



GOVERNO DA
GUINÉ-BISSAU

MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA

Direção Geral de Saúde Materno Infantil

Direção de Serviço de imunização e Vigilância

Epidemiológica

GUIÃO DO VACINADOR

**FORMAÇÃO PARA A CAMPANHA INTEGRADA DE VACINAÇÃO
CONTRA SARAMPO-RUBÉOLA, SUPLEMENTAÇÃO COM VITAMINA-A
E DESPARASITAÇÃO COM ALBENDAZOL**



Dezembro, 2024

Índice

1. PREFÁCIO	4
2. SIGLAS E ABREVIATURAS.....	5
3. INTRODUÇÃO	6
5. SINAIS, SINTOMAS E COMPLICAÇÕES DE RUBÉOLA	9
5.1 Sinais e sintomas.....	9
5.2 Em crianças	9
5.3 Em adultos	10
6. COMPLICAÇÕES DA RUBÉOLA.....	11
8. Prevenção.....	12
9. Tratamento e recuperação	13
10. Gravidez e Rubéola, Síndrome de Rubéola Congênita	13
10.1 Sinais e complicações.....	13
10.2 Complicações menos comuns do SRC podem incluir:	14
11. DIAGNÓSTICO DA RUBÉOLA CONGÊNITA	15
12. PREVENÇÃO DA RUBÉOLA CONGÊNITA	16
12.1 Aconselhamento	17
12.2 Tratamento da rubéola congênita	18
13. SARAMPO	18
13.1 Fisiopatologia do sarampo.....	18
14. SINAIS E SINTOMAS DO SARAMPO	19
15. COMPLICAÇÕES DO SARAMPO	20
16. DIAGNÓSTICO DO SARAMPO	21
16.1 Diagnóstico diferencial.....	22
17. TRATAMENTO DO SARAMPO.....	23
18. PREVENÇÃO DO SARAMPO E RUBÉOLA.....	24
18.1 Profilaxia pós-exposição	25
20. LOGÍSTICA/GESTÃO DE VACINA	26
21. CONTRA-INDICAÇÕES PARA A VACINA VARS.....	26
22. Estimação das necessidades dos insumos	27
22.1 Seguimento de Utilização	30
22.2 Constatação da gestão dos insumos depois da campanha	32
23. VIGILÂNCIA MAPI	34

23.1 MANIFESTAÇÕES ADVERSAS APÓS A VACINAÇÃO (MAPI)	34
23.2 CLASSIFICAÇÃO DAS MAPI	34
23.3 TIPO DE MAPI.....	35
23.4 BARREIRAS À NOTIFICAÇÃO DE MAPI.....	35
23.5 PRÁTICAS DOS TRABALHADORES DA SAÚDE QUE LEVAM À INCIDÊNCIA DE MAPI	36
23.7 Investigação das MAPI	37
23.8 TRATAMENTO MAPI.....	38
23.8.1 MAPI não grave.....	38
23.8.2 MAPI não grave.....	38
24. ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO	39
24.1 Organização dos Postos de vacinação	40
24.2 Funções recomendadas dos membros da equipa	40
24.3 Tarefas dos Membros da equipa no Posto de Vacinação	41
24. 4 Carga do trabalho mínimo diário	41
25. GESTÃO DE DADOS	41
25.1 O QUE SÃO DADOS?.....	41
25.2 Qual é a melhor definição para dados.....	41
25.3 Diferenças entre dados e informação.....	42
25.4 Principais tipos de dados	42
25.5 Classificar dados em uma tabela.....	43
25.6 Dados básicos.....	43
25.7 Organização dos dados	43
25.8 Os dois grupos de tipos de dados	43
25.9 Fontes comuns de coleta de dados e erros de entrada.....	44
25.10 Quais são as características que definem a qualidade de dados?.....	45
25.11 O que é qualidade de dados?	45
26. COMUNICAÇÃO.....	47
26.2 OBJECTIVOS DE COMUNICAÇÃO.....	48
26.3 Comunicação sobre mudanças comportamentais e sociais:	50
26.4 Gestão de rumores	51
26.5 Como combater os boatos	51
27. NUTRIÇÃO	52
27.1 O que é a vitamina A?	52

27.2 O que é a deficiência de vitamina A?.....	53
27.3 Esquema para administração de albendazol	54
27.4 Técnica de administração	54
27. 5 Via de administração.....	54
27.6 Registo dos instrumentos e gestão de produtos	55

1. PREFÁCIO

A vacinação é uma das intervenções de saúde mais eficazes e custo-efetivas. Na verdade, de acordo com a OMS, por cada dólar investido na vacinação, são poupados 16 dólares em custos diretos de saúde. Além disso, uma cobertura vacinal (CV) de 90% permite proteger a população não vacinada através do mecanismo de “imunidade coletiva”.

Na Guiné-Bissau, o Programa Alargado de Vacinação (PAV) tem sido uma das prioridades do Ministério da Saúde desde 1984. A sua implementação permitiu obter resultados satisfatórios em termos de uma redução significativa na incidência de doenças evitáveis por vacinação. Perante estas conquistas, o país pretende sustentar as ações, colocando ênfase no acesso universal à vacinação através da introdução de novas vacinas, novas tecnologias e da consideração de outras metas.

Portanto, para permitir que os técnicos de saúde ofereçam serviços de vacinação de qualidade, é necessário reforçar permanentemente as suas competências. Por este efeito que o Ministério de Saúde, através do Serviço de Imunização e Vigilância Epidemiológica (SIVE) em colaboração com os parceiros técnicos e financeiros, reviu o guião de vacinação que servirá de referência nas estruturas sanitárias prestadores de serviço de vacinação.

Este guião fornece orientações sobre vacinação no nosso país.

2. SIGLAS E ABREVIATURAS

AVS: Atividades Suplementar de vacinação

BAAR: Bacilo Resistente Ácido-Álcool

BCG: Bacilo Calmette e Guérin

CS: Caixa de segurança

CCIA: Comitê de Coordenação Interagências

CdF: Cadeia de frio

CIP: Comunicação Interpessoal

CISSE: Centro de informação em saúde e vigilância epidemiológica

CPN: Consulta pré-natal

COGES: Comitê Gestão de Saúde

CSPS: Centro de saúde e promoção social

DGESS: Direção Geral de Estudos e Estatísticas Setoriais

DPV: Direção de prevenção de vacinas

ERS: Equipa Regional de Saude

RS: Região sanitário

DTP-HepB-Hib: Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, Haemophilus influenzae b

DCE: Equipa de gestão distrital

CV: Criança vacinada

MG: Mulher Gravida

Gavi: Aliança Global para Vacinas e Imunização

3. INTRODUÇÃO

A Guiné-Bissau, tal como outros países africanos, assinou a Declaração de Alma-Ata em 1978 sobre Cuidados Primários de Saúde (CPS), estabelecendo assim o Programa Alargado de Vacinação (PAV). O Programa Alargado de Vacinação tem sido uma das prioridades do Ministério da Saúde desde 1984.

No contexto da introdução da vacina bivalente sarampo-rubeóla na imunização de rotina a partir do ano 2025, a Guiné-Bissau vai implementar uma campanha de vacinação contra o sarampo e a rubéola em Novembro de 2024. Esta campanha de vacinação vai ser integrada com a suplementação de Vitamina A e a desparasitação com Albendazole. O objetivo da campanha e respectiva introdução é contribuir para a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita, através do reforço da imunidade das crianças com idades compreendidas entre os 9 meses e os 14 anos, com vista a reduzir a morbilidade e a mortalidade devidas a estas doenças, bem como as deficiências nutricionais e as parasitoses intestinais nas crianças com menos de 59 meses.

A campanha decorre em Novembro de 2024 a nível nacional, com a duração de 10 dias (incluindo vacinação de repescagem). O público alvo para a campanha de vacinação sarampo-rubeóla são todas as crianças dos 9 meses aos 14 anos (896.745), para a vitamina A dos 6 aos 59 meses (335.473), e para o albendazol dos 12 aos 59 meses (286.012).

As crianças e comunidades com zero doses serão também identificadas durante a campanha, que inclui uma componente de registo através dos Agentes de Saúde Comunitários (ASC).

Durante a campanha, será utilizada uma combinação de monitorização intra-campanha para garantir a sua qualidade e a monitorização rápida de conveniência (MRC) para a identificação de crianças e comunidades não vacinadas e respectiva vacinação de repescagem, para garantir que todas as crianças na população alvo são vacinadas. A cobertura da campanha será avaliada através de um inquérito de cobertura a ser realizado 2 meses após a campanha.

Este guião de formação é destinado a:

- Fornecer as habilidades e conhecimentos necessários para os técnicos de saúde em todos os níveis em relação à Sarampo-Rubéola
- Fortalecer as capacidades dos técnicos de saúde para garantir que a vacina bivalente contra Sarampo-Rubéola seja manuseada com segurança e administrada adequadamente para proteger as crianças contra a doença

Quem deve ser formado?

- Técnicos de saúde afeto ao serviço de vacinação
- Gestores de PAV, supervisores em todos os níveis
- ASC e mobilizadores

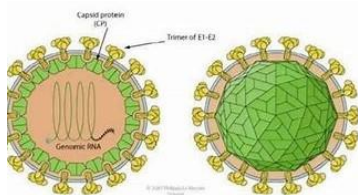
Objetivos da formação

No final desta formação os participantes serão capazes de:

- Citar fatos importantes sobre infecção e doença de Sarampo, Rubéola, e Síndrome de Rubéola Congenita, incluindo sua transmissão e sintomas
- Demonstrar técnicas corretas de administração da vacina anti-sarampo e rubéola (VASR)
- Descrever o armazenamento apropriado da vacina VASR e o descarte seguro de agulhas e seringas usadas
- Comunicar de forma mais eficaz com os cuidadores de crianças vacinadas.

4. ASPECTOS IMPORTANTES SOBRE AS DOENÇAS

4.1 O que é a Rubéola



A Rubéola é uma doença contagiosa provocada por um vírus de RNA, o qual é disseminado por meio de gotículas respiratórias por contato íntimo ou pelo ar; mas é causado por um vírus diferente do sarampo.

A Rubéola é geralmente ligeira, com poucos sintomas perceptíveis.

Período de incubação: 14 a 21 dias,

Período pródrómico: 1 a 5 dias que consiste, geralmente, em febre, mal-estar, conjuntivite e linfadenopatia e que ocorre em adultos, podendo ser mínimo ou ausente em crianças.

Para as crianças que têm sintomas, uma erupção cutânea vermelha que aparece no rosto é normalmente o primeiro sinal.

Pontos-chave

- Espalha-se quando uma pessoa infetada tosse ou espirra e, geralmente, causa uma erupção cutânea que aparece primeiro no rosto.
- A Rubéola é muito perigosa durante a gravidez e para o desenvolvimento de bebés.
- A melhor protecção contra a rubéola é a vacina contra o sarampo e a rubéola (VASR).
- A rubéola provoca uma erupção escarlatiniforme e com frequência febrícula, malestar general, conjuntivites e linfadenopatia (caracteristicamente afecta os ganglios linfáticos suboccipitais, retroauriculares e cervicais posteriores).



- A maioria dos casos é ligeira e as complicações são poucas, excepto casos raros de encefalite e o risco durante o início da gravidez, a infecção pode causar aborto espontâneo, nado-morto ou defeitos congénitos.
- A avaliação com testes laboratoriais é fortemente recomendada em todos os casos em que haja suspeita de rubéola para fins estatísticos; Podem ser realizados testes serológicos ou PCR (reação em cadeia da polimerase).
- São realizados testes de rastreio em mulheres em idade reprodutiva para identificar anticorpos contra a rubéola e indicar a vacinação das suscetíveis, desde que a concepção seja evitada durante 28 dias ou mais.

- A vacinação está contraindicada durante a gravidez

5. SINAIS, SINTOMAS E COMPLICAÇÕES DE RUBÉOLA

Pontos-chave

- A maioria das crianças e adultos que obtêm rubéola têm geralmente doenças ligeiras com uma erupção cutânea a partir da face.
- Até 70% das mulheres que obtêm rubéola podem contrair a artrite.
- A complicação mais grave da infecção por rubéola é o dano que pode causar um bebê em desenvolvimento.

5.1 Sinais e sintomas

A Rubéola é geralmente ligeira, com poucos sintomas perceptíveis.

5.2 Em crianças

Para as crianças que têm sintomas, uma erupção cutânea vermelha é normalmente o primeiro sinal. A erupção cutânea geralmente aparece pela primeira vez no rosto e depois espalha-se para o resto do corpo, com duração de cerca de 3 dias.

Outros sintomas que podem ocorrer de 1 a 5 dias antes da surgimento da erupção cutânea incluem:

- Febre ligeira
- Dor de cabeça
- Vermelhão dos olhos (vermelho ou inchaço do branco do olho)
- Desconforto geral
- Gânglios inchados
- Tosse
- Obstrução nasal.



5.3 Em adultos

A maioria dos adultos que contraem a rubéola tem geralmente:

- Febre ligeira
- Garganta inflamada
- Uma erupção cutânea que começa na face e espalha-se para o resto do corpo

Alguns adultos podem também ter dor de cabeça, olhos vermelhos e desconforto geral antes da erupção cutânea.

Sabia que ? Cerca de 25 a 50% das pessoas infetadas com rubéola não desenvolverão erupções cutâneas nem apresentarão quaisquer sintomas, mas ainda podem transmitir a infecção a outras pessoas.

6. COMPLICAÇÕES DA RUBÉOLA

Até 70% das mulheres que obtêm rubéola podem contrair artrite. Isto é raro em crianças e homens.

Em casos raros, a rubéola pode causar problemas graves, incluindo infecções cerebrais e problemas de hemorragia. Algumas mulheres com rubéola contraem artrite.



Em pessoas grávidas e recém-nascidos

A complicação mais grave da infecção por rubéola é o dano que pode causar um bebê em desenvolvimento. Isto pode acontecer no útero e após o nascimento.

Se uma pessoa não vacinada for infectada com rubéola durante a gravidez pode ter um aborto espontâneo; ou o bebê pode morrer logo após o nascimento. Podem passar o vírus para o bebê em desenvolvimento que pode desenvolver graves defeitos congênitos, como:

- Problemas cardíacos
- Perda de audição e visão
- Deficiência intelectual
- Danos no fígado ou no baço

Os defeitos congênitos são mais comuns se uma mulher for infetada no início da gravidez, especialmente no primeiro trimestre. Estes graves defeitos congênitos são conhecidos como síndrome de rubéola congênita (SCR).

Quem está em risco

Qualquer pessoa que não esteja vacinada contra a rubéola corre o risco de contrai-la.

A Rubéola é muito perigosa durante a gravidez e para o desenvolvimento de bebês. Se estiver grávida e infectado com rubéola, pode passar para o seu bebê em desenvolvimento. Quando um bebê nasce com rubéola, isto é chamado de síndrome de rubéola congénita (SRC).

A Rubéola pode causar um aborto espontâneo ou graves defeitos congénitos num bebê em desenvolvimento. O SRC pode afetar quase tudo no corpo do bebê em desenvolvimento.

7. Modo de transmissão

A Rubéola transmite-se quando uma pessoa infetada tosse ou espirra. As pessoas podem obter a doença noutros países e trazê-la para o seu país.

Uma pessoa com rubéola pode transmitir a doença para outras pessoas até uma semana antes da erupção cutânea; podem permanecer contagiosos até 7 dias depois. No entanto, 25% a 50% das pessoas com rubéola não desenvolvem quaisquer sintomas, mas ainda podem transmitir para outras pessoas.

Por favor, alertar os outros se estiver infetado com rubéola!: Diga aos amigos, familiares e pessoas com quem trabalham, especialmente mulheres grávidas, que tem rubéola. Se o seu filho tiver rubéola, é importante informar a direção da escola ou ao educadora de creche do seu filho.

8. Prevenção

Proteja o seu filho com vacinação. A Rubéola pode ser evitada com a vacina VASR. Isto protege contra o sarampo e rubéola. A vacina ante-sarampo e rubéola (VASR) é muito segura e eficaz. Uma dose da vacina VASR é cerca de 97% eficaz na prevenção da rubéola.

9. Tratamento e recuperação

Não existe um tratamento específico para tratar a rubéola ou fazer com que a doença desapareça mais rapidamente. Em muitos casos, os sintomas são ligeiros. Para outros, os sintomas ligeiros podem ser geridos com repouso e medicamentos para febre, como o paracetamol. Se estiver preocupado com os sintomas ou com os sintomas do seu filho, contacte o seu médico.

NB: Um paciente pode transmitir rubéola desde 7 dias antes até 15 dias depois do início do exantema; o período de maior risco é alguns dias antes de o exantema aparecer até 7 dias depois do seu início. Alguns pacientes são assintomáticos, mas podem transmitir o vírus. Lactentes infectados congenitamente podem transmitir rubéola durante muitos meses após o nascimento.

10. Gravidez e Rubéola, Síndrome de Rubéola Congenita

Os sinais são múltiplas anomalias congênicas que podem levar a morte fetal. O diagnóstico é por serologia e cultura viral. Não há tratamento específico. A vacinação de rotina é o meio para prevenção.

A rubéola congênita é o típico resultado de infecção materna primária. Acredita-se que o vírus da rubéola invada o trato respiratório superior com subsequente viremia e disseminação do vírus para diferentes lugares, inclusive placenta. Quando o feto é infectado durante as primeiras 16 semanas de gestação, particularmente nas primeiras 8 a 10 semanas, ele fica sob alto risco de desenvolvimento de anormalidades. No início da gestação, o vírus provoca infecção intrauterina crônica. Os efeitos incluem lesão endotelial dos vasos sanguíneos, citólise direta celular e ruptura da mitose celular.

10.1 Sinais e complicações

- Atraso do crescimento intrauterino,
- Microcefalia,
- Meningoencefalite
- Retinopatia,
- Perda auditiva (Surdez),

- Defeitos cardíacos (persistência do canal arterial e estenose da artéria pulmonar),
- Hepatoesplenomegalia (Danos no fígado e no baço) e Radiolucências ósseas
- Cataratas,
- Deficiência intelectual,
- Baixo peso à nascença,
- Erupção cutânea ao nascer,



Signos de Rubéola

Crianca com Síndrome de Rubéola Congênita (SRC) com Cataratas

10.2 Complicações menos comuns do SRC podem incluir:

- Glaucoma
- Danos cerebrais
- Problemas com tireoide e outros problemas hormonais
- Inflamação dos pulmões
- Trombocitopenia com púrpura,
- Eritropoese dérmica com lesões purpúricas na pele,
- Adenopatia,

- Anemia hemolítica,
- Pneumonia intersticial,
- Criptorquidia,
- Autismo,
- Miopia,

É necessária observação contínua para diagnosticar perda da audição, retardo mental, comportamento anormal, endocrinopatias (p. ex., diabetes mellitus) ou encefalite progressiva rara. Lactentes com infecções da rubéola congênita podem desenvolver imunodeficiências, como a **hipogamaglobulinemia**.

Embora possam ser tratados sintomas específicos, não há cura para o SRC. Por isso, é importante ficar vacinado antes de engravidar.

11. DIAGNÓSTICO DA RUBÉOLA CONGÊNITA

- **Titulação da rubéola no soro materno**

A detecção de vírus na mãe por meio de cultura e/ou transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase (RT-PCR) de amostras de líquido amniótico, nariz, garganta (preferível), urina, liquor, ou sangue.

- **Título para anticorpos do lactente (medidos de modo seriado) e detecção viral, como falado acima**

A serologia da IgG para rubéola deve ser feita rotineiramente no início da gestação. Deve ser repetida nos casos de gestantes soronegativas que apresentam sinais ou sintomas da rubéola; o diagnóstico é feito por um teste sorológico positivo para anticorpos IgM, soroconversão IgG ou elevação ≥ 4 vezes entre os títulos IgG da fase aguda e da convalescença. A cultura do vírus pode ser feita com material de esfregaço nasofaríngeo; mas essa cultura é difícil de obter. PCR-TR pode ser utilizada para confirmar resultados de cultura ou detecção de RNA viral diretamente nas amostras de pacientes, bem como permitir a genotipagem e monitoramento epidemiológico de infecções por rubéola do tipo selvagem.

Pode-se diagnosticar infecção fetal em alguns centros detectando o vírus no líquido amniótico, detectando IgM específica para rubéola no sangue do feto ou aplicando técnicas de PCR-TR ao sangue fetal ou amostras de biópsia da vilosidade coriônica.

Deve-se medir em lactentes com suspeita da síndrome de rubéola congênita os títulos de anticorpos e obter amostras para a detecção viral. A persistência da IgG específica para rubéola após 6 a 12 meses sugere infecção congênita. A detecção de anticorpos IgM específicos contra a rubéola geralmente também indica infecção por rubéola, mas podem ocorrer resultados de IgM falso-positivos. A cultura do vírus pode ser feita com amostras da nasofaringe, da urina, do líquido cefalorraquidiano, do esfregaço de leucócitos e da conjuntiva de neonatos com SRC geralmente contêm vírus; amostras da nasofaringe usualmente oferecem a melhor sensibilidade para a cultura, devendo o laboratório ser notificado sobre a suspeita de vírus da rubéola.

Outros testes que podem ser úteis incluem: hemograma completo com diferencial, análise do líquido cefalorraquidiano, exame radiográfico dos ossos para detectar radiolucência característica. Avaliações oftalmológica e cardíaca completas também são úteis.

12. PREVENÇÃO DA RUBÉOLA CONGÊNITA

A prevenção da rubéola é obtida com a vacinação. As crianças recebem uma combinação de vacina contra sarampo e rubéola. Administra-se a primeira dose aos 9–11 meses de idade e a segunda dose aos 15 meses de idade, mulheres não grávidas pós-púberes que não estão imunizadas contra rubéola devem ser vacinadas.

ATENÇÃO: a vacina da rubéola é contraindicada a imunodeficientes ou gestantes, após a vacinação as mulheres devem ser orientadas a evitar a gestação por 28 dias.

Os esforços também devem ser feitos para que os grupos de alto risco sejam triados e vacinados, como hospitais, orfanatos, creches, pessoal que cuida de crianças, recrutas militares, imigrantes recentes e universitários. Mulheres que durante a triagem pré-natal, mostraram-se suscetíveis devem ser vacinadas após o parto e antes da alta hospitalar. Teoricamente, a vacinação de pessoas não imunes expostas à rubéola pode prevenir a

infecção se administrada em 3 dias depois da exposição, mas esse tratamento não provou ser benéfico.

Pessoas com vacinação documentada com pelo menos uma dose da vacina contra a rubéola que contém o vírus vivo atenuado após 1 ano de idade ou que têm evidência sorológica de imunidade podem ser consideradas imunizadas contra rubéola.

12.1 Aconselhamento

A infecção materna por rubéola, particularmente durante o 1º trimestre, pode causar restrição do crescimento intrauterino e anormalidades do desenvolvimento graves.

A vacina contra a rubéola é contraindicada na gestação, de modo que gestantes com rubéola ou expostas à ela devem ser informadas do potencial risco para o feto.

NB: Rubéola é muito perigosa durante a gravidez; Se está a planejar engravidar, deve ter a certeza de que está protegido contra a rubéola com antecedência. Qualquer pessoa que não esteja vacinada contra a rubéola corre o risco de obter a doença. Se tiver rubéola durante a gravidez, corre o risco de aborto ousado ou de nascimento. O seu bebé em desenvolvimento está em risco de defeitos congénitos graves com consequências devastadoras e vitalícias.

A infecção com o vírus rubéola causa danos mais graves durante o início da gravidez, especialmente nas primeiras 12 semanas (primeiro trimestre).

Se está a planejar engravidar, deve verificar com o seu médico para ter a certeza de que está vacinado antes de engravidar.

Os adultos e adolescentes, devem evitar engravidar durante pelo menos quatro semanas após a receção da vacina contra a VASR.

A vacina bivalente VASR é uma vacina viva atenuada (fraca). Se estiver grávida e não estiver vacinado, deve esperar para obter a vacina até depois de ter dado à luz.

12.2 Tratamento da rubéola congênita

Não há tratamento específico disponível para a infecção, seja materna, seja congênita.

Mulheres expostas a rubéola em fase precoce da gestação devem ser informadas sobre o risco potencial para o feto.

Alguns especialistas recomendam a administração de imunoglobulina inespecífica (0,55 mL/kg IM) no caso de exposição precoce na gestação, mas esse tratamento não previne a infecção, e o uso de imunoglobulina deve ser considerado apenas para mulheres que se recusam a interromper a gestação.

13. SARAMPO

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, viral, transmissível, extremamente contagiosa e muito comum na infância. Os sintomas iniciais apresentados pelo doente são: febre acompanhada de tosse persistente, irritação ocular e corrimento nasal. Após estes sintomas, geralmente há o aparecimento de manchas avermelhadas no rosto, que progridem em direção aos pés, com duração mínima de três dias. Além disso, pode causar infecção nos ouvidos, pneumonia, ataques (convulsões e olhar fixo), lesão cerebral e morte. Posteriormente, o vírus pode atingir as vias respiratórias, causar diarreias e até infecções no encéfalo. Acredita-se que estas complicações sejam desencadeadas pelo próprio vírus do sarampo que, na maior parte das vezes, atinge mais gravemente os desnutridos, os recém-nascidos, as gestantes e as pessoas portadoras de imunodeficiências. O diagnóstico costuma ser clínico. O tratamento é de suporte. A vacina é eficaz para prevenção.

Em todo o mundo, o sarampo infecta cerca de 10 milhões de pessoas e causa cerca de 100.000 a 200.000 mortes a cada ano, majoritariamente nas crianças. Esses números podem variar muito ao longo de um curto período de tempo, dependendo do estado de vacinação da população.

13.1 Fisiopatologia do sarampo

O sarampo é causado por um paramixovírus e é uma doença humana sem reservatório animal conhecido ou estado de portador assintomático. É extremamente contagioso; a taxa de doença secundária é > 90% entre as pessoas suscetíveis expostas.

O sarampo dissemina-se principalmente por meio de secreções nasal, da garganta e da boca durante o estágio prodrômico ou inicial eruptivo. A contagiosidade começa vários dias antes e continua até alguns dias depois do aparecimento do exantema. O sarampo não é contagioso depois que o exantema começa a descamar.

A transmissão ocorre tipicamente por meio de gotículas no ar, eliminadas pela tosse, permanecendo um breve período no ar, a curta distância. A transmissão também pode ocorrer por meio de pequenas gotículas de aerossol que permanecem no ar (e, assim, podem ser inaladas) por até 2 horas nos locais fechados (p. ex., consultório médico). A transmissão por fômites (objetos contaminados) parece ser menor do que a transmissão pelo ar, porque acredita-se que o vírus do sarampo sobreviva somente durante um curto período de tempo em superfícies secas.

Um lactente cuja mãe é imune ao sarampo (p. ex., por causa de doença prévia ou vacina) recebe anticorpos por via transplacentar; esses anticorpos são protetores, na maioria dos casos, durante os primeiros 6 a 12 meses de vida. A infecção confere imunidade vitalícia.

14. SINAIS E SINTOMAS DO SARAMPO

O sarampo inicia-se, após um período de incubação de 7 a 14 dias, com um pródromo de febre, coriza, tosse seca e conjuntivite társica. As manchas de Koplik (que se assemelham a grãos de areia branca circundados por aréolas vermelhas) são patognomônicas. Essas manchas de Koplik aparecem durante o pródromo, antes do início do exantema, geralmente na mucosa oral em oposição ao 1º e ao 2º molar superior. Podem ser extensas, produzindo eritema difuso e heterogêneo na mucosa oral. Desenvolve-se dor de garganta.

As manchas de Koplik são classicamente de sarampo, como pontos vermelhos brilhantes com centro branco ou branco-azulado que podem se assemelhar a grãos de areia. Podem se localizar em qualquer parte da boca, muitas vezes precedem o exantema generalizado e são patognomônicas do sarampo.



O exantema aparece 3 a 5 dias depois do início dos sintomas, normalmente 1 a 2 dias após o aparecimento das manchas de Koplik. Inicia-se na face, em frente e abaixo das orelhas e na lateral do pescoço, na forma de máculas irregulares, logo associadas a pápulas. Dentro de 24 a 48 horas, as lesões se disseminam pelo tronco e pelas extremidades, inclusive nas palmas e na planta dos pés, diminuindo gradualmente na face. Petéquias ou equimoses podem ocorrer em casos graves.

Durante o pico da gravidade da doença, a temperatura pode exceder 40° C, com edema periorbitário, conjuntivite, fotofobia, tosse seca, exantema extenso, prostração e prurido leve. Sinais e sintomas constitucionais correspondem à gravidade da erupção.

A febre cede em 3 a 5 dias, o paciente sente-se mais confortável e o exantema diminui de maneira rápida, deixando uma pigmentação castanho-acobreada seguida de descamação.

Pacientes imunocomprometidos podem não apresentar exantema e desenvolver pneumonia de células gigantes progressiva e grave.

15. COMPLICAÇÕES DO SARAMPO

- Superinfecção bacteriana, incluindo pneumonia
- Púrpura trombocitopênica aguda
- Encefalite
- Hepatite transitória
- Panencefalite esclerosante subaguda

Superinfecções bacterianas incluem pneumonia, laringotraqueobronquite e otite média.

O sarampo suprime de forma transitória a hipersensibilidade tardia, podendo piorar a tuberculose ativa e impedir de maneira temporária a reação à tuberculina e à histoplasmina dos antígenos nos testes cutâneos.

Sugere-se superinfecção bacteriana na presença de sinais focais pertinentes ou em casos de recaída de febre, leucocitose, ou prostração.

Pneumonia decorrente da infecção dos pulmões pelo vírus do sarampo ocorre em cerca de 5% dos pacientes, mesmo durante uma infecção aparentemente sem complicações. Em casos fatais de sarampo em crianças, a pneumonia costuma ser a causa da morte.

Púrpura trombocitopênica aguda pode ocorrer depois da resolução da infecção e produz tendência a sangramento leve, autolimitada; ocasionalmente, o sangramento é intenso.

Encefalite ocorre em 1/1.000 crianças, geralmente 2 dias a 2 semanas depois do início do exantema (1), na maioria das vezes começando com recrudescimento da febre alta, cefaleia, convulsões e coma. O líquido cefalorraquidiano normalmente apresenta uma contagem de linfócitos de 50 a 500/mcL e um nível de proteína um pouco elevado, mas pode ser inicialmente normal. A encefalite pode se resolver em cerca de 1 semana ou persistir por mais tempo, causando morbidade ou morte.

Hepatite transitória e diarreia podem ocorrer durante uma infecção aguda.

Pan-encefalite esclerosante subaguda (PEES) é uma complicação tardia, essencialmente fatal, rara e progressiva do sarampo.

16. DIAGNÓSTICO DO SARAMPO

História e exame físico

Pode-se suspeitar de sarampo em um paciente exposto que apresente coriza, conjuntivite, fotofobia e tosse, mas, geralmente, somente há suspeita depois do aparecimento do exantema. O diagnóstico é normalmente clínico, identificando as manchas de Koplik ou o exantema em um contexto clínico apropriado. Hemograma

completo é desnecessário, contudo, se realizado, pode mostrar leucopenia com uma linfocitose relativa.

Exames sorológicos

A confirmação laboratorial é necessária para fins de saúde pública e controle de epidemias. É obtido com mais facilidade quando se identifica a presença de imunoglobulina (Ig) M para sarampo em uma amostra de soro da fase aguda ou, de maneira alternativa, por rápida coloração imunofluorescente de células epiteliais faríngeas ou urinárias, RT-PCR de swabs da garganta ou de amostras de urina, ou pelo crescimento viral em cultura de tecido. Uma elevação em níveis de anticorpos IgG no soro entre as fases aguda e convalescente é altamente precisa, mas atrasa o diagnóstico. Todos os casos de suspeita de sarampo devem ser notificados imediatamente aos departamentos de saúde estatais ou locais, sem esperar por confirmação laboratorial.

Detecção viral por cultura ou reação em cadeia da polimerase via tranVASRiptase reversa (RT-PCR)

16.1 Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial consiste em rubéola, febre escarlatina, exantema medicamentoso, doença do soro (ver tabela Algumas causas de urticária), roséola infantil, mononucleose infecciosa, eritema infeccioso e infecções por vírus ecovírus e vírus Coxsackie (ver tabela Alguns vírus respiratórios). As manifestações também podem se assemelhar Doença de Kawasaki. Os sinais e sintomas apresentados podem causar confusão diagnóstica em áreas onde o sarampo é muito raro.



SARAMPO RUBÉOLA ESCARLATINA VARICELA

17. TRATAMIENTO DO SARAMPO

Não existe tratamento específico para a infecção por sarampo

O uso de antibiótico é contraindicado, exceto se houver indicação médica pela ocorrência de infecções secundárias.

Recomenda-se isolamento em quarto individual, uso de máscara N-95 ou qualquer equipamento de proteção individual

Para os casos sem complicação, deve-se manter a hidratação, suporte nutricional, e diminuir a hipertermia

Recomenda-se a administração do palmitato de retinol (vitamina A), a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade em crianças nas regiões com condições clínicas precárias.

A suplementação de vitamina A mostrou reduzir a morbidade e a mortalidade decorrentes do sarampo em crianças nas regiões com condições clínicas precárias. Como os baixos níveis séricos de vitamina A estão associados à doença grave decorrente do sarampo, o tratamento com vitamina A é recomendado para todas as crianças com sarampo. A dose é administrada por via oral uma vez ao dia, durante 2 dias, e depende da idade da criança:

- ≥ 12 meses: 200.000 unidades internacionais (UI)

- 6 a 11 meses: 100.000 UI
- < 6 meses: 50.000 UI

Em crianças com sinais clínicos de deficiência de vitamina A, uma dose adicional única específica para a idade é repetida 2 a 4 semanas mais tarde.

Prognóstico do sarampo

A mortalidade é de aproximadamente 1 a 2/1000 crianças nos Estados Unidos, mas é muito mais alta em países em via de desenvolvimento. Desnutrição e deficiência de vitamina A podem predispor à mortalidade. O Centro de Controle de Doenças (CDC) estima que em todo o mundo aproximadamente 134.000 pessoas morrem a cada ano de sarampo, tipicamente por complicações de pneumonia ou encefalite.

18. PREVENÇÃO DO SARAMPO E RUBEOLA

Uma vacina com vírus vivo-atenuado contra sarampo e rubéola (VASR) é administrada rotineiramente a crianças da maioria dos países com sistemas de saúde robustos (ver também Calendário de vacinação infantil).

Recomendam-se duas doses:

- A primeira dose na idade de 9 a 11 meses, mas esta pode ser administrada aos 6 meses, durante uma epidemia de sarampo ou antes de viagem internacional;
- Segunda dose aos 15 a 23 meses.

Lactentes imunizados com < 1 ano de idade ainda precisam de 2 doses adicionais administradas depois do primeiro aniversário.

A imunização com a vacina VASR geralmente fornece imunidade. Uma grande metanálise de estudos de coorte descobriu que a eficácia da vacina na prevenção do sarampo rubéola em crianças dos 9 meses a 15 anos de idade foi de 95% após uma dose e 96% após duas doses.

A vacina produz infecção leve ou inaparente e não contagiosa. Febre > 38° C ocorre 5 a 12 dias depois da inoculação em 5 a 15% dos vacinados e pode ser seguida por um

exantema. As reações do sistema nervoso central são extremamente raras. A vacina VASR não causa autismo.

A vacina VASR é uma vacina viva e é contraindicada durante a gestação.

18.1 Profilaxia pós-exposição

A prevenção dos contatos suscetíveis é possível por meio da administração da vacina dentro de 3 dias após a exposição. Se a vacinação não puder ocorrer nesse período de tempo, imunoglobulina, 0,50 mL/kg IM (dose máxima, 15 mL) é administrada imediatamente (em 6 dias), com a vacinação administrada 5 a 6 meses mais tarde, se clinicamente apropriado.

Pacientes expostos e com imunossupressão grave, independentemente do estado de vacinação, e gestantes que não são imunes ao sarampo recebem imunoglobulina 400 mg/kg IV.

Em uma epidemia institucional (p. ex., escolas), contatos suscetíveis que se recusam ou não podem receber a vacinação e que também não recebem imunoglobulina devem ser excluídos da instituição afetada por 21 dias após o início do exantema no último caso. Técnicos de saúde suscetíveis expostos devem ser excluídos do trabalho 5 dias após a primeira exposição até 21 dias após a última exposição, mesmo que recebam profilaxia pós-exposição.

19. MANUSEIO DA VACINA CONTRA SR E TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO

- A vacina contra sarampo e rubéola é uma vacina liofilizada ;
- A vacina contra sarampo e rubéola usada durante esta campanha está equipada de uma pastilha de controlo de vacinas (PCV);
- Deve ser usado para verificar a qualidade da vacina.
- Para reconstituição da vacina, use sempre o diluente de mesmo fabricante
- No momento da utilização, o diluente deve estar à mesma temperatura que a vacina (entre +2°C e +8°C).
- Após a reconstituição, marque a hora no frasco e use-o dentro de 6 horas.
- Limpar a zona da omoplata esquerda com água fervida para remover todos os vestígios de sujeira;
- Segure a cabeça e os membros da criança e beliscar a pele por cima;

- Administrar uma dose de 0,5 ml, por via subcutânea, inserindo a agulha na pele comprimida não excedendo uma profundidade de um (01) centímetro. A agulha deve seguir um ângulo inclinado e não ir verticalmente em direção vertical para baixo
- Empurrar o êmbolo com o polegar para injetar a vacina;
- Remova a agulha e pressione o local da injeção com o algodão.
- Em caso de sangramento, continue pressione com o algodão até que o sangramento pare (não esfregue).
- Coloque os frascos vazios de SR, algodão usado e outros em um saco de plástico.
- Coloque as seringas usadas sem tapar (SAB e SD) nas caixas de segurança.

20. LOGÍSTICA/GESTÃO DE VACINA

Características VAS/R

- **Fabricante:** Serum Institute of India;
- **Formulação:** Liofilizada;
- **Tipe:** virus vivos atenuados;
- **Via de administração:** Sub-cutanea;
- **Local de Aplicação:** Omoplata esquerda;
- **Dosagem:** 0.5ml;
- **Stockagem:** +2° à +8°C, proteger contra raios luminosos;
- Não congelar, em qualquer nível de pirâmide sanitário;
- **Tipo de PCV:** 14;
- **Política de Frasco Aberto:** Deitar fora depois 6 horas de tempo;
- **Apresentação:** 10-doses;
- **Diluentes:** +2° à +8°C pelo menos 24 h antes da reconstituição, nunca congelar.

21. CONTRA-INDICAÇÕES PARA A VACINA VARS

Não vacinar se a criança tiver alta (≥ 38 °c) ou outras doenças graves (inconsciência, convulsões, etc.). Tratar e adiar a vacinação ate ao dia de alta

As crianças com antecedentes de reações alérgicas graves a vacina MR no passado ou reações anteriores a neomicina, gelatina ou outros componentes da vacina MR não devem ser vacinadas

As pessoas gravemente imunocompremitidas em resultados de doenças congénita, SIDA, leucemia ou linfoma avançados, doenças malignas graves ou tratamento com doses

elevados, agentes alquilantes ou antimetabólicos ou em pessoas que estejam a receber radiação terapêutica imunossupressora não deve ser vacinadas

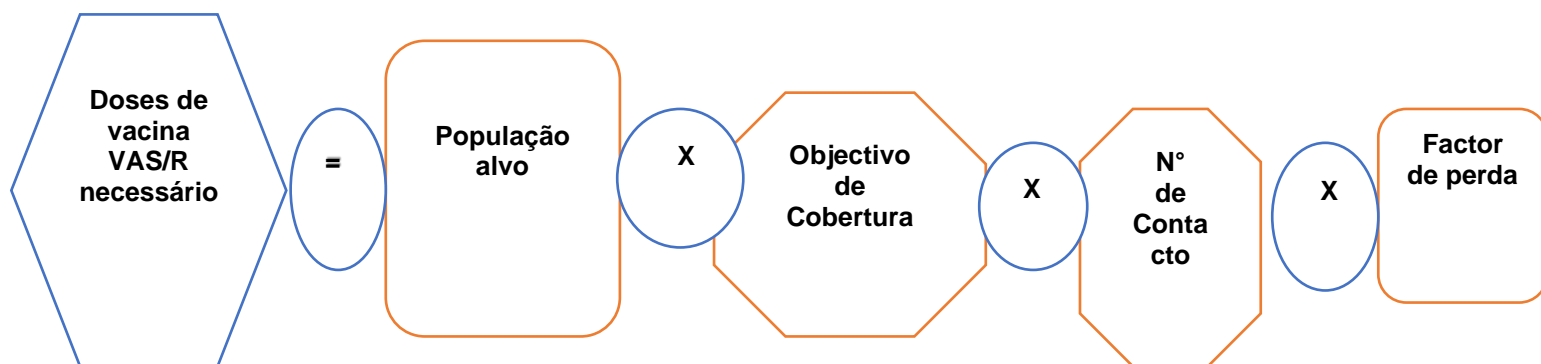
A administração de imunoglobulina ou outros produtos sanguíneos contendo anticorpos pode interferir com a resposta imunitária para a vacina.

Efeitos Adversos da VASR

Algumas pessoas têm efeitos colaterais leves, como febre, uma sensação geral de mal-estar e erupção cutânea. As articulações podem se tornar temporariamente endurecidas e dolorosas, geralmente em mulheres.

Possíveis reações que ocorrem depois de tomar à vacina: febre, coriza e/ou tosse leve, exantema que pode ocorrer entre o 4º e 12º dia em 20% dos vacinados

22. Estimação das necessidades dos insumos



Quantidade SAB 0.5 ml = Quantidade des doses VAS/R

$$\text{Quantidade SD 5ml} = \frac{\text{Quantidade de doses VAS/R}}{\text{condicionamento}(10)}$$

$$\text{Quantidade de CS 5l} = \frac{\text{Quantidade SAB 0,5ml} + \text{Número de SD 5ml}}{100}$$

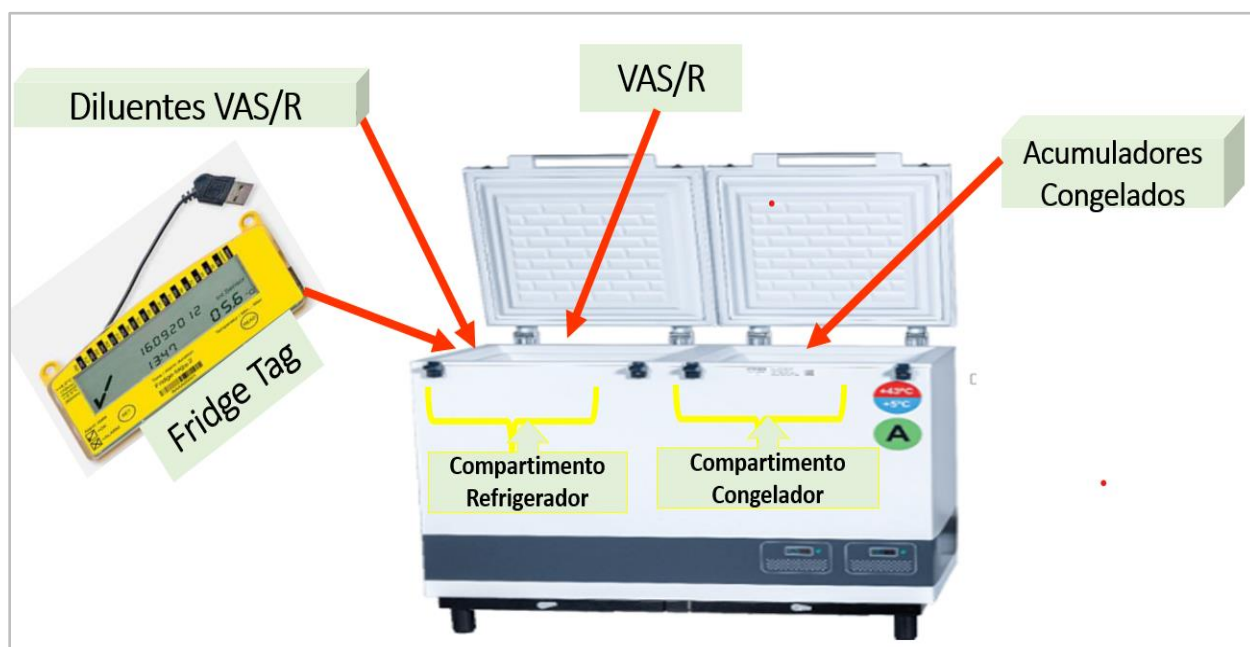
1 rolo de algodão+1 sabão liquido/ alcool gel por equipa (toda campanha)

2 Sacos de ixos por equipa por dia

Exemplos da Estimação da necessidades

Pop. Total:	234547	Necessidade de VAS/R
Crianças alvo :	39873	$39\ 873 \times 2 \times 100\% \times 1.1 = \mathbf{87721}$ doses
Número de dose:	2	Necessidade SAB 0.5 ml = 87721
Objetivo:	100%	Necessidade SD 5 ml = $87721/10 = \mathbf{8772}$
Taxa de perda :	10%	Caixa de Segurança = $(87721+8772)/100 = \mathbf{965}$

ARRUMAÇÃO DE VACINAS: FRIGORIFICO MISTO VLS 056 RF SDD



Arrumação de vacinas

Boas práticas



Vacinas sempre no cesto com um termómetro

Más práticas



- Não há cesto, não há termómetro – vacina em risco

Más práticas



22.1 Seguimento de Utilização

- Registrar as vacinas de campanha como na rotina;
- Registrar todas as operações no registo de stock;
- Seguir o estado do PCV;
- Calcular a taxa de perda;
- Elaborar um relatório de gestão das vacinas no fim da campanha.

Taxa de perda das vacinas

$$\text{Taxa de perda} = \frac{\text{Doses utilizadas} - \text{Doses Administradas}}{\text{Doses Utilizadas}} \times 100$$

Exemplo:

$$\text{Taxa de perda} = \frac{170\,680 - 161\,224}{170\,680} \times 100$$

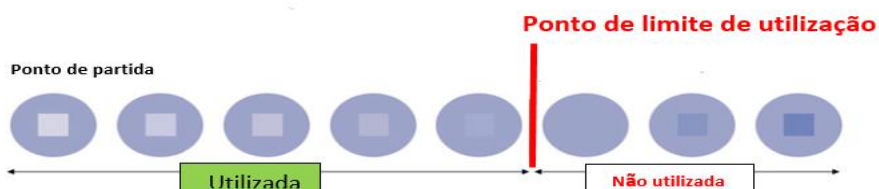
$$\text{Taxa de perda} = 5,5 \%$$

PASTILHA DE CONTROLO DE VACINA (PCV)

A PCV PODE SER AFIXADA SEJA NA ETIQUETA, SEJA NA TAMPA DO FRASCO OU NO GARGALO DE UMA AMPOLA DE VACINA



POR MAIS QUE A VACINA É EXPOSTA AO CALOR MAIS A PCV TORNA ESCURA. DEPOIS DE ALGUMA EXPOSIÇÃO, ELE INDICA QUE A VACINA NÃO É UTILIZADA



Armazenamento e transporte de VAS/R

- ✓ A vacina VAS/R é sensível a raios luminosos. Deve ser conservada na sua embalagem de origem;
- ✓ Condicionar acumuladores no momento de transporte;
- ✓ Duas portas vacinas por equipa:
 1. Um porta vacina para as vacinas e diluentes;
 2. Um porta vacina para acumuladores de reserva;
- ✓ Durante as sessões de vacinação, os frascos abertos de VAS/R devem ser mantidas dentro dos burracos de esponja;
- ✓ Os diluentes serão obrigatoriamente guardadas na mesma temperatura com as vacinas.



Conservação de vacina VAS/R no local



+2° C à +8° C

0° C à -

Transporte das seringas e caixas de segurança

- Transportar e guardar as seringas e caixas de segurança nos seus respectivos cartões
- Guardar as seringas e caixas de segurança nos locais secos e limpos



22.2 Constatação da gestão dos insumos depois da campanha

Depois da campanha de vacinação, observa-se nos centros de saúde e depósitos regionais:

- Estoques de vacinas, algumas sem etiquetas;
- Estoques dos materiais de injeção;
- Estoques não registado na ferramenta de gestão.

Segurança das injeções

- A segurança de vacinação é um conjunto de medidas e práticas que viabiliza a 100% das injeções administradas sem risco. Uma injeção segura não deve constituir um perigo para a pessoa que vacina, a comunidade e o meio ambiente.

Precauções:

- Não recapuchar as agulhas,
- Utilização sistemática das caixas de segurança,
- Evitar o enchimento excessivo das caixas de segurança e sacos de reciclagem dos lixos,
- Boa prática de triagem de lixos.

Tratamento dos lixos



Triagem :

Cada Equipa separará:

- ✓ As seringas e agulhas utilizadas dentro das caixas de seguranças;
- ✓ Os frascos abertos dentro do primeiro saco de reciclagem de lixo;
- ✓ Os outros lixos (embalagem das seringas, tampas das agulhas dentro de segundo saco de reciclagem de lixo).



Recolha :

- ✓ Cada equipa levará os sacos de lixos no centro de saúde;
- ✓ Todas caixas de segurança serão recolhidas de CS para a região por supervisores nacionais e regionais;
- ✓ A recolha das caixas de segurança das regiões para Bissau se fará de acordo com o mesmo circuito com o da distribuição de materiais de injeção.

Tratamento dos lixos



Stockagem:

- ✓ As caixas de segurança cheias serão guardadas a todos os níveis pelos responsáveis.

Transporte:

- ✓ Os veiculos de supervisores serão mobilizados para a recolha das caixas de segurança das áreas sanitárias para as regiões.

Tratamento /Eliminação correcta:

- ✓ Um incinerador de grande capacidade tipo Addfield em: Bissau, Bafata e Quinara.

23. VIGILÂNCIA MAPI

23.1 MANIFESTAÇÕES ADVERSAS APÓS A VACINAÇÃO (MAPI)

- ▶ (MAPI) é qualquer ocorrência médica desfavorável que se segue à vacinação e que não tem necessariamente uma relação causal com o uso da vacina;
- ▶ A causalidade das MAPI é determinada por meio de processos científicos por uma equipa independente de especialistas;

Na Guiné- Bissau, o Comitê Nacional de Especialistas/Peritos em MAPI é responsável por orientar e conduzir uma análise de causalidade.

23.2 CLASSIFICAÇÃO DAS MAPI

- ▶ Existem cinco classificações de MAPI que incluem:

Classificação	Descrição
Reações vacinais	Cinco categorias de MAPI:
1. Reação vacinal relacionada com o produto	MAPI causada ou precipitada por uma vacina devido a uma ou mais das propriedades do próprio produto da vacina. Exemplo: Edema extenso dos membros após a vacinação pentavalente.
2. Reação relacionada com defeito de qualidade da vacina	MAPI causada ou precipitada por uma vacina devido a um ou mais defeitos de qualidade do produto vacinal, incluindo seu dispositivo de administração fornecido pelo fabricante. <u>Exemplo:</u> Falha do fabricante em inativar completamente um lote de VPI leva a casos de poliomielite parálitica.
3. Reação relacionada com o erro de vacinação	Uma MAPI causada pelo manuseio, prescrição ou administração inadequada de vacinas e, portanto, por sua natureza, é evitável. <u>Exemplo:</u> Transmissão de infecção pelo frasco multidoses contaminado.
4. Reação relacionada com a ansiedade de vacinação	Uma MAPI decorrente da ansiedade em relação à vacinação. <u>Exemplo:</u> Síncope vasovagal (desmaio) em adolescente durante/após a vacinação.
5. Evento coincidente	Uma MAPI causada por algo diferente da vacina Produto, erro de vacinação ou ansiedade de vacinação. <u>Exemplo:</u> A febre ocorre no momento da vacinação (ocorrência temporária), mas, causada pelo

	paludismo. Eventos coincidentes refletem a ocorrência natural de problemas de saúde na comunidade, com problemas comuns frequentemente relatados
--	--

23.3 TIPO DE MAPI

MAPI não Grave	MAPI Grave
<p>MAPI não grave: é definido como uma incidência ou reação sem gravidade. A maioria das reações induzidas por vacinas não são graves e são transitórias, sendo mais frequentes febre leve (<38°C), sensibilidade e dor no local da injeção</p>	<p>MAPI grave: é definido como aqueles eventos que: Resulta em hospitalização ou prolongamento de hospitalização existente (por exemplo, encefalopatia, anomalias congênitas/defeitos congênitos e morte)</p>

23.4 BARREIRAS À NOTIFICAÇÃO DE MAPI

► Os técnicos de saúde podem não relatar MAPI por um ou mais

destes motivos:

- Não considerar o evento como relacionado à vacinação;
- Não conhecer o sistema e o processo de relatórios;
- Sobreposição, falta de formulários de notificação apropriados;
- Medo de que o relatório leve a consequências pessoais;
- Culpa por ter causado danos e ser responsável pelo evento;
- Resistência em relatar um incidente quando não está confiante sobre o diagnóstico.

23.5 PRÁTICAS DOS TRABALHADORES DA SAÚDE QUE LEVAM À INCIDÊNCIA DE MAPI

Erro de vacinação	Reação associada
<p>Injeções não estéreis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reutilização de seringas ou agulhas descartáveis • Vacina contaminada • Reutilização de vacinas além do ponto de descarte 	<p>Infeções</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supuração local no local da injeção • Abscessos • Celulite (infecção bacteriana ou alteração causada pelo acúmulo de gordura, água e toxinas nas células). • Infeções sistêmicas • Síndrome do choque séptico • Infecção transmitida pelo sangue
<p>Preparação imprópria de vacinas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos substituídos por vacina 	<ul style="list-style-type: none"> • Reação local ou abscesso • Efeitos da droga, por ex. Relaxante muscular, insulina
<p>Vacina injetada no local errado</p> <ul style="list-style-type: none"> • BCG subcutâneo em vez de intradérmico • Vacinas toxoides muito superficiais (TT, Penta, etc.) • Nádegas 	<ul style="list-style-type: none"> • Reações locais • Lesão do nervo ciático
<ul style="list-style-type: none"> • Transporte/armazenamento inadequado 	<ul style="list-style-type: none"> • Reação local de vacinas eficazes congeladas e ineficazes
<ul style="list-style-type: none"> • Contra indicações ignoradas 	<ul style="list-style-type: none"> • Reações vacinais graves evitáveis

23.6 Etapa da Vigilância MAPI

Notificação de casos

- ✓ Quem deve notificar eventos adversos?

A notificação de MAPI é da responsabilidade dos técnicos de saúde (médico, enfermeiro, parteira, ...)

- ✓ Quando notificar?

A notificação deve ser feita o mais cedo possível, a fim de ser capaz de agir e decidir rapidamente se a realizar uma investigação

- ✓ Como é feita a notificação?

Preencher o formulário de notificação padrão e encaminhá-lo para o Ponto Focal regional MAPI

- ✓ Que eventos precisam de ser comunicados?

Qualquer MAPI motivo de preocupação para os pais, o profissional de saúde ou a comunidade deve ser notificado, especialmente:

- MAPI graves
- Sinais e eventos associados à introdução de uma nova vacina
- MAPI que pode ser devido a um erro de vacinação
- Eventos importantes de causa inexplicada ocorrendo dentro de 28 dias após a vacinação
- Eventos de grande preocupação por parte dos pais ou da comunidade

23.7 Investigação das MAPI

- ✓ Que MAPI devem ser investigadas?

- MAPI graves
- Grupos de MAPI não graves

- ▶ MAPI que pode ser devido a um erro de vacinação
- ▶ Eventos importantes de causa inexplicada ocorrendo dentro de 28 dias após a vacinação
- ▶ Eventos de grande preocupação para os pais ou para a comunidade

Qualquer solicitação de investigação do comitê de especialistas MAPI

INVESTIGAÇÃO DENTRO DE 48 HORAS APÓS A NOTIFICAÇÃO.

TRATAMENTO...

23.8 TRATAMENTO MAPI

23.8.1 MAPI não grave

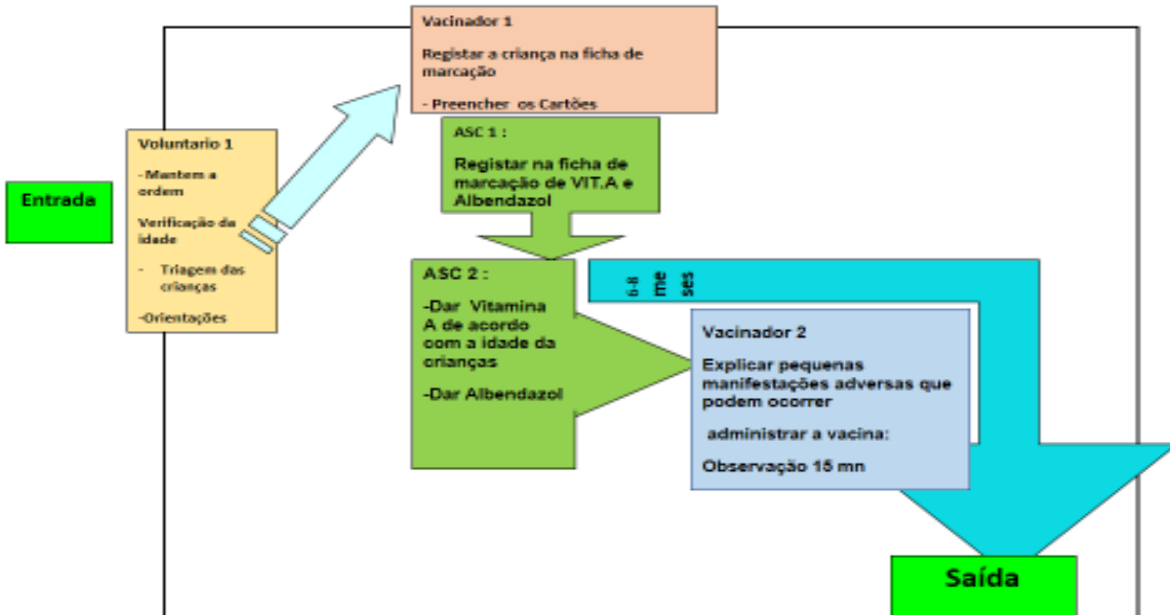
- Após a vacinação, para reações menores comuns, administrar paracetamol 15mg/kg a cada 6-8 horas para aliviar a dor e reduzir a febre, o máximo de quatro doses em 24 horas;
- Deitar o paciente de costas com as pernas levantadas;
- Administrar imediatamente uma solução aquosa de adrenalina (1/1000) por via IM ou subcutânea no membro não vacinado;
- É mais perigoso não administrar adrenalina prontamente do que administrá-la indevidamente;
- Não há contra indicação para administração de adrenalina para anafilático.

24. ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO

- Estratégia fixa: As vacinações ocorrerão principalmente em estruturas sanitárias (Hospitais Nacionais, Hospitais Regionais, Centros Materno Infantil, Centros de Saúde Tipo A.B.C, estruturas privadas e confessionais para os técnicos de saúde e grupos alvos no público
- Estratégia fixa temporária em locais fixos temporários designados (por exemplo, escolas, igrejas, mesquitas, farmácias.)
- Estratégia avançada e móvel também serão utilizadas para atingir a população-alvo que não consegue alcançar centros de vacinação fixos nas áreas mais remotas do país e em áreas insulares onde não há infraestrutura de saúde.
- Estratégia avançada: 5 a 15 km do posto de vacinação mais próximo.
- Estratégia móvel: mais de 15 km do posto de vacinação

24.1 Organização dos Postos de vacinação

Organizar o posto de vacinação



24.2 Tarefas recomendadas aos membros da equipa

Responsabilidades	Tarefas
Pessoa responsável pelo controlo/seleção de multidões (um voluntário).	<ul style="list-style-type: none"> Filtrar utentes e mante-los em áreas de espera; Garanta um fluxo de utente único e respeito pela distância física.
Mobilizador da comunidade (um voluntário)	<ul style="list-style-type: none"> Fornecer mensagens aprovadas pela comunidade.
Vacinador 1 para o manuseio de vacinas	<ul style="list-style-type: none"> Manipulação de equipamentos da cadeia de frio e armazenamento de vacinas, monitoramento do uso de vacinas; Registo e preenchimento do cartão.
Vacinador 2 (um técnico de saúde)	<ul style="list-style-type: none"> Explicar pequenas manifestações adversas que podem ocorrer ao utente e administrar a vacina; Vigiar os vacinados em termos de manifestações adversas imediatas.

ASC 1	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar na ficha de marcação de VIT.A e Albendazol
ASC 2	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar Vitamina A de acordo com a idade da criança • Administrar Albendazol

24.3 Tarefas dos Membros da equipa no Posto de Vacinação

24.4 Carga de trabalho mínimo diário

Estratégias

Meio urbano

- Fixa: 120/dia/equipa
- Fixa avançada: 120/dia/equipa
- Móvel: 120/dia/equipa

Meio rural

- Fixa: 120/dia/equipa
- Fixa avançada: 100/dia/equipa
- Móvel : 120/dia/equipa

25. GESTÃO DE DADOS

25.1 O QUE SÃO DADOS?

Os dados são uma coleção de valores discretos que transmitem informações descrevendo quantidade, qualidade, fatos estatísticas ou simplesmente sequencias de símbolos que podem ser posteriormente interpretados

25.2 Qual é a melhor definição para dados

- Os dados são registos, fatos brutos coletados que não possuem qualquer significado, contexto ou nexos com realidade

25.3 Diferenças entre dados e informação

- Um depende do outro
- Enquanto os dados são material bruto, a informação é a percepção concreta que se pode extrair
- Ambos são elementos de informação reunidos para referência ou análise;

Ex: informação demográfica recolhida sobre cada pessoa vacinada;

Essas informações são inseridas em um banco de dados;

A entrada de dados é o processo de inserir valores na planilha ou banco de dados.

25.4 Principais tipos de dados

- Dados numéricos tipo inteiro
- Dados alfanuméricos tipo aspas
- Operação básica com Spring
- Lista de casos

As informações geram conhecimentos, e este por sua vez traz soluções e respostas em tudo que está a nossa volta e nos ajudam nas tomadas de decisões.

25.5 Classificar dados em uma tabela

- 1 Selecione uma célula nos dados
- 2 Selecione a página inicial
- Classificar e filtrar ou selecionar
- Classificação de dados
- Escolha uma opção: classificar de A a Z ou Z a A
- Números (dos menores para os maiores ou de maiores para os menores)
- Data e hora (de mais antigas para a mais nova e de mais nova para mais antiga) em uma ou mais colunas.
- Classificar a coluna selecionada por ordem crescente.

25.6 Dados básicos

- São nomes e sobrenomes, data e local de nascimento, idade, estado civil, endereço, telefone, nome dos pais, situação de trabalho, escolaridade todos estes são dados básicos de qualquer cidadão.

25.7 Organização dos dados

Podem ser organizados de diferentes maneiras Ex: em listas, tabelas ou gráficos.

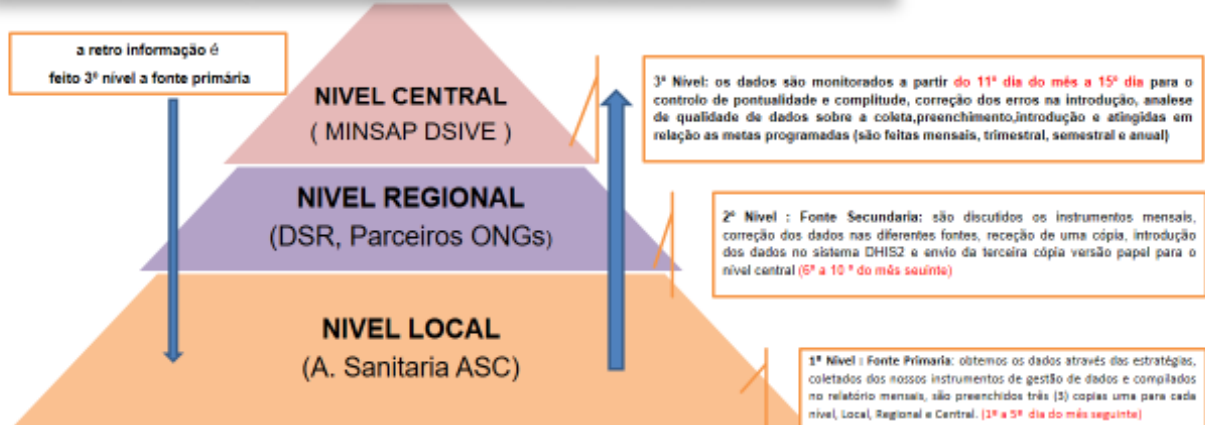
25.8 Dois tipos de dados

- **Dados qualitativos ou categóricos** que podem ser: sexo Masculino ou Feminino.
- **Dado quantitativo ou numéricos** que podem ser: discreto contagem ou número inteiro.

25.9 Fontes comuns de coleta de dados e erros de entrada

Tipo de erro de entrada	Exemplos de erros de entrada
Erro de transposição	39 inserido como 93 (geralmente causado por erros de digitação)
Erro de cópia	1 inserido como 7 devido à caligrafia; número 0 inserido como letra O.
Erro de codificação	Uso de código errado. Exemplo: num sistema de codificação de 1=Sim e 2=Não, um entrevistador circulou Sim, mas o codificador digitou 2 durante a codificação.
Erro de consistência	Duas ou mais respostas ao mesmo questionário são contraditórias. Exemplo: a data de apuramento é anterior à data de entrada
Erro de intervalo	A entrada está fora do intervalo de valores prováveis ou possíveis. Exemplo: As opções são de 1 a 5, mas 7 é inserido.

FLUXO DA INFORMAÇÃO



Na pirâmide sanitária, os centros de saúde e organizações comunitárias desempenham um papel fundamental uma vez que é a partir deste nível que os dados são gerados e recolhidos. Mas, constatam-se contudo carências em termos de recursos, formação dos técnicos, materiais e equipamentos.

NB. Para esta campanha os dados serão compilados por equipa diariamente e depois entregues ao RAS, para sintisse da area sanitaria, por sua vez deve comunica-los para o SIS regional. O SIS regional faz a sintisse regional introduza os dados no DHIS2 diariamente.

25.10 Quais são as características que definem a qualidade de dados?

- **Precisão:** Toda informação deve descrever ou refletir o mundo real. ...
- **Completação:** Os dados não podem estar fragmentados ou incompleto. ...
- **Consistência:** Dado consistente é aquele que, quando comparado com outras amostras, se confirma e não flutua
- **Velocidade:** Com que velocidade você tem acesso aos seus dados
- **Singularidade:** Informações duplicadas podem resultar em erros críticos dentro de uma estratégia. ...

25.11 O que é qualidade de dados?

- A qualidade dos dados mede quão bem um conjunto de dados atende aos critérios de **precisão, integridade, validade, consistência, exclusividade, pontualidade e adequação à finalidade**, e é fundamental para todas as iniciativas de governança de dados de uma empresa.
- Os padrões de qualidade de dados garantem que tomem decisões acionadas por dados para atingir seus objetivos.

- Se os problemas de dados, como dados duplicados, valores ausentes e valores discrepantes, não forem abordados adequadamente, aumentarão o risco de resultados negativos.

Nota Informativa:

- Apresente e discuta os procedimentos locais ou nacionais de manutenção de registos e relatórios.
- Mostre aos participantes o novo cartão de vacina com a vacina VASR, revista;
- Mostre aos participantes novos instrumentos de registo, que devem ser preenchidos pelos técnicos. Consulte os instrumentos de registos de dados do PAV;

Por exemplo:

- Livro de registo, Ficha de Marcação, Relatório mensal, cartão de crescimento ou de vacinação da criança.
- Peça a cada técnico de saúde para preencher todos os instrumentos que foram atualizados para a campanha, por exemplo, folhas de registo, sentisse diário e cartões de vacinação. Observe o trabalho deles;
- Corrija os erros e responda as perguntas restantes sobre os registos e relatórios;
- É fundamental monitorar o uso da vacina e pensar em formas de reduzir o desperdício.

26. COMUNICAÇÃO

26.1 Alvo de comunicação da campanha SR

Primário:	Secundário:	Terciário:
<ul style="list-style-type: none">• Pais e outras pessoas que cuidam da criança-alvo, incluindo populações especiais (Migrantes, pessoas deslocadas, etc.)• Pessoas com 15 anos ou mais	<ul style="list-style-type: none">• Autoridades administrativas, tradicionais e religiosas locais;• Profissionais de agente de saúde comunitário de saúde• Associações e organizações comunitárias e professores• Profissionais dos media	<ul style="list-style-type: none">• Autoridades governamentais/políticas, parceiros de desenvolvimento, sociedades científicas, empresas locais, etc.

26.2 OBJECTIVOS DE COMUNICAÇÃO

Objetivo geral

Informar pelo menos 95% dos pais e encarregados de educação de crianças sobre a implementação da campanha integrada de vacinação SR, suplementação com Vit A e desparasitação com Albendazol.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

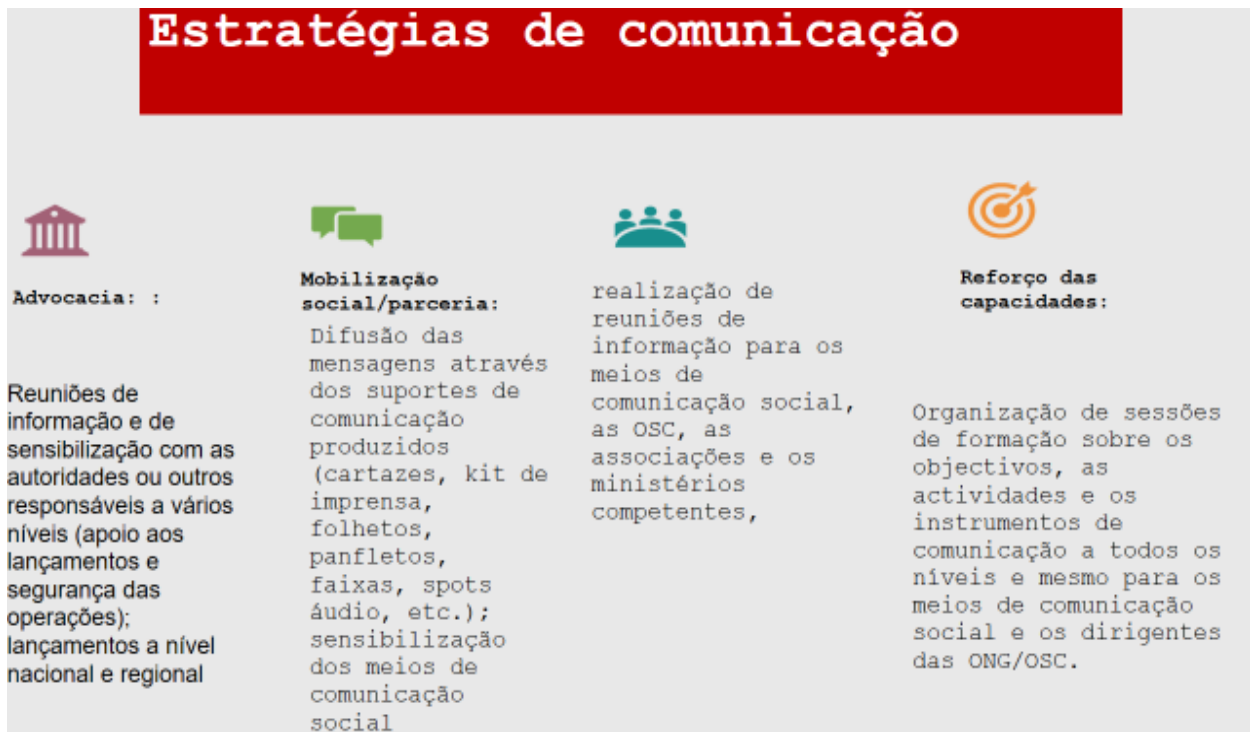
Reforçar a participação e engajamento das autoridades administrativas, políticas, religiosas e tradicionais a vários níveis;

Informar as populações sobre a campanha integrada de vacinação sarampo e rubéola, suplementação com vit A e desparasitação com albendazol

Promover a participação dos sectores conexos, das autoridades locais descentralizadas, das organizações científicas e profissionais, dos actores da sociedade civil e dos líderes comunitários;

Resultados esperados

- Pelo menos 80% das autoridades administrativas, políticas, religiosas e tradicionais apoiam a campanha de RR de várias formas.
- 80% dos profissionais de saúde sensibilizam os pais para a campanha integrada e as suas intervenções, bem como para os benefícios.
- 80% dos sectores relacionados, das organizações da sociedade civil, das sociedades científicas e profissionais e dos agentes comunitários mobilizam-se para promover a vacina e a campanha integrada.
- Os meios de comunicação social transmitem mensagens sobre a campanha integrada
- 100% dos pais informados vão aos postos de vacinação com os seus filhos-alvo



26.3 Comunicação sobre mudanças comportamentais e sociais

- Divulgação pelos profissionais de saúde, estações de rádio comunitárias, mobilizadores sociais, membros de associações e redes de associações de mulheres comerciantes; transmissão de mensagens aos pais sobre a vacinação dos filhos e a conservação dos cartões de vacinação.
- Contagem dos alvos porta a porta, campo a campo e acampamento a acampamento;
- Encaminhamento dos pais para postos de vacinação ou outros serviços
- CIP por parte dos ASC e do pessoal de saúde durante as palestras educativas nos centros de saúde e em vários locais de prestação de serviços para informar e educar os alvos.
- Os homens serão igualmente incentivados a assegurar a vacinação dos seus filhos.



O que fazer em caso de acontecimentos adversos pós-vacinação (mapi)



O comunicador deve chamar a atenção dos pais para :

A necessidade de comunicar imediatamente qualquer reação que possa estar relacionada com a vacina.

Se surgirem quaisquer sinais ou sintomas suspeitos, notificar imediatamente o caso de MAPI ao diretor do centro de saúde ou a um dos responsáveis pela imunização.



Uma vez notificado um caso de MAPI:

O chefe do centro de saúde comunica o caso de MAPI ao nível intermédio, que por sua vez o comunica ao nível nacional.

Os responsáveis a nível nacional decidirão então a estratégia de comunicação adequada para o evento.

26.4 Gestão de rumores

Como evitar os boatos

- Assegurar que as mensagens transmitidas às comunidades são fiéis ao que foi ensinado
- Trabalhar com os líderes, que podem ajudar a identificar os boatos e os seus autores.
- Utilizar corretamente os materiais educativos
- Responder a todas as perguntas relevantes do público
- Encaminhar as perguntas difíceis para o supervisor/gestor do centro de saúde.

26.5 Como combater os boatos

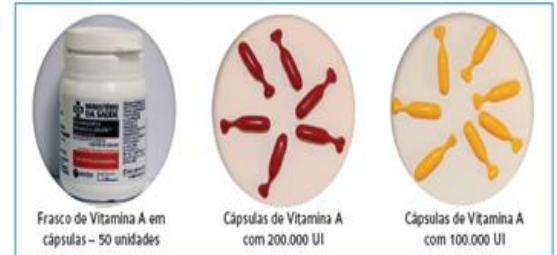
- Identificar a localidade onde o boato teve origem e, se possível, a(s) pessoa(s) responsável(eis).
- Informação, medo, conflito entre grupos de pessoas, etc.)
- Identificar os líderes de opinião e outras pessoas influentes a favor e contra o boato
- Dar as informações corretas aos líderes de opinião e às pessoas influentes e convencê-los a intervir
- Tomar medidas para tranquilizar a população. Exemplo: vacinar primeiro o filho do chefe antes de vacinar as outras crianças.

27. NUTRIÇÃO

27.1 O que é a vitamina A?

A vitamina A é um micronutriente encontrado em fontes de origem animal (retinol) e vegetal (provitamina A). Entre os alimentos de origem animal, as principais fontes são: leite humano, fígado, gema de ovo e leite.

Figura 2 – Megadoses de vitamina A em cápsulas



Fonte: CGAN/DAB/SAS.

Os suplementos são distribuídos, gratuitamente, nas unidades básicas de Saúde (UBS) e na rede SUS.





27.2 O que é a deficiência de vitamina A?

O corpo humano não pode fabricar vitamina A, portanto, toda a vitamina A de que necessitamos deve vir dos alimentos.

A deficiência da vitamina A, clinicamente (xerofthalmia) é definida por problemas no sistema visual, atingindo: retina, conjuntiva e córnea, tendo, como consequência, a diminuição da sensibilidade à luz até cegueira parcial ou total. A primeira manifestação funcional é a cegueira noturna, que constitui a diminuição da capacidade de enxergar em locais com baixa luminosidade.

A diarreia e o sarampo esgotam a vitamina A do organismo da criança. Uma criança com diarreia que dure vários dias ou com sarampo, ou que esteja gravemente desnutrida, deve ser tratada com doses elevadas de suplementos de vitamina A obtidos junto de um profissional de saúde com formação.

As crianças com sarampo devem receber vitamina A no dia do diagnóstico, uma dose no dia seguinte e outra dose pelo menos duas semanas depois.

Esquema para administração de vitamina A

Idade	Dose	Frequência
Crinças: 6-11 meses	100.000 UI	Uma dose
Crinças: 12-59 meses	200.000 UI	Uma vez a cada 6 meses

27.3 Esquema de administração de Albendazol

Idade	Fármaco	Dose
Crinças de 12-59 meses	Albendazol	1 comprimido

27.4 Técnica de administração

- A pessoa não deve registar antes de administrar
- Lavar as mãos antes e depois do contato com cada agregado.
- Segurar a cápsula e cortar ligeiramente as pontas sem fazer pressão para não perder o produto.
- A seguir espremer todo o conteúdo da cápsula na boca da criança.
- Os comprimidos de Albendazol devem ser esmagados e misturados com água para as crianças que não conseguem mastigar.



27.5 Via de administração

Os suplementos de vitamina A e os desparasitantes são administrados por via oral.

27.6 Registo dos instrumentos e gestão de produtos

- Preencher todo o cabeçalho da ficha de descarga.
- Para o registo da suplementação e desparasitação de crianças de 6 - 11 ou 12-59 meses, marque na coluna correspondente um “x” a cada dose administrada.
- No fim do dia, os pontos focais de saúde comunitária devem verificar o número de doses administradas, as doses perdidas (que caíram no chão, se romperam, venceram etc.) e registar o stock.