda-se o uso de máscaras.
Ao chegar no Brasil	Se apresentar sinais e sintomas no ato do desembarque procure a ANVISA e /ou serviço de saúde no aeroporto de desembarque. Nos primeiros dias (até 7 dias), após o retorno, esteja atento a qualquer sinal ou sintoma da doença. Caso um ou mais destes sinais e sintomas se manifestem, procure o estabelecimento de saúde mais próximo da sua residência e informe sobre a viagem internacional para a equipe de saúde. Recomenda-se, no aparecimento dos sintomas, o uso de máscaras para sua proteção e dos demais do convívio familiar e do trabalho. Lembrando que o SUS disponibiliza os serviços próximo a sua residência por meio das unidades básicas de saúde. O Ministério da Saúde recomenda neste cenário a testagem preferencialmente, por RT-PCR, para identificação de possível nova variante, ainda não presente no território brasileiro. Por isso solicite no local de atendimento a testagem para confirmação por meio do teste de PCR, caso não seja oferecido.
Influenza	
Sinais e sintomas	Início súbito de febre, coriza, tosse seca, dor de garganta, dores musculares e articulares, dor de cabeça, fadiga e prostração.
No destino	Ao apresentar um ou mais dos sinais e/ou sintomas, da doença, recomenda-se o uso de máscaras imediatamente a adoção das demais medidas de etiqueta respiratória. Importante ficar alerta para possíveis sinais de agravamento da doença, como dificuldade respiratória e persistência da febre.

No trajeto de retorno	Na ocorrência de um ou mais sinais e sintomas, recomenda-se o uso de máscaras e a adoção das demais medidas de etiqueta respiratória.
Ao chegar no Brasil	Uso de máscaras para sua proteção e dos demais do convívio familiar e do trabalho e a adoção das demais medidas de etiqueta respiratória. Evitar sair de casa em período de transmissão da doença (aproximadamente sete dias após o início dos sintomas ou até por 24 horas após o desaparecimento da febre e sintomas respiratórios, desde que esteja sem o uso de antitérmico). Para diagnóstico de influenza é indicado a realização da metodologia de RT-PCR, que é a metodologia padrão ouro.

Fonte: CGVDI/DPNI/SVSA/MS.

6.2. A notificação dessas doenças é de notificação compulsória ao Ministério da Saúde e as orientações detalhadas estão disponíveis no Guia de Vigilância em Saúde (GVS), disponível pelo link: <https://bit.ly/guia_vigilancia_saude_6ed_v1> (Quadro 2).

6.3. A Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis (CGVDI) informa que a situação epidemiológica das enfermidades que estão sob sua competência, podem ser acessadas nos links:

- Doenças exantemáticas: https://bit.ly/painel_doenca_exantematica
- Difteria: https://bit.ly/painel_difteria
- Tétano acidental: https://bit.ly/painel_tetano_acidental
- Coqueluche: https://bit.ly/painel_coqueluche
- Paralisias Flácidas Agudas: https://bit.ly/painel_PFA
- Meningites: <https://bit.ly/painel-meningites>

6.4. Informações adicionais acerca das vacinas indicadas no **Calendário Nacional de Vacinação**, esquemas vacinais, contra-indicações e particularidades para o uso, podem obtidas no endereço eletrônico <<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico>>; também consolidadas pela "**Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação - 2024**", disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-calendario-nacional-de-vacinacao-2024.pdf>>.

6.5. **Para os indivíduos que apresentam condições clínicas especiais**, as recomendações preconizadas pelo PNI estão dispostas no "**Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, 6ª edição, 2023**", disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais_6a-edicao_2023.pdf>.

6.6. Ressalta-se que as vacinas disponibilizadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) são seguras e bem toleráveis. Contudo, como qualquer outro medicamento, reações adversas podem ocorrer após a vacinação. Os Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI) devem ser realizados no E-SUS Notifica (módulo ESAVI), por qualquer profissional de saúde. Mais informações sobre a segurança da vacinação e condutas frente aos esavi (graves e não graves) podem ser encontradas no Manual de Vigilância (versão eletrônica), disponível em <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_epidemiologica_eventos_vacinacao_4ed.pdf>.

6.7. Ante o exposto, para esclarecimentos adicionais, contatar a Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis (CGVDI) ou a Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização (CGICI) pelos telefones (61) 3315-3494 ou (61) 3315-3460, ou pelos endereços eletrônicos cvgdi@saude.gov.br ou cgici@saude.gov.br, respectivamente.

REFERÊNCIAS

- __BRASIL. Ministério da Saúde. Informe SE 24 | Vigilância das Síndromes Gripais Influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública. Brasília, DF: MS, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gripe-influenza/situacaoepidemiologica>>. Acesso em 25 de julho de 2024.
- __BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 1 [recurso eletrônico] - 6. ed. rev. Brasília/DF, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view>>. Acesso em 25 de julho de 2024.
- __BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. 6ª edição. 178 p. Brasília/DF. 2023. Disponível em: <http://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais_6a-edicao_2023.pdf>. Acesso em 25 de julho de 2024.
- __BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis. NOTA TÉCNICA CONJUNTA nº 70/2024-DPNI/SVSA/MS. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-70-2024-dpni-svsa-ms.pdf/view>>. Acesso em 25 de julho de 2024.
- __BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Calendário Nacional de Vacinação e Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2024. Brasília, DF: MS, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-calendario-nacional-de-vacinacao-2024.pdf>>. Acesso em 25 de julho de 2024.
- __Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. Informe Técnico - Inclusão da vacina da Covid-19 monovalente XBB na estratégia de vacinação contra a Covid-19. Brasília - DF, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/informes-tecnicos/informe-tecnico-vacina-covid-xbb/view>>. Acesso em 25 de julho de 2024.
- __BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis. NOTA TÉCNICA nº 50/2023-CGVDI/DPNI/SVSA/MS. Disponível em: <https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Coqueluche_-_Nota_T%C3%A9cnica_N%C2%BA_50-2023-CGVDI-DPNI-SVSA-MS_comanexoCVGVDATA.pdf>. Acesso em 25 de julho de 2024.
- __BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação - 4ª.ed.atualizada. 340 p. : il. Brasília/DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vacinacao-imunizacao-pni/manual_eventos-adversos_pos_vacinacao_4ed_atualizada.pdf>. Acesso em 25 de julho de 2024.
- __European Centre for Disease Prevention and Control. Measles and Rubella monthly report, 26 June, 2024. Disponível em: <<https://measles-rubella-monthly.ecdc.europa.eu/>>. Acesso em 25 de julho de 2024.
- __IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Municípios da faixa de fronteira. 2022. Disponível em: <https://geoftp.ibge.gov.br/organizacao_do_territorio/estrutura_territorial/municipios_da_faixa_de_frenteira/2022/Municipios_da_Faixa_de_Fron>. Acesso em 25 de julho de 2024.
- __OPAS/OMS. Alerta epidemiológico Coqueluche na Região das Américas 22 de julho de 2024. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologico-coqueluche-na-regiao-das-americas-22-julho-2024>>. Acesso em 26 de

julho de 2024.

__UNITED STATES. CDC. (org.). Measles Cases and Outbreaks. 2024. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html> >. Acesso em 25 de julho de 2024.

EDER GATTI FERNANDES
Diretor do Departamento do Programa Nacional de Imunizações

ALDA MARIA DA CRUZ
Diretora do Departamento de Doenças Transmissíveis

ETHEL MACIEL
Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente



Documento assinado eletronicamente por **Eder Gatti Fernandes, Diretor(a) do Departamento do Programa Nacional de Imunizações**, em 28/07/2024, às 15:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ethel Leonor Noia Maciel, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 29/07/2024, às 14:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alda Maria da Cruz, Diretor(a) do Departamento de Doenças Transmissíveis**, em 29/07/2024, às 18:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0042169116** e o código CRC **9D576F5F**.

Referência: Processo nº 25000.110086/2024-94

SEI nº 0042169116

Departamento do Programa Nacional de Imunizações - DPNI
SRTVN 701, Via W5 Norte Edifício PO700, 6º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - saude.gov.br