



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações
SCS, Quadra 4, Bloco A, Edifício Principal.
Brasília/DF, CEP: 70.304-000
Tel. (061) 3213-8297

URGENTE

NOTA INFORMATIVA Nº 311, DE 2016/CGPNI/DEVIT/SVS/MS

Informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2017.

I - REFERENTE ÀS MUDANÇAS NO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO PARA O ANO DE 2017:

A coordenação da política nacional de vacinação da população brasileira, uma das mais impactantes intervenções em saúde pública é da responsabilidade do Programa Nacional de Imunizações (PNI), da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

O PNI institui o Calendário Nacional de Vacinação, adquire e distribui os imunobiológicos, definindo estratégias de vacinação para crianças, adolescentes, adultos, idosos e povos indígenas, com vacinas normalizadas em calendários de vacinação específicos para cada grupo.

Historicamente, diversos calendários de vacinação foram propostos em função de diferentes situações, tais como: situação epidemiológica, mudanças nas indicações das vacinas ou incorporação de novas vacinas.

Para o ano de 2017, esta Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação.

II – MUDANÇAS NO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO, 2017:

a) Vacina HPV Quadrivalente:

✓ **Mulheres:**

- Faixa etária de nove a 14 anos de idade. Adolescentes com 14 anos de idade poderão iniciar o esquema vacinal, desde que o complete até 15 anos, respeitando o intervalo mínimo de seis meses entre as doses.
- Permanece o esquema de três doses (zero, dois e seis meses) para meninas e mulheres entre nove e 26 anos de idade, vivendo com HIV/aids.

✓ **Homens:**

- No primeiro ano* de introdução, a vacina HPV será disponibilizada para a faixa etária de 12 a 13 anos de idade, considerando o intervalo de zero e seis meses.

- Meninos e homens vivendo com HIV/aids, entre nove e 26 anos de idade deverão receber a vacina, sendo o esquema de 3 doses (0, 2 e 6 meses).

*Até 2020, a faixa etária masculina será ampliada gradativamente para meninos a partir de nove anos de idade.

Resumindo, a **vacina HPV quadrivalente** estará disponível no Calendário Nacional de Vacinação, a partir do ano de 2017, conforme quadro abaixo:

Ano	População alvo	Nº de doses	Esquema vacinal
2017	Sexo feminino: faixa etária de nove a 14 anos de idade.	02	0 – 6 meses
	Sexo masculino: faixa etária de 12 a 13 anos de idade.		
	Mulheres e homens vivendo com HIV/aids de nove a 26 anos de idade	03	0 – 2 – 6 meses
2018	Sexo feminino: faixa etária de nove a 14 anos de idade.	02	0 – 6 meses
	Sexo masculino: faixa etária de 11 a 12 anos de idade.		
	Mulheres e homens vivendo com HIV/aids de nove a 26 anos de idade.	03	0 – 2 – 6 meses
2019	Sexo feminino: faixa etária de nove a 14 anos de idade.	02	0 – 6 meses
	Sexo masculino: faixa etária de 10 a 11 anos de idade.		
	Mulheres e homens vivendo com HIV/aids de nove a 26 anos de idade.	03	0 – 2 - 6 meses
2020	Sexo feminino: faixa etária de nove a 14 anos de idade.	02	0 – 6 meses
	Sexo masculino: faixa etária de nove a 10 anos de idade.		
	Mulheres e homens vivendo com HIV/aids de nove a 26 anos de idade de idade.	03	0 – 2 – 6 meses

O objetivo da vacinação para a população do sexo masculino é prevenir os cânceres de pênis e verrugas genitais. Além disso, por serem os responsáveis pela transmissão do vírus para suas parceiras, ao receberem a vacina, os homens colaborarão com a redução da incidência do câncer de colo de útero e vulva nas mulheres, prevenindo também casos de cânceres de boca, orofaringe, bem como verrugas genitais em ambos os sexos¹.

Nos países desenvolvidos, a incidência de câncer de colo de útero tem sido significativamente reduzida como resultado de programas preventivos. No entanto, os

cânceres de boca e orofaringe são o sexto tipo de câncer entre os mais comuns no mundo, com 400.000 casos por ano e 230.000 óbitos. O aumento no número de casos é de duas a três vezes maior em homens que em mulheres, sendo que, nos Estados Unidos, a projeção de casos de câncer de orofaringe relacionados ao HPV superará o número de casos de câncer cervical em 2020. Além disso, mais de 90% dos casos de câncer anal são atribuíveis à infecção pelo HPV, principalmente pelo subtipo 16. Apesar de se tratar de um câncer menos frequente, sua incidência no mundo também vem crescendo².

Estima-se que em três a 10% dos casos, especialmente entre as pessoas com um sistema imune comprometido (por exemplo, aqueles que vivem com HIV/aids), o vírus pode persistir, levando a graves problemas de saúde³.

b) Vacina meningocócica C (conjugada):

✓ No primeiro ano* de introdução, será disponibilizada para **ambos os sexos**, para a faixa etária de 12 a 13 anos de idade, considerando um reforço ou dose única, conforme situação vacinal.

*Até 2020, a faixa etária será ampliada gradativamente a partir de nove anos de idade.

Resumindo, a **vacina meningocócica C (conjugada)** estará disponível no Calendário Nacional de Vacinação, a partir do ano de 2017, conforme quadro abaixo:

Ano	População alvo	Esquema vacinal
2017	Faixa etária de 12 a 13 anos	01 reforço ou dose única, conforme situação vacinal
2018	Faixa etária de 11 a 12 anos	01 reforço ou dose única, conforme situação vacinal
2019	Faixa etária de 10 a 11 anos	01 reforço ou dose única, conforme situação vacinal
2020	Faixa etária de nove a 10 anos	01 reforço ou dose única, conforme situação vacinal

As recentes constatações da ausência de títulos de anticorpos protetores poucos anos após a vacinação de lactentes e crianças mais novas, onde não se espera a ocorrência imediata do importante efeito da proteção de rebanho, enfatizam a necessidade de revisão das atuais políticas de saúde pública e desenvolvimento de novas estratégias de imunização, incorporando coortes de adolescentes no programa de vacinação para a meningite C, com o intuito de reduzir o número de portadores da bactéria em nasofaringe.^{4,5}

Estudos que avaliaram a imunogenicidade em longo prazo das vacinas conjugadas revelaram queda dos títulos de anticorpos bactericidas séricos para níveis abaixo dos correlacionados à proteção, poucos anos após a imunização de crianças. Essa perda de proteção foi verificada tanto em lactentes, que receberam três doses da vacina no primeiro ano de vida, como em pré-escolares que receberam apenas uma dose da vacina. Entretanto, em todos esses estudos verificou-se excelente resposta imune após a administração de uma dose

posterior de vacina polissacarídica contra o meningococo C, indicando a presença de memória imunológica. Os casos de doença meningocócica que eventualmente ocorrem em crianças imunizadas e que comprovadamente desenvolveram resposta imune inicial adequada, apesar da demonstrada persistência de memória imunológica, talvez sejam explicados pelo fato de que na doença meningocócica a invasão do agente pode ocorrer poucas horas após a colonização do nasofaringe, enquanto a resposta imune anamnésica pode levar dias para se efetivar de maneira adequada; por isso, memória imunológica não será sempre suficiente para garantir proteção contra a doença meningocócica invasiva.^{6,7}

Essas evidências apontam para a necessidade da administração de doses de reforço com as vacinas meningocócicas conjugadas na adolescência para garantir a proteção nessa fase da vida. Nos adolescentes, as vacinas meningocócicas demonstram associar-se a uma robusta resposta imune, com persistência de títulos de anticorpos protetores por um prolongado período, garantindo assim, a proteção de significativa proporção desses adolescentes vacinados até a idade adulta, com diminuição das taxas de incidência da doença em condições endêmicas.⁸

A vacinação de adolescentes proporcionará proteção direta impedindo o deslocamento do risco de doença para esses grupos etários, alcançando, ainda, o desejado efeito protetor da imunidade de rebanho, que estende a proteção a coortes de indivíduos não vacinados.

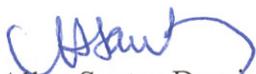
Para o novo Calendário Nacional de Vacinação, a faixa etária da vacina meningocócica C (conjugada) será a mesma da indicada para a vacina HPV, visto que um estudo publicado em 2014 pela *Pediatrics*, jornal da American Academy of Pediatrics dos EUA, que avaliou as mudanças nas coberturas vacinais de adolescentes, concluiu que a oferta de diferentes vacinas (dTpa, meningocócica e HPV) no mesmo momento, para esse público, possibilitou, em ambos os sexos, uma maior adesão ao calendário.

III – CONCLUSÃO:

Ressalta-se que todas as mudanças do Calendário Nacional de Vacinação serão atualizadas nos documentos técnicos desta CGPNI e serão amplamente divulgados.

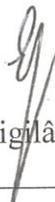
Para informações adicionais, favor contatar a equipe técnica da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações – CGPNI pelo telefone: 3213-8297.

Brasília, 13 de outubro de 2016.



Carla Magda Allan Santos Domingues
Coordenadora - Geral do Programa Nacional de Imunizações

De Acordo,
Em 18/10/16



Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Eduardo Hage Carmo
Diretor do Departamento de Vigilância das Doenças
Transmissíveis

Referências:

1. **Bula da Vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18).** <http://www.vacinar.net/userfiles/file/Bulas/Gardasil%20-%20HPV%20-%20MSD.pdf>. Consulta em 06/06/2016
2. Maragret A. Stanley, Staci L. Sudenga, Anna R. Giuliano. **Alternative dosage schedules with HPV virus-like particle vaccines.** Reino Unido. *Expert Rev Vaccines*, 13(8):1027-1038. Agosto/2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25001893> Consulta em 07/07/2016
3. **JABS FOR THE BOYS: The case for gender-neutral HPV vaccination** <http://www.hpvaction.org/uploads/1/7/8/5/17850843/jabs-for-boys-report.pdf>. Consulta em 23/06/2016
4. Trotter CL, Andrews NJ, Kaczmarski EB et al. **Effectiveness of meningococcal serogroup C conjugate vaccine 4 years after introduction.** *Lancet*, 364, 365-367, 2004.
5. Sáfadi MAP, Barros AP. **Meningococcal conjugate vaccines: efficacy and new combinations** Vacinas meningocócicas conjugadas: eficácia e novas combinações. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v82n3s0/v82n3sa05.pdf>>. Consulta em 01/09/2016.
6. Sáfadi MA, Oselka G, Weckx LY, Bricks LF, Vallada M, Kfourri RA. **Mudança no esquema de imunização primária de lactentes com as vacinas conjugadas contra o meningococo C.** *Boletim da Sociedade Brasileira de Imunizações*. Volume 9. Nº 2.
7. Perrett KP, Winter AP, Kibwana E, Jin C, John TM, Yu LM, et al. **Antibody persistence after serogroup C meningococcal conjugate immunization of United Kingdom primary-school children in 1999- 2000 and response to a booster: a phase 4 clinical trial.** *Clin Infect Dis*. 2010;50:1601-10.
8. Sáfadi MA. **Prevenção da Doença Meningocócica.** Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/11/Folheto_Meningite_Fasciculo2_111115.pdf>. Consulta em 02 de setembro de 2016.