

## Protocolo 762/2024

---

**De:** PREFEITURA MUNICIPAL DE CÁCERES

**Para:** DCAT - DEPARTAMENTO DE COMUNICAÇÃO ADMINISTRATIVA E TELEFONIA

**Data:** 06/06/2024 às 16:29:27

**Setores (CC):**

DCAT

**Setores envolvidos:**

GAB-VER, GAB-VER, GAB-VER, DAL, DCAT

### 1.07-Resposta a Requerimento

---

**Entrada\*:**

Site

Senhor Presidente:

Acusamos o recebimento do Ofício nº 0499/2024-SL/CMC, por meio do qual essa Colenda Câmara encaminha-nos o Requerimento nº 101/2024, encaminhamos Ofício nº 0840/2024-GP/PMC e demais anexos.

Respeitosamente;

Thaís de Carvalho Sabino

**Anexos:**

D78231.pdf

Memorando\_n\_696\_2014\_SMS\_Cynara.pdf

Nota\_Tecnica\_n\_8\_2024\_CGICI\_DPNI.pdf

Oficio\_n\_0840\_2024\_GP\_PMC.pdf



**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**DECRETO Nº 78.231, DE 12 DE AGOSTO DE 1976.**

Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição e tendo em vista o disposto no artigo 15 da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975,

**DECRETA:**

Art. 1º As ações de vigilância epidemiológica e a notificação compulsória de doenças, o Programa Nacional de Imunizações e as vacinações de caráter obrigatório serão organizados e disciplinados, em todo o território nacional, pelo disposto na Lei número 6.259, de 30 de outubro de 1975, neste regulamento e demais normas complementares estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

**TÍTULO I**

**Do Sistema de Vigilância Epidemiológica e da Notificação Compulsória de Doenças**

Art. 2º Fica instituído o Sistema Nacional e Vigilância Epidemiológica, organizado e disciplinado em conformidade com o disposto neste decreto.

Art. 3º A vigilância epidemiológica será exercida, em todo o território nacional pelo conjunto de serviços de saúde, públicos e privados, habilitados para tal fim, organizados em Sistema específico, sob a coordenação do Ministério da Saúde, observadas as diretrizes gerais do Sistema Nacional de Saúde.

Art. 4º O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica é da responsabilidade institucional do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios Federais.

Art. 5º As ações de vigilância epidemiológica serão da responsabilidade imediata de uma rede especial de serviços de saúde, de complexidade crescente, cujas unidades disporão de meios para:

- I - Coleta das informações básicas necessárias ao controle de doenças;
- II - Diagnóstico das doenças que estejam sob o regime de notificação compulsória;
- III - Averiguação da disseminação da doença notificada e a determinação da população sob risco;
- IV - Proposição e execução das medidas de controle pertinentes;
- V - Adoção de mecanismos de comunicação e coordenação do Sistema;

Art. 6º A rede de que trata o artigo anterior será composta por Unidades de Vigilância Epidemiológica, integrantes dos serviços de saúde a serem indicados pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, cada um com atuação junto à população residente ou em trânsito, em áreas geográficas delimitadas, contínuas e contíguas, abrangendo todo o território de cada Unidade da Federação.

§ 1º As áreas referidas neste artigo poderão abranger parte de um Município, todo o Município ou mais de um Município.

§ 2º Em Municípios onde não for identificado serviço de saúde para assumir funções próprias do Sistema, e não houver possibilidade de instalar um Posto de Notificação, a Secretaria de Saúde definirá o detentor de cargo público para executar as ações de vigilância epidemiológica que neste caso se resumirão à recepção e ao encaminhamento das notificações de doenças.

Art. 7º Constituem elementos do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica:

I - Órgão Central - aquele mantido pelo Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde;

II - Órgãos Regionais - aqueles mantidos pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios Federais, através de órgãos específicos de Epidemiologia integrantes de suas respectivas estruturas;

III - Órgãos Micro-Regionais - aqueles mantidos pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, quando houver regionalização administrativa das primeiras;

IV - Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE) - aquela componente de órgão local de saúde indicado pela Secretaria de Saúde das Unidades Federadas, dentre os estabelecimentos de saúde instalados no âmbito de seus respectivos territórios, e reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

Parágrafo único. Os demais serviços de saúde, os estabelecimentos de ensino, os Postos de Notificação e os profissionais obrigados a notificação compulsória de doenças ficarão vinculados às Unidades de Vigilância Epidemiológica de sua área geográfica na qualidade de agentes de notificação.

Art. 8º Constituem funções de Órgãos Central do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica:

I - Elaborar, atualizar e publicar plenamente, a relação de doenças de notificação compulsória para todo o território nacional;

II - Analisar e aprovar propostas das Secretarias de Saúde das Unidades da Federação, para incluir no âmbito de seus respectivos territórios outras doenças de notificação compulsória;

III - Estabelecer normas sobre a organização, procedimentos e funcionamento do Sistema, principalmente no que concerne às atividades de investigação epidemiológica e profilaxia, específica para cada doença, bem como no que se refere aos fluxos de informações;

IV - Supervisionar, controlar e avaliar a execução das ações de vigilância epidemiológica no território nacional, principalmente no que se refere ao desempenho dos Órgãos Regionais;

V - Centralizar, analisar e divulgar as informações decorrentes das ações de vigilância;

VI - Prestar apoio técnico e financeiro aos elementos subjacentes do Sistema, sobretudo aos Órgãos Regionais;

VII - Manter atualizada a relação das Unidades de Vigilância Epidemiológica de cada Unidade da Federação, divulgando-a anualmente.

Art. 9º Constituem funções dos Órgãos Regionais:

I - Observar as normas estabelecidas pelo Órgão Central e dispor, supletivamente, sobre a ação dos elementos subjacentes no Sistema, inclusive, no que se refere à elaboração e atualização da relação de doenças de notificação compulsória, no território da Unidade Federada;

II - Supervisionar, coordenar, controlar, avaliar e apoiar a execução das ações de vigilância no território da Unidade Federada principalmente aquelas desempenhadas pelos Órgãos Micro-Regionais;

III - Centralizar, analisar e transmitir ao Órgão Central as informações decorrentes da ação de vigilância epidemiológica, divulgando-as;

IV - Apropriar os recursos necessários à manutenção e desenvolvimento dos elementos do Sistema sob sua responsabilidade, inclusive aqueles vinculados a outras instituições;

V - Buscar apoio para as suas ações no Órgão Central do Sistema;

VI - Manter atualizada a relação das Unidades de Vigilância Epidemiológica da respectiva Unidade da Federação, encaminhando-a anualmente ao Órgão Central do Sistema.

Art. 10. Constituem funções dos Órgãos Micro-Regionais:

I - Observar as normas estabelecidas pelos Órgãos Regionais;

II - Centralizar, analisar e transferir ao Órgão Regional as informações decorrentes de ações de vigilância epidemiológica;

III - Gerir, supervisionar e apoiar a execução das ações a cargo das Unidades de Vigilância Epidemiológica;

IV - Buscar apoio para as suas ações no Órgão Regional.

Art. 11. Constituem funções das Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE):

I - Receber notificações;

II - Cumprir as normas comunicadas pelo Órgão Micro-Regional;

III - Registrar e transmitir informações sobre a ocorrência de doenças ao Órgão Micro-Regional;

IV - Executar investigações epidemiológicas e ações de profilaxia decorrentes das mesmas;

V - Supervisionar a atuação dos Postos Locais de Notificação e estabelecer as vinculações necessárias com os demais agentes de notificação, informando-os dos resultados decorrentes de suas notificações;

VI - Buscar apoio para suas ações no Órgão Micro-Regional.

Art. 12. Constituem funções dos Postos de Notificação:

I - Cumprir as normas comunicadas pela Unidade de Vigilância Epidemiológica;

II - Receber e buscar informações sobre os casos confirmados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória;

III - Notificar a ocorrência de doenças notificáveis à Unidade de Vigilância Epidemiológica.

Art. 13. Consideram-se informações básicas para o funcionamento do Sistema Nacional e Vigilância Epidemiológica:

I - As notificações compulsórias de doenças;

II - As declarações e atestados de óbitos;

III - Os resultados de estudos epidemiológicos pelas Autoridades Sanitárias;

IV - As notificações de quadros mórbidos inusitados e das demais doenças que, pela ocorrência de casos julgada anormal, sejam de interesse para a tomada de medidas de caráter coletivo.

Parágrafo único. Consideram-se de notificação compulsória:

I - As doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional;

II - As doenças constantes de relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada Unidade da Federação, a ser atualizada, periodicamente, observado o artigo 7º, item II, e seu § 1º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 14. As notificações a que se referem os itens I e IV do artigo anterior deverão conter:

I - A indicação precisa que permita a Autoridade Sanitária identificar a pessoa portadora da doença e o local ou locais onde possa ser encontrada;

II - A indicação precisa da doença suspeita ou confirmada;

III - A data da notificação o nome e a residência do notificante.

Parágrafo único. A notificação compulsória de doenças deverá ser realizada, imediata ou posteriormente ao conhecimento do fato, por escrito e no modelo padronizado.

Art. 15. Para efeito deste Regulamento, são consideradas Autoridades Sanitárias, os responsáveis pelas Unidades de Vigilância Epidemiológica e pelos órgãos de epidemiologia bem como os seus superiores hierárquicos.

Art. 16. São componentes para o recebimento das notificações, os elementos componentes do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, segundo o disposto neste decreto que deverão proporcionar todas as facilidades ao seu alcance para o aperfeiçoamento e a celeridade do processo de notificação.

Art. 17. As Unidades de Vigilância Epidemiológica, face a uma notificação recebida, providenciarão o registro e arquivamento da mesma como documento hábil para desencadeamento das ações de investigação epidemiológica e eventual aplicação das medidas legais pertinentes, comunicando o fato às autoridades superiores.

Art. 18. Para cada doença de notificação compulsória, serão definidos a urgência e o modo de promover a notificação.

Art. 19. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica estará formalmente articulado com a rede de Laboratórios de Saúde Pública de modo a possibilitar a todas as Unidades de Vigilância Epidemiológica os necessários exames laboratoriais indicados para esclarecimentos de diagnósticos, clínico e epidemiológico.

Parágrafo único. Os demais laboratórios de análise de interesse para a saúde existentes nas áreas geográficas de responsabilidade das Unidades de Vigilância Epidemiológica proporcionarão às mesmas o apoio necessário para o esclarecimento do diagnóstico, através de mecanismos administrativos adequados.

Art. 20. Todas as unidades de prestação de serviços integrantes do Sistema Nacional de Saúde deverão estar vinculadas às Unidades de Vigilância Epidemiológica, de suas respectivas áreas, facilitando-lhes os meios para os esclarecimentos, clínico e laboratorial, do diagnóstico.

Art. 21. As ações de vigilância epidemiológica de doenças, objeto de programações verticais desenvolvidas pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública do Ministério da Saúde, constituirão um subsistema especial de serviços com atribuições e mecanismos de coordenação e comunicação próprios, diretamente vinculados aos subsistemas das Unidades Federadas.

Art. 22. Estão particularmente obrigados à notificação de doenças constantes das relações a que se refere o item I do artigo 8º deste Decreto:

I - Os médicos, no exercício de suas funções profissionais;

II - O dirigente de cada um dos estabelecimentos componentes do Sistema Nacional de Saúde que proporcionem serviços de saúde, em regime ambulatorial ou de internação, o qual será solidariamente responsável pela notificação, juntamente com os médicos que estejam atendendo paciente com suspeita ou confirmação de doença de notificação compulsória;

III - O dirigente de cada um dos estabelecimentos componentes do Sistema Nacional de Saúde que executem exames complementares para diagnóstico e tratamento, que serão solidariamente responsáveis pela notificação, juntamente com os médicos que recebam os resultados dos exames;

IV - O dirigente de estabelecimento de ensino em geral, público ou particular, sobretudo quando lhe houver sido feita a comunicação de suspeita de doença de notificação compulsória em pessoa de seu estabelecimento de ensino, por qualquer membro do corpo docente, pais ou responsáveis por seus alunos;

V - As pessoas que, na forma deste Decreto, exercerem as funções de agente de notificação em Postos de Notificação.

Art. 23. Todos os encarregados de ações de vigilância epidemiológica manterão sigilo quanto à identificação pública do portador de doença notificada.

Parágrafo único. No caso de grave risco a comunidade, a juízo da autoridade sanitária e com o conhecimento prévio do paciente ou de seu responsável, será permitida a identificação do paciente fora do âmbito médico-sanitário.

Art. 24. Face à notificação de doença de notificação compulsória a Autoridade Sanitária mobilizará os recursos do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica de modo a possibilitar, na forma regulamentar, as ações necessárias ao esclarecimento do diagnóstico, a investigação epidemiológica e adoção das medidas de controle adequadas.

Art. 25. As pessoas naturais e jurídicas, de direito público e de direito privado, ficarão sujeitas às medidas de controle determinadas pela Autoridade Sanitária, quer para a investigação epidemiológica, quer para profilaxia decorrentes de notificação da doença.

## TÍTULO II

### Do Programa Nacional de Imunizações e das Vacinações de Caráter Obrigatório

Art. 26. O Ministério da Saúde elaborará, fará publicar e atualizará, bienalmente, o Programa Nacional de Imunizações que definirá as vacinações em todo o território nacional, inclusive as de caráter obrigatório.

Art. 27. Serão obrigatórias, em todo o território nacional, as vacinações como tal definidas pelo Ministério da Saúde, contra as doenças controláveis por essa técnica de prevenção, consideradas relevantes no quadro nosológico nacional.

Parágrafo único. Para efeito do disposto neste artigo o Ministério Saúde elaborará relações dos tipos de vacina cuja aplicação será obrigatória em todo o território nacional e em determinadas regiões do País, de acordo com comportamento epidemiológico das doenças.

Art. 28. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Territórios poderão tornar obrigatório o uso de outros tipos de vacina para a população de suas áreas geográficas desde que:

I - Obedeçam ao disposto neste Decreto e nas demais normas complementares baixadas para sua execução pelo Ministério da Saúde;

II - O Ministério da Saúde aprove previamente, a conveniência da medida;

III - Reunam condições operacionais para a execução das ações.

Art. 29. É dever de todo cidadão submeter-se e os menores dos quais tenha a guarda ou responsabilidade, à vacinação obrigatória.

Parágrafo único. Só será dispensada da vacinação obrigatória, a pessoa que apresentar Atestado Médico de contra-indicação explícita da aplicação da vacina.

Art. 30. São responsáveis institucionais pela vacinação obrigatória:

I - O Ministério da Saúde, em âmbito nacional;

II - As Secretarias de Saúde das Unidades Federadas, no âmbito de seus respectivos territórios.

Parágrafo único. O complexo de serviços que constitui o Sistema Nacional de Saúde apoiará as ações de vacinação, principalmente aquelas de caráter obrigatório, na forma estabelecida por este regulamento e suas demais normas complementares.

Art. 31. A vacinação obrigatória será da responsabilidade imediata de uma rede de serviços de saúde cujas unidades deverão dispor de meios para:

I - Executar as vacinações;

II - Coordenar e controlar as vacinações executadas pelos demais serviços de saúde;

III - Abastecer regularmente com vacinas os demais serviços de saúde;

§ 1º A rede de serviços de que trata este artigo será composta por Centros de Vacinação que integrarão determinados estabelecimentos de saúde definidos pelas Secretarias de Saúde das Unidades Federadas, cada um com atuação junto à população residente ou em trânsito em áreas geográficas contínuas ou contíguas de modo a assegurar uma cobertura integral.

§ 2º As áreas a que se refere o § 1º poderão cobrir uma parte, o todo ou mais de um Município.

Art. 32. Ao Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde, compete:

I - Implantar e implementar as ações do Programa relacionado com as vacinações de caráter obrigatório;

II - Estabelecer critérios e prestar apoio técnico e financeiro a elaboração, implantação e implementação dos programas de vacinação a cargo das Secretarias de Saúde das Unidades Federadas;

III - Estabelecer normas básicas para a execução das vacinações;

IV - Supervisionar, controlar e avaliar a execução das vacinações no território nacional principalmente o desempenho dos órgãos das Secretarias de Saúde, encarregados dos programas de vacinação;

V - Centralizar, analisar e divulgar as informações referentes ao Programa Nacional de Imunizações.

Art. 33. Constituem funções das Secretarias de Saúde, através de seus órgãos responsáveis pelos programas de vacinação:

I - Elaborar, implantar e implementar programas de imunizações, principalmente aqueles referentes a vacinação obrigatória;

II - Designar os serviços de saúde que deverão incorporar os Centros de Vacinação constituindo a rede especial a que se refere o artigo 31 deste Regulamento;

III - Limitar a área geográfica a que deve estender-se a influência dos Centros de Vacinação;

IV - Manter a rede Centro de Vacinação;

V - Manter Postos de Vacinação nos demais estabelecimentos de saúde que operam sob sua responsabilidade;

VI - Promover a criação de Postos de Vacinação em todos os serviços de saúde de natureza pública e particular;

VII - Credenciar médicos, como Agentes, para a execução das vacinações;

VIII - Estabelecer normas complementares às baixadas pelo Ministério para a execução das vacinações;

IX - Supervisionar, controlar e avaliar a execução das vacinações no território da Unidade Federada, pelos Centros, Postos e Agentes de Vacinação;

X - Centralizar, analisar e transferir ao Ministério da Saúde as informações referentes às vacinações realizadas em períodos anteriores, divulgando-as.

Art. 34. Constituem funções dos Centros de Vacinação:

I - Programar e garantir a vacinação da população residente ou em trânsito na sua área de influência, em conformidade com o Programa da respectiva Secretaria de Saúde;

II - Distribuir e controlar o uso das vacinas pelos Postos e Agentes de Vacinação;

III - Informar ao órgão imediatamente superior na estrutura da Secretaria de Saúde de que é integrante, as vacinações realizadas em períodos anteriores;

IV - Manter o registro das vacinações realizadas;

V - Expedir Atestados de Vacinação para as pessoas que vacinar;

VI - Expedir Atestados da impossibilidade de obtenção das vacinações nos casos previstos neste Regulamento.

Art. 35. Constituem funções dos Postos e Agentes de Vacinação:

I - Vacinar as pessoas a quem estiverem prestando serviços de saúde;

II - Registrar as vacinações que executarem;

III - Expedir Atestados de Vacinação para as pessoas que vacinarem.

Parágrafo único. O credenciamento de serviços de saúde e de profissionais pelas Secretarias de Saúde para atuarem como Postos e Agentes de Vacinação deverá obedecer a critérios estabelecidos pelas primeiras, observadas as seguintes condições:

I - Existência de meios para armazenamento das vacinas e sua perfeita conservação, e de equipamentos destinados à aplicação das mesmas;

II - Registro do uso das vacinas nas fichas clínicas das pessoas vacinadas;

III - Compromisso de afixar em local visível as datas e horários para a aplicação das vacinas;

IV - Compromisso de comunicar as vacinações praticadas nos formulários distribuídos e nos prazos estipulados pelas Secretarias de Saúde.

Art. 36. Em situações especiais como na ocorrência de surtos epidêmicos, e a Juízo da Autoridade Sanitária vinculada ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, a coordenação e execução do programa de vacinação serão transferidas às Unidades de Vigilância Epidemiológica atuantes nas áreas em que essas situações se verificarem.

Art. 37. O cumprimento da obrigatoriedade das vacinações será comprovado através de Atestados de Vacinação, emitidos pelos serviços de saúde que aplicarem as vacinas.

§ 1º O atestado das vacinações de caráter obrigatório será consubstanciado em documento único, padronizado pelo Ministério da Saúde e deverá conter:

- I - Os elementos de identificação civil da pessoa vacinada;
- II - O tipo e a data da vacina aplicada;
- III - A identificação do serviço de saúde onde a vacinação se realizou;
- IV - A rubrica do executor da vacinação.

§ 2º Continuam em vigor os Atestados de Vacinação previstos no Regulamento Sanitário Internacional, para o caso das Doenças Quarentenáveis.

Art. 38. Toda pessoa vacinada tem o direito de exigir correspondente atestado comprobatório da vacinação obrigatória recebida, inclusive em segunda via, a fim de satisfazer exigências legais ou regulamentares.

§ 1º A pessoa que, durante o ano anterior, recorrer aos serviços de saúde autorizados para a realização de vacinações obrigatórias e não conseguir a aplicação das mesmas, poderá exigir desses estabelecimentos um atestado comprobatório da impossibilidade da vacinação, a fim de eximir-se nas datas aprazadas, das obrigações e sanções estabelecidas na legislação específica.

§ 2º Em situações excepcionais em que a coordenação das vacinações estiver sob a responsabilidade da Unidade de Vigilância Epidemiológica a Autoridade Sanitária poderá dispensar a emissão de Atestado.

### TÍTULO III

#### Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 39. Os atestados de vacinação obrigatória só serão exigidos a partir de 1º de julho de 1978, salvo a hipótese de emergência reconhecida pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Para efeito de pagamento de salário-família por dependentes de segurados de diferentes sistemas de previdência social, os atestados de vacinação obrigatória, somente serão exigidos a partir de 1º de julho de 1978, em relação aos dependentes nascidos a partir 1º de julho de 1977.

§ 2º O Ministério da Saúde por solicitação das Secretarias de Saúde poderá estabelecer novas datas quando ficar comprovada a impossibilidade do cumprimento da obrigação contida neste artigo e no seu § 1º.

Art. 40. As vacinas obrigatórias e seus respectivos Atestados serão gratuitos, inclusive quando executados por profissionais em suas clínicas ou consultórios, ou por estabelecimentos privados de prestação de serviços de saúde.

Art. 41. Os Atestados de Vacinação Obrigatória não poderão ser retidos, em qualquer hipótese e sob qualquer motivo, por pessoa natural ou jurídica.

Art. 42. Sem prejuízo do disposto no artigo 22 e seus itens, é dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, relacionada em conformidade com o artigo 8º, item I.

Art. 43. A inobservância das obrigações estabelecidas na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, neste Regulamento e em suas normas complementares, configura infração da legislação referente à Saúde Pública, sujeitando o infrator às penalidades previstas no Decreto-lei nº 785 de 25 de agosto de 1969, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Art. 44. Fica o Ministro de Estado da Saúde autorizado a expedir os atos complementares visando à execução deste Regulamento.

Art. 45. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 12 de agosto de 1976; 155º da Independência e 88º da República.

ERNESTO GEISEL  
*Paulo de Almeida Machado*

Este texto não substitui o publicado no DOU de 13.8.1976



ESTADO DE MATO GROSSO  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CÁCERES**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO

---

Cáceres-MT, 03 de junho de 2024.

Da: Secretaria Municipal de Saúde

Para: Presidencia da Camara Municipal de Cáceres

Ref.: Ofício nº.0499/2024 – SL/CMC – Protocolo 1Doc 11.635/2024

Prezada Senhora Prefeita,

Ao cumprimentá-la cordialmente, vimos pelo presente em razão ao Ofício acima epigrafado, trazendo REQUERIMENTO de autoria do Excelentíssimo vereador PROF. LEANDRO DOS SANTOS - PSD, requerendo “ *informações sobre a vacinação contra a dengue em Cáceres*”.

Com relação aos questionamentos exarados no documento acima, temos a informar:

1 – “*Por que Cáceres ainda não está vacinando contra a dengue*”?

A principio cumpre informar ue a vacina contra a dengue se encontrava disponível apenas na rede privada, tendo sido incluído no PNI – Plano Nacional De Imunização no ano de 2024.

A depósito da inclusão, temos que não houve distribuição para todos os municípios, em decorrência de desabastecimento mundial do imunizante.

Em face de tal, o Ministério da Saúde estabeleceu critérios para distribuição da vacina, sendo que os primeiros lotes distribuídos em 521 municípios do país, seguindo os seguintes critérios:



ESTADO DE MATO GROSSO  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CÁCERES**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO

*“A metodologia utilizada teve como ponto de partida os municípios de grande porte (população igual ou maior do que cem mil habitantes) com alta transmissão nos últimos 10 anos. As regiões de saúde nas quais estes municípios estavam incluídos foram selecionadas e ordenadas de acordo com os seguintes critérios: predominância do sorotipo DENV-2 (dezembro/2023) e maior número de casos no monitoramento 2023/2024 (SE-27/2023 a SE-02/2024).*

*O processo foi organizado com Conass e Conasems - órgãos representantes das Secretarias de Saúde dos estados e municípios - seguindo as recomendações da Câmara Técnica de Assessoramento em Imunização (CTAI) e da Organização Mundial de Saúde (OMS)” <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/janeiro/ministerio-da-saude-anuncia-estrategia-de-vacinacao-contr-a-dengue> .*

Além do descrito acima, transcrevemos trecho da Nota Técnica 008/2024 CGICI/DPNI, onde se estabelecem os critérios principais para distribuição do imunizante, ante a necessidade de priorização pela baixa produção:

**“2.4. Critérios de implementação da vacina**

*2.4.1. Considerando as dimensões continentais do Brasil, a heterogeneidade de transmissão em cada Região, e o limitado quantitativo de doses da vacina disponíveis para o ano de 2024, foram selecionados municípios de grande porte (população maior ou igual a 100 mil habitantes) com alta transmissão de dengue no Brasil, incluindo os demais municípios das suas regiões de saúde de abrangência, independentemente do porte populacional, ordenados pela predominância do sorotipo DENV-2 (reemergência recente) e pelo maior número de casos no monitoramento 2023/2024[2] (SE-27/2023 à SE-02/2024). Municípios de alta transmissão: caracterizados pelo elevado contingente populacional (acima de 100 mil habitantes) e pela taxa de incidência anual média em 10 anos (2013 e 2022) acima da mediana das taxas dos municípios de grande porte, além das capitais. Conforme estes critérios, há 176 municípios que isoladamente concentraram 48,2% dos casos prováveis de dengue no Brasil e 93,1% dos casos prováveis de dengue dentre os municípios de grande porte no período de 2013 a 2022”.*



ESTADO DE MATO GROSSO  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CÁCERES**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO

Desta forma, o Município de Cáceres não se encontrava elegível na primeira remessa, por não atingir o quantitativo expresso na Nota Técnica, e na remessa seguinte não haver considerável quantidade de casos prováveis de dengue em 2023 – 625 casos confirmados sendo que em 2024, houve um aumento expressivo sendo contabilizado até o dia 27/05 3.075; ressaltamos que para fins de recebimento de imunizante foram considerados os dois anos.

Critérios para seleção dos municípios que irão receber a vacinação.

**COMBATE AO MOSQUITO** PARA FAZER DIFERENTE, PRECISA

**MUNICÍPIOS SELECIONADOS**

**521 CIDADES BRASILEIRAS EM 37 REGIÕES DE SAÚDE IRÃO RECEBER A VACINA EM 2024**

Para essa seleção, o Ministério da Saúde, em conjunto com representantes de estados e municípios, utilizou os seguintes critérios:

- Municípios de grande porte (mais de 100 mil habitantes) com alta transmissão de dengue;
- Maior número de casos em 2023 e 2024;
- Predominância do sorotipo DENV2 (dezembro de 2023);
- Definição por Regiões de Saúde, abrangendo todas as regiões do país;

Saiba mais em: [gov.br/mosquito](http://gov.br/mosquito) SAÚDE 136 SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL BRASIL

Além dos critérios elencados acima, temos que necessário se faz identificar o sorotipo circulante como DENV-2. O município conseguiu isolar o vírus em 2023, identificado como DENV-1. Já em 2024 apesar de encaminhar ao LACEN – Laboratório Central do Estado amostras para isolamento (para isolamento viral é utilizado o método RT-PCR, devendo o material coletado do 3º ao 5º dia de sintoma), tivemos algumas inconclusivas e 80% positivo para Chicungunya, impossibilitando o isolamento. Desta forma, considerado o vírus circulante como o DENV-1 também torna o município inelegível para recebimento do imunizante.

Desta forma, por critérios técnicos o município não recebeu imunizantes contra a dengue impossibilitando a vacinação.

## 2 – Qual a previsão de chegada das doses da vacina Qdenga?



ESTADO DE MATO GROSSO  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CÁCERES**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO

As remessas são entregues segundo a aquisição pelo Ministério obedecendo os critérios elencados, desta forma não há previsão de recebimento de imunizantes.

*3 – A vacina é indicada para qual faixa etária?*

A faixa etária para a vacina contra a dengue pode variar de acordo com o município e a disponibilidade de doses. Em geral, o público-alvo prioritário é a faixa etária de 6 a 16 anos, mas se não houver adesão, a aplicação pode ser liberada para pessoas de 4 a 59 anos.

*4 – As informações são de que ao todo 35 municípios do Estado foram selecionados para receber o imunizante. Por que Cáceres ficou de fora?*

Na realidade os municípios que receberam não foram “selecionados” apenas se enquadraram nos critérios técnicos elencados no questionamento 1.

*5 – O Executivo tomou alguma providência para levar ao Estado e a União informações sobre a situação de Cáceres?*

O Ministério da Saúde, bem como a Secretaria de Estado de Saúde possuem sistemas interligados que acompanham não só a situação epidemiológica como ambiental. Dentre os sistemas alimentados temos o SISPNCD – Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue, onde os trabalhos de rotina para controle de vetores de arboviroses são registrados, com número de imóveis visitados, criadouros encontrados, larvas coletadas, tipo de criadouro, Pontos Estratégicos onde se realizou tratamento perifocal, imóveis e quarteirões onde foi realizado “fumacê” leve.

Também se lança no SISPNCD os dados coletados na semana do LIRA – Levantamento Rápido de Índice de Aedes, realizado de acordo com cronograma nacional e que traça o cenário municipal de depósitos existentes por bairro e tipo de depósito demonstrando ao final o Índice de Infestação Predial, indicador utilizado para implementar ações de combate ao mosquito e larvas. Tais dados são controlados a nível Estadual e Nacional, que acompanham e auxiliam na implementação e ações.



ESTADO DE MATO GROSSO  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CÁCERES**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO

Quanto a situação epidemiológica, também é acompanhada diariamente através dos lançamentos no sistema Dengue On Line, aonde são lançadas TODAS as notificações de arboviroses que chegam a Vigilância em Saúde.

Desta forma, o município é constantemente monitorado pela Vigilância, com a coleta de dados, alimentação de sistemas e transferência de informações para monitoramento a nível estadual e municipal. Tais dados alimentam os painéis que são divulgados com acesso público e também subsidiam ações conjuntas.

*5 – Como é feita a notificação dos casos de dengue em Cáceres?*

O fluxo de notificações é determinado pelo Decreto 78231/1976. A dengue é um agravo de notificação compulsória semanal.

O estabelecimento de saúde preenche a Ficha de Notificação específica para Dengue, Zica e Chicungunya, lembrando que notifica-se todos os casos suspeitos. Diariamente motoristas da Vigilância em Saúde retiram as notificações da UPA, Quality, Hospital Regional e anexo, laboratórios (se houver). Semanalmente às terças feiras retiram-se as Notificações das Unidades Básicas. As notificações são lançadas no Sistema Dengue-on line e resultam em informações diretamente para o banco de dados nacional. As informações são sempre repassadas por Semana Epidemiológica que se iniciam às segundas-feiras e terminam no domingo.

Os casos lançados são acompanhados e em até 60 (sessenta) dias devem ser encerrados com desfecho diagnóstico positivo ou negativo feitos por profissionais da área da saúde vinculados a Vigilância Epidemiológica, através de diagnóstico clínico ou laboratorial.

*6 – Há subnotificação?*

É uma pergunta cuja resposta seria meramente especulativa. Desta forma, impossível mensurar e responder a questão.



ESTADO DE MATO GROSSO  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CÁCERES**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO

Colocamo-nos a disposição para melhores esclarecimentos.

Atenciosamente,

**SILVANA MARIA DE SOUZA**  
Secretário Municipal de Saúde

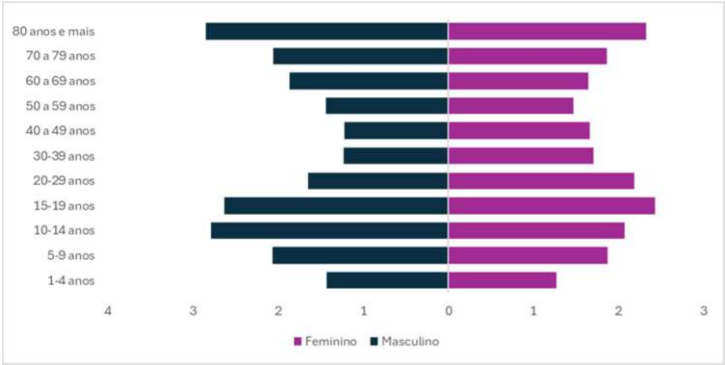
**CYNARA PIRAN**  
Coordenadora de Vigilância em Saúde



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente  
Departamento do Programa Nacional de Imunizações  
Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização

NOTA TÉCNICA Nº 8/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS

1.  
1.1.  
2.  
2.1.  
2.1.1.  
2.1.2.  
2.1.3.  
2.2.  
2.2.1.  
2.2.2.  
2.2.3.
- ASSUNTO**  
Trata-se da Incorporação da vacina dengue (atenuada) no Sistema Único de Saúde (SUS).  
**JUSTIFICATIVAS**  
**Recomendações Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Comitê Técnico Assessor em Imunização (CTAI).**  
A OPAS/OMS por intermédio do Grupo Técnico Consultivo (TAG) sobre Imunização das Américas reiterou a recomendação do Grupo Estratégico Consultivo de Especialistas em Imunização (SAGE) da OMS sobre a introdução da vacina dengue (atenuada), para as pessoas de 6 a 16 anos que vivem em ambientes com alta carga de dengue e alta intensidade de transmissão.<sup>1,2</sup>  
Ainda, retificou as recomendações do SAGE, a saber: realização de avaliação e monitoramento da segurança e eficácia da vacina; seja realizado a introdução como um piloto acompanhado por um estudo de fase 4 (o acompanhamento da segurança e efetividade da vacina); que não seja implementado como uma estratégia nacional; e que o esquema não seja incorporado em adolescentes em países que não tenham uma política de vacinação para essa etapa de vida. Além disso, a população e os profissionais de saúde devem estar informados sobre os possíveis benefícios e riscos.<sup>2</sup>  
A CTAI considerou as recomendações do SAGE e da OPAS propondo a vacinação dentro da faixa etária de 6 a 16 anos de idade. Durante a discussão tripartite, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) decidiram iniciar a vacinação contra dengue com a faixa etária de 10 a 14 anos, baseando-se nas taxas de hospitalização por dengue nos últimos 5 anos no Brasil. Além disso, definiram critérios para escolha das regiões de saúde que serão contempladas pela vacinação. Tais decisões foram tomadas por conta com quantitativo de doses restrito, baseado na capacidade de produção e entrega do laboratório produtor.  
**Situação epidemiológica da Dengue no Brasil**  
A dengue é o arbovírus com o maior número de casos na Região das Américas, com epidemias registradas a cada 3 a 5 anos.<sup>3</sup> No Brasil, a primeira epidemia de dengue foi registrada em Boa Vista, Roraima, em 1981<sup>4</sup> e desde então, há registro de casos de forma continuada em todo o território nacional, com ocorrência de epidemias em geral ocasionadas pela introdução/reintrodução dos diferentes sorotipos. Atualmente, são conhecidos quatro sorotipos: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4, cada qual apresentando distintos genótipos e linhagens.  
No período de 2013 a 2022, foram notificados no Brasil 10,1 milhões de casos prováveis de dengue, com 5.970 óbitos.<sup>5,6</sup> Em 2023, foram notificados 1.659.816 casos prováveis de dengue no país, com coeficiente de incidência de 816,9 casos/100 mil habitantes, e 1.094 óbitos confirmados. No mesmo ano, foi detectada a circulação simultânea dos sorotipos DENV-1, DENV-2 e DENV-3 e DENV-4. Apesar da predominância do sorotipo DENV 1, observou-se, a partir do segundo semestre de 2023, a inversão do sorotipo DENV-1 para DENV-2 nos estados da região Centro-Oeste e nos estados do Tocantins, Sergipe, Paraíba e Rio Grande do Norte, com identificação recente do genótipo III do sorotipo DENV-2, também conhecido como linhagem asiático-americana.<sup>7</sup>  
Somente no monitoramento 2023/2024 (SE27/2023 a SE02/2024), entre as semanas epidemiológicas (SE) 27/2023 e 02/2024, foram registrados 305.190 casos prováveis de dengue, com coeficiente de incidência de 150,3 casos por 100 mil habitantes, encontrando-se fora dos limites do canal endêmico.<sup>6</sup> Quando comparado com o mesmo período do monitoramento 2022/2023, observa-se um aumento de 38,2% no número de casos. No mesmo período, elevado coeficiente de incidência de dengue grave e de dengue com sinais de alarme foi observado na faixa etária de 10 a 14 anos, conforme figura 1.



Fonte: Sinan Online e E-SUS Sinan, dados extraídos em 15/01/2024.

Figura 1. Pirâmide etária da incidência dos casos graves e com sinais de alarme, Brasil, SE27/2023 a SE02/2024

- 2.2.4.  
2.2.5.
- Em 2023, foi observado aumento de casos de dengue não apenas no Brasil, mas na Região das Américas. Alguns dos fatores que estão contribuindo para esse fenômeno incluem: as mudanças climáticas, com aumento das temperaturas e pluviosidade que favorecem a proliferação do mosquito, conforme alerta da OMS, a introdução e/ou circulação de um ou mais sorotipos do vírus no país e o crescimento populacional desordenado.<sup>8</sup>  
A taxa de hospitalização[1] por dengue no Brasil, no período de 2019 a 2023, considerando o intervalo de idade para o qual a vacina dengue (atenuada) foi licenciada no país (4 a 59 anos) e o número absoluto de hospitalizações por dengue no período, a faixa etária com a maior proporção dos casos é a de 10 a 14 (figura 2).<sup>9</sup>

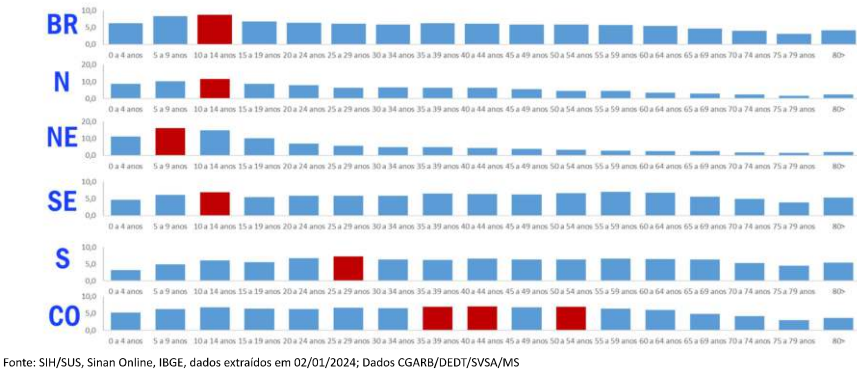


Figura 2. Proporção de hospitalização de dengue por faixa etária Brasil e região 2019 - 2023

2.2.6. Estudos sugerem que houve redução na idade das infecções por DENV após a epidemia de ZIKV, conforme observado em 2018-2019, diferente do período prévio à introdução do ZIKV. A mudança de idade observada entre os locais foi estatisticamente associada à taxa de ataque do ZIKV durante 2015-2016, após sua introdução no Brasil. Desta forma, os estados do Nordeste, que estiveram no epicentro da epidemia de ZIKV de 2015-2016, tiveram as maiores reduções na idade das infecções por DENV no ressurgimento de 2018-2019,<sup>10</sup> o que poderia explicar a predominância de altas taxas de hospitalização em crianças mesmo com recorte etário de 4 a 59 anos.

2.3. **Medidas de controle e prevenção**

2.3.1. A principal medida de controle e prevenção da transmissão de dengue é o controle vetorial. Desde o século XX, o controle do *Aedes aegypti* tem sido alvo de programas institucionais. Atualmente, além de ser vetor transmissor do vírus da dengue e potencialmente transmissor do vírus da febre amarela no ciclo urbano, outros arbovírus emergentes como o chikungunya e o Zika também têm o *Ae. aegypti* como vetor transmissor, o que requer intensificação das ações de controle e prevenção. Essas ações, junto com o diagnóstico oportuno e a assistência adequada aos casos, auxiliam na redução de morbimortalidade por dengue.

2.3.2. O *Ae. aegypti* está amplamente distribuído no território nacional, com registro de infestação em 5.296 (91,7%) municípios do país.<sup>11</sup> A elevada infestação pelo mosquito no Brasil é reflexo do crescimento desordenado dos centros urbanos e das fragilidades nos serviços de infraestrutura e saneamento básico, tais como o abastecimento regular e contínuo de água e a coleta e a destinação adequada dos resíduos sólidos. Os impactos das mudanças climáticas criam condições favoráveis à proliferação do vetor e à transmissão, e dificultam o controle da doença.<sup>12</sup>

2.3.3. Em 2023, o Ministério da Saúde discutiu, junto a estados e municípios, novas estratégias e tecnologias de vigilância e controle vetorial para reduzir a infestação pelo mosquito e o risco de infecção, tais como a estratificação de risco intramunicipal, o monitoramento entomológico por ovitrampas, borrifação residual intradomiciliar, utilização de estações disseminadoras de larvicidas, e liberação de mosquitos infectados pela bactéria *Wolbachia*. A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), juntamente com o envolvimento da sociedade, é fundamental para o sucesso destas novas estratégias, assim como das estratégias de rotina direcionadas para o controle vetorial.

2.3.4. A incorporação da vacina dengue (atenuada) no SUS soma-se às demais ações de controle e prevenção de dengue. Todas as ações em conjunto promovem a redução da incidência, hospitalização e mortes por dengue no Brasil. Por ser uma medida adicional às demais ações existentes para o controle e prevenção de dengue, todos os cuidados individuais e comunitários que visam o controle da proliferação do vetor *Ae. aegypti*, transmissor de dengue e de outros arbovírus, devem ser mantidos.

2.3.5. Deve-se destacar ainda que o controle da dengue é multisetorial, e exige do poder público ações de infraestrutura e saneamento básico, além da mobilização da população para a redução dos focos de criadouros do mosquito.

2.4. **Crítérios de implementação da vacina**

2.4.1. Considerando as dimensões continentais do Brasil, a heterogeneidade de transmissão em cada Região, e o limitado quantitativo de doses da vacina disponíveis para o ano de 2024, foram selecionados municípios de grande porte (população maior ou igual a 100 mil habitantes) com alta transmissão de dengue no Brasil, incluindo os demais municípios das suas regiões de saúde de abrangência, independentemente do porte populacional, ordenados pela predominância do sorotipo DENV-2 (reemergência recente) e pelo maior número de casos no monitoramento 2023/2024<sup>[2]</sup> (SE-27/2023 à SE-02/2024).

Municípios de alta transmissão: caracterizados pelo elevado contingente populacional (acima de 100 mil habitantes) e pela taxa de incidência anual média em 10 anos (2013 e 2022) acima da mediana das taxas dos municípios de grande porte, além das capitais. Conforme estes critérios, há 176 municípios que isoladamente concentraram 48,2% dos casos prováveis de dengue no Brasil e 93,1% dos casos prováveis de dengue dentre os municípios de grande porte no período de 2013 a 2022.

2.4.2. Considerando a faixa etária de recomendação da vacinação pela SAGE/OMS (6 a 16 anos)<sup>2</sup>, as populações residentes das regiões de saúde selecionadas foram estratificadas em recortes distintos (6 a 16 anos, 9 a 14 anos, e 10 a 14 anos), e selecionadas dentro do limite de doses disponíveis, a fim de encontrar o melhor equilíbrio entre população beneficiada e extensão territorial coberta em função do número de doses de vacina estimadas para 2024, conforme tabela 1.

Tabela1. Cenário de recomendações por faixas etárias (SAGE/OMS)

| Localidades      | 6 a 16 anos | 9 a 14 anos | 10 a 14 anos |
|------------------|-------------|-------------|--------------|
| Regiões de Saúde | 14          | 31          | 37           |
| Municípios       | 225         | 444         | 521          |

2.4.3. O recorte da faixa etária de 10 a 14 anos foi eleito como o melhor cenário para iniciar a vacinação contra a dengue no Brasil, conforme decisão conjunta do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), por reunir o maior número de regiões de saúde (37) e de municípios, o maior número de municípios (521) e incluir pelo menos um estado de cada uma das 5 regiões geográficas do Brasil. Além disso, as hospitalizações por dengue se concentraram mais na faixa etária de 10 a 14 anos, frente as demais faixas etárias, nos últimos 5 anos. Por fim, a faixa de 10 a 14 anos está dentro das recomendações estabelecidas pela SAGE/OMS, TAG e CTAI.

2.5. **Eficácia e segurança**

2.5.1. A vacina tetravalente atenuada para Dengue (vacina dengue (atenuada)) é baseada em um vírus DENV-2 vivo atenuado que fornece a estrutura genética para todos os quatro vírus da vacina.<sup>10</sup> A cepa DENV-2 (TDV-2) é baseada em um vírus atenuado derivado de laboratório. As outras três cepas de vírus

(TDV-1, TDV-3 e TDV-4) são quimeras que foram gerados pela substituição dos genes de superfície do TDV-2 por aqueles das cepas DENV-1, DENV-3 e DENV-4 do tipo selvagem.

2.5.2. Apesar desta vacina estar licenciada para uso em pessoas de 4 a 59 anos, apenas um estudo realizado com crianças e adolescentes avaliou a sua eficácia e segurança em países endêmicos para dengue. Trata-se de um estudo clínico de fase III que acompanhou 20.099 crianças e adolescentes (4 a 16 anos) por até 4 - 5 anos após a administração da segunda dose.<sup>13</sup> Os estudos realizados em adultos foram desenvolvidos em países não endêmicos para dengue, onde se avaliou a imunogenicidade e segurança da vacinação, incluindo o uso concomitante com as vacinas febre amarela e hepatite A.

2.5.3. Em crianças e adolescentes, a eficácia geral da vacina contra a dengue confirmada laboratorialmente foi de 80,2% (IC 95% 73,3% - 85,3%), em 12 meses após a segunda dose e chegou a 61,2% (IC 95% 56,0% - 65,8%), em até 4 - 5 anos após a vacinação. Já a eficácia geral contra hospitalização por dengue foi de 90,4% (IC 95% 82,6% - 94,7%), em 12 meses após a segunda dose e chegou a 84,1% (IC 95% 77,8% - 88,6%), em até 4 - 5 anos após a conclusão do esquema vacinal.<sup>13</sup>

2.5.4. A eficácia geral não teve diferença estatística entre pessoas soronegativas e soropositivas para dengue previamente à vacinação. Contudo, a eficácia variou enormemente entre os quatro sorotipos e situação sorológica, tanto para a infecção quanto hospitalização por dengue, sendo maior para o DENV-2 e DENV-1 (Tabela 2). A eficácia para DENV-3 e DENV-4 precisa ser analisada com maior atenção devido às limitações dos ensaios clínicos, que foram realizados em países que tiveram baixa circulação desses sorotipos.

Tabela 2. Eficácia da vacina dengue (atenuada) - na prevenção de dengue confirmada laboratorialmente (DCL) e hospitalização até 4 - 5 anos após a segunda dose por situação sorológica antes da vacinação.

|                    | Placebo (n = 6687) | Qdenga (n = 13380) | Eficácia % (IC 95%)    |
|--------------------|--------------------|--------------------|------------------------|
| DCL                |                    |                    |                        |
| Geral              | 547/6687 (8,2%)    | 442/13 380 (3,3%)  | 61,2 (56,0 - 65,8)     |
| Soropositivos      | 394/4854 (8,1%)    | 295/9663 (3,1%)    | 64,2 (58,4 - 69,2)     |
| DENV-1             | 151/4854 (3,1%)    | 133/9663 (1,4%)    | 56,1 (44,6 - 65,2)     |
| DENV-2             | 135/4854 (2,8%)    | 54/9663 (0,6%)     | 80,4 (73,1 - 85,7)     |
| DENV-3             | 97/4854 (2,0%)     | 96/9663 (1,0%)     | 52,3 (36,7 - 64,0)     |
| DENV-4             | 20/4854 (0,4%)     | 12/9663 (0,1%)     | 70,6 (39,9 - 85,6)     |
| Soronegativos      | 153/1832 (8,4%)    | 147/3714 (4,0%)    | 53,5 (41,6 - 62,9)     |
| DENV-1             | 79/1832 (4,3%)     | 89/3714 (2,4%)     | 45,4 (26,1 - 59,7)     |
| DENV-2             | 58/1832 (3,2%)     | 14/3714 (0,4%)     | 88,1 (78,6 - 93,3)     |
| DENV-3             | 16/1832 (0,9%)     | 36/3714 (1,0%)     | -15,5 (-108,2 - 35,9)  |
| DENV-4             | 3/1832 (0,2%)      | 12/3714 (0,3%)     | -105,6 (-628,7 - 42,0) |
| DCL hospitalização |                    |                    |                        |
| Geral              | 142/6687 (2,1%)    | 46/13 380 (0,3%)   | 84,1 (77,8 - 88,6)     |
| Soropositivos      | 101/4854 (2,1%)    | 29/9663 (0,3%)     | 85,9 (78,7 - 90,7)     |
| DENV-1             | 24/4854 (0,5%)     | 16/9663 (0,2%)     | 66,8 (37,4 - 82,3)     |
| DENV-2             | 59/4854 (1,2%)     | 5/9663 (<0,1%)     | 95,8 (89,6 - 98,3)     |
| DENV-3             | 15/4854 (0,3%)     | 8/9663 (<0,1%)     | 74,0 (38,6 - 89,0)     |
| DENV-4             | 3/4854 (<0,1%)     | 0/9663 (-)         | 100,0 (NE)             |
| Soronegativos      | 41/1832 (2,2%)     | 17/3714 (0,5%)     | 79,3 (63,5 - 88,2)     |
| DENV-1             | 14/1832 (0,8%)     | 6/3714 (0,2%)      | 78,4 (43,9 - 91,7)     |
| DENV-2             | 23/1832 (1,3%)     | 0/3714 (-)         | 100,0 (NE)             |
| DENV-3             | 3/1832 (0,2%)      | 11/3714 (0,3%)     | -87,9 (-573,4 - 47,6)  |
| DENV-4             | 1/1832 (<0,1%)     | 0/3714 (-)         | 100,0 (NE)             |

Notas: DCL = dengue confirmada laboratorialmente, DENV 1, 2, 3 e 4 = sorotipos do vírus dengue 1, 2, 3 e 4, NE = não estimado  
Fonte: Tricou et al (2023).

2.5.5. Os dados disponíveis até o momento apontam boa tolerabilidade da imunização com a vacina tetravalente atenuada para vacina dengue (atenuada). Dor no local da injeção foi o evento mais comum, seguido por vermelhidão e edema. Esses eventos foram mais frequentes após primeira dose, variando de intensidade leve a moderada, tendo resolução em 1 a 3 dias. A dor no local da injeção começou com mais frequência no dia da injeção, enquanto a vermelhidão e o edema no local começaram no dia seguinte à administração da vacina. Adolescentes com 12 a 17 anos relataram, com maior frequência, manifestações locais, seguidas pelos adultos (maiores de 18 anos) e, com menor frequência, pelas crianças (de 4 a 11 anos).<sup>13</sup>

2.5.6. Entre as reações sistêmicas, cefaleia foi o evento mais comum, seguido por mialgia, fadiga e astenia. As reações raras incluíram irritabilidade (em crianças), sonolência, perda de apetite e febre. Assim como para as manifestações locais, as reações sistêmicas tendem a ser mais frequentes após a primeira dose, começando no dia da injeção ou na data subsequente.<sup>13</sup>

2.5.7. As taxas de eventos adversos graves foram de 5,0% e 5,9%, respectivamente, para o grupo que recebeu a vacina ou o placebo. Contudo, nenhum evento adverso grave foi associado à vacinação contra a dengue. Os estudos publicados não identificaram sinais de segurança relevantes até o momento.<sup>14</sup>

2.5.8. A farmacovigilância pós-comercialização de vacinas (fase IV dos estudos clínicos) é realizada de forma contínua e sistemática pelo Ministério da Saúde. O Sistema Nacional de Vigilância (SNV) de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI) possui três componentes: 1) vigilância epidemiológica (pessoas vacinadas), pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI); 2) vigilância sanitária (produtos e insumos), pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); e 3) controle de qualidade de imunobiológicos, realizada pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (INCQS/Fiocruz).

2.5.9. O SNV-ESAVI é operacionalizado por todas as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) – federal, estadual e municipal - de acordo com suas atribuições administrativas. Esse sistema tem como objetivo descobrir e resolver problemas relacionados à vacinação ou à imunização de forma rápida e oportuna, com o objetivo de promover a vacinação segura e auxiliar na tomada de decisões em saúde pública no país.

Observação:

Mais informações sobre a farmacovigilância da vacina dengue (atenuada) - serão apresentadas em documentos oficiais específicos do Ministério da Saúde, como manuais, notas técnicas e informes epidemiológicos.

2.6. Esquema de vacinação contra dengue

2.6.1. O esquema vacinal recomendado corresponde à administração de 2 (duas) doses, com intervalo de 3 (três) meses entre elas.

2.6.2. Após infecção pelo vírus da dengue: é recomendado aguardar seis meses para o início do esquema vacinal com a vacina dengue (atenuada). Caso a infecção ocorra após o início do esquema, não há alteração no intervalo entre D1 e D2, desde que a D2 não seja realizada com o período inferior a 30 dias do início da doença. Este intervalo não prejudica a resposta imunológica para a complementação do esquema vacinal, não sendo necessário reiniciá-lo.<sup>14</sup>

2.6.3. A tabela 3 apresenta o esquema de vacinação e registro das doses aplicadas, conforme a população-alvo definida.

Tabela 3. Esquema vacinal contra a dengue.

| Idade            | Vacina            | Esquema Primário       | Intervalo entre as doses | 1º Reforço (R1) | Intervalo (R1) | Registro nos Sistemas de Informação |
|------------------|-------------------|------------------------|--------------------------|-----------------|----------------|-------------------------------------|
| 10 a 14 de idade | Dengue (atenuada) | 2 (duas) doses D1 e D2 | 3 meses após a (D1)      | Não se aplica   | Não se aplica  | 1ª dose (D1)<br>2ª dose (D2)        |

Fonte: DPNI/SVSA/MS.

2.7. Estratégia de vacinação contra dengue

- 2.7.1. A estratégia inicial de vacinação contra a dengue no Brasil, contemplará indivíduos na faixa etária de 10 a 14 anos 11 meses e 29 dias, que residem em localidades prioritárias, com critérios definidos a partir do cenário epidemiológico da doença no país.
- 2.7.2. A vacinação contra dengue contemplará toda a população residente do município dentro da faixa etária recomendada (10 a 14 anos 11 meses e 29 dias de idade) conforme as indicações do PNI.
- 2.7.3. A vacinação ocorrerá de acordo com os critérios estabelecidos para as definições de regiões de saúde e municípios, como descrito anteriormente.

[1] Taxa de hospitalização: Método de cálculo: nº de internações hospitalares de residentes pagas pelo SUS para dengue/população total residente no período x 10.000. Fonte: SIH/SUS, Sinan Online, IBGE, dados de 2019 a 2023, extraídos em 02/01/2024.

[2][https://brc-word-edit.officeapps.live.com/we/wordeditorframe.aspx?ui=pt-br&rs=pt-br&wopisrc=https%3A%2F%2Fsaudegov.sharepoint.com%2Fsites%2FEQUIPECIGICI%2F\\_vti\\_bin%2Fwopi.ashx%2Ffiles%2F0233aa85d8914c68943a9a2f2fced0ac&wdr1827-40a3-94db-a5b70aa08f0c&uih=teams&uiembed=1&wdlcid=pt-br&jsapi=1&jsapiver=v2&corrid=36ed144e-9914-4246-b294-8341ccc56332&usid=36ed144e-9914-4246-b294-8341ccc56332&newsession=1&sftc=1&uihit=UnifiedUiHostTeams&muv=v1&accloop=1&sdr=6&scnd=1&sat=1&rat=1&sams=1&mtf=1&sfp=1&halh=1&hch=1&hnh=ELECTRON.teamsSdk\\_ns.bim&wdhostclicktime=1706026536836&instantedit=1&wopicomplete=1&wdredirectionreason=Unified\\_SingleFlush#\\_ftn1](https://brc-word-edit.officeapps.live.com/we/wordeditorframe.aspx?ui=pt-br&rs=pt-br&wopisrc=https%3A%2F%2Fsaudegov.sharepoint.com%2Fsites%2FEQUIPECIGICI%2F_vti_bin%2Fwopi.ashx%2Ffiles%2F0233aa85d8914c68943a9a2f2fced0ac&wdr1827-40a3-94db-a5b70aa08f0c&uih=teams&uiembed=1&wdlcid=pt-br&jsapi=1&jsapiver=v2&corrid=36ed144e-9914-4246-b294-8341ccc56332&usid=36ed144e-9914-4246-b294-8341ccc56332&newsession=1&sftc=1&uihit=UnifiedUiHostTeams&muv=v1&accloop=1&sdr=6&scnd=1&sat=1&rat=1&sams=1&mtf=1&sfp=1&halh=1&hch=1&hnh=ELECTRON.teamsSdk_ns.bim&wdhostclicktime=1706026536836&instantedit=1&wopicomplete=1&wdredirectionreason=Unified_SingleFlush#_ftn1)

3. REFERÊNCIAS

1. OPAS/OMS. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Aspectos destacados de la XI Reunión ad hoc del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org). 2024. Disponível em: <<https://www.paho.org/es/noticias/11-1-2024-aspectos-destacados-xi-reunion-ad-hoc-grupo-tecnico-asesor-gta-sobre>>. Acesso em: 25 jan 2024.

2. SAGE/OPAS. Strategic Advisory Group of Experts/Organização Pan-Americana de Saúde. Highlights from the Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization 25-29 September 2023. Disponível em: <<https://www.paho.org/es/noticias/11-1-2024-aspectos-destacados-xi-reunion-ad-hoc-grupo-tecnico-asesor-gta-sobre>>. Acesso em: 25 jan 2024.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico nº 13. Monitoramento das arboviroses urbanas: semanas epidemiológicas 1 a 35 de 2023. v. 54, 22 nov. 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-13>>. Acesso em: 24 jan de 2024.

4. OSANAI, C.H. et al. Surto de dengue em Boa Vista, Roraima (nota prévia). Rev. Inst Medicina Trop São Paulo. 1983; 25(1):53-53.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2024b. Óbitos confirmados por Dengue (2000-2023), atualizado em 02/01/2024 até a semana epidemiológica 52/2023. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dengue/situacao-epidemiologica/serie-historica-casos-de-obitos-dengue-2000-2023/view>>. Acesso em: 23 jan 2024.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2024c. Informe Semanal nº 05 - Arboviroses Urbanas - SE 2 | 19 de Janeiro de 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses/informe-semanal/informe-semanal-n-05-arboviroses-urbanas-se-2/view>>. Acesso em: 23 jan 2024.

7. SOUZA, U. J. B. d. et al. Circulation of dengue virus serotype 1 genotype v and dengue virus serotype 2 genotype iii in Tocantins state, northern Brazil, 2021-2022. 2023 Oct 24; 15(11): 2136 <https://doi.org/10.20944/preprints202309.1376.v1>. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38005815/>>. Acesso em: 26 jan 2024.

8. WHO. World Health Organization (21 December 2023). Disease Outbreak News; Dengue – Global situation. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON498>>. Acesso em: 23 jan 2024.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses. SIH/SUS, SINAN Online, IBGE, dados extraídos em 02/01/2024.

10. PINOTTI, F. et al. Shifting patterns of dengue three years after Zika virus emergence in Brazil. Nat Commun. 2024 Jan 20; 15 (1): 632. doi: 10.1038/s41467-024-44799-x. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41467-024-44799-x>>. Acesso em: 24 jan 2024.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Levantamento entomológico de municípios infestados por Aedes aegypti. Dados não publicados, 2023.

12. DALVI A.P.R. et al. Sociodemographic and environmental factors associated with dengue, Zika, and chikungunya among adolescents from two Brazilian capitals. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2023;17(3): e0011197. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0011197>>. Acesso em: 25 jan 2024.

13. TRICOU, Vianney et al. Long-term efficacy and safety of a tetravalent dengue vaccine (TAK-003): 4- 5-year results from a phase 3, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. The Lancet Global Health, v. 12, n. 2, p. e257-e270, 2024.

14. GUY, B. et al. When Can One Vaccinate with a Live Vaccine after Wild-Type Dengue Infection? Vaccines (Basel). 2020 Apr 9;8(2):174. doi: 10.3390/vaccines8020174. PMID: 32283639; PMCID: PMC7349415. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7349415/>>. Acesso em: 28 jan 2024.

EDER GATTI FERNANDES  
Diretor  
Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis

ANGELICA ESPINOSA BARBOSA MIRANDA  
Secretária-Substituta  
Secretaria de Vigilância em Saúde



Documento assinado eletronicamente por Eder Gatti Fernandes, Diretor(a) do Departamento do Programa Nacional de Imunizações, em 30/01/2024, às 18:27, 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 **Thiago Fernandes da Costa, Coordenador(a)-Geral de Incorporação Científica e Imunização substituto(a)**, em 30/01/2024, às 21:56, 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 **Angelica Espinosa Barbosa Miranda, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente substituto(a)**, em 31/01/2024, às 09:08, 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](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0038682391** e o código CRC **7BD99409**.

Referência: Processo nº 25000.012451/2024-04

SEI nº 0038682391

Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização - CGICI  
SRTVN 701, Via W5 Norte Edifício PO700, 6º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040  
Site - [saude.gov.br](http://saude.gov.br)

Criado por [rodrigo.soares](#), versão 11 por [rodrigo.soares](#) em 30/01/2024 16:42:30.



Estado de Mato Grosso  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CÁCERES**

Ofício nº 0840/2024-GP/PMC

Cáceres - MT, 05 de junho de 2024.

A Sua Excelência o Senhor  
**VER. LUIZ LAUDO PAZ LANDIM**  
Presidente da Câmara Municipal de Cáceres  
Rua Coronel José Dulce, esq. Rua Gal Osório  
Cáceres – MT - CEP 78210-056

Ref.: Protocolo 11.635/2024

Senhor Presidente:

Acusamos o recebimento do Ofício nº 0499/2024-SL/CMC, por meio do qual essa Colenda Câmara encaminha-nos o Requerimento nº 101/2024, de autoria do ilustre vereador, **Professor Leandro dos Santos (PSD)**, inclusão verbal dos vereadores, **Marcos Eduardo Ribeiro (PSD)** e **Linsiod Lacerda Passos (Lacerda do AKI) – PSDB**, que requer ao Executivo Municipal informações sobre a vacinação contra a dengue em Cáceres.

Em resposta, vimos encaminhar a Vossa Excelência as informações prestadas pela Secretaria Municipal de Saúde, através do Expediente datado de 03/06//2024, e documentos acostados, cópias anexas.

Atenciosamente.

**ANTÔNIA ELIENE LIBERATO DIAS**  
Prefeita de Cáceres



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 33A5-6157-7A63-67EC

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



ANTONIA ELIENE LIBERATO DIAS (CPF 566.XXX.XXX-49) em 06/06/2024 14:51:47 (GMT-04:00)

Papel: Parte

Emitido por: AC SOLUTI Multipla v5 << AC SOLUTI v5 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://caceres.1doc.com.br/verificacao/33A5-6157-7A63-67EC>

**Protocolo 1- 762/2024**

**De:** Henrique M. - DCAT

**Para:** DAL - DEPARTAMENTO DE ASSUNTOS LEGISLATIVOS

**Data:** 11/06/2024 às 01:51:35

**Setores (CC):**

GAB-VER, GAB-VER, GAB-VER, DAL

Resposta ao OF 499/2024-SL/CMC, no qual esta Casa encaminha cópia do Requerimento 101/2024, de autoria dos Vereadores Professor Leandro, Marcos Ribeiro e Lacerda do Aki.

—

Henrique Barcelos Moraes

***DIRETOR DA ESCOLA DO LEGISLATIVA***