



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 1936/2024/ASPAR/MS

Brasília, 26 de dezembro de 2024.

A Sua Excelência o Senhor

Deputado Federal Luciano Bivar

Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados

Referência: Requerimento de Informação nº 4111/2024

Assunto: *Informações sobre a informação de que a vacina em gotinhas da poliomielite é substituída por dose injetável.*

Senhor Primeiro-Secretário,

1. Cumprimentando-o cordialmente, em atenção ao Ofício nº 404/2024, proveniente da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados, referente ao **Requerimento de Informação nº 4111/2024**, de autoria da **Deputada Júlia Zanatta - PL/SC**, por meio do qual são requisitadas informações *sobre a informação de que a vacina em gotinhas da poliomielite é substituída por dose injetável*, sirvo-me do presente para encaminhar as informações prestadas pelas áreas técnicas da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, por meio do Despacho COEX/SVSA (**0045213096**)
2. Desse modo, no âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.
3. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

SWEDENBERGER DO NASCIMENTO BARBOSA

Ministro de Estado da Saúde Substituto



Documento assinado eletronicamente por **Swedenberger do Nascimento Barbosa, Secretário(a)-Executivo(a)**, em 30/12/2024, às 20:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0045225245** e o código CRC **7F920281**.

Referência: Processo nº 25000.175621/2024-52

SEI nº 0045225245

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Coordenação de Demandas de Órgãos Externos de Vigilância em Saúde

DESPACHO

SVSA/COEX/SVSA/MS

Brasília, 24 de dezembro de 2024.

À Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos (ASPAR/MS),

Assunto: Requerimento de Informação nº 4111/2024.

NUP/SEI N.º 25000.175621/2024-52

1. Trata-se do Despacho ASPAR/MS, de 29/11/2024 (0044687072), pelo qual a Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos encaminha o **Ofício nº 404/2024** (0044663377), que faz referência ao **Requerimento de Informação nº 4111/2024**, de autoria da **Deputada Federal JÚLIA ZANATTA (PL/SC)**, por meio do qual requisita a Senhora Ministra de Estado da Saúde, Nísia Trindade Lima, **informações sobre a informação de que a vacina em gotinhas da poliomielite é substituída por dose injetável**, nos seguintes termos:

PERGUNTA 1 - A vacina oral contra a poliomielite tem sido eficaz no Brasil por mais de quatro décadas, ajudando o país a eliminar casos da doença desde 1977. O Brasil recebeu o certificado de eliminação da pólio em 1994. A estratégia adotada para a eliminação do vírus no país foi centrada na realização de campanhas de vacinação em massa com a vacina oral contra a pólio (VOP). Logo, questiona-se: quais são os motivos científicos específicos que justificam essa mudança para a vacina injetável? Há algum benefício econômico na substituição, por exemplo, economia para os cofres públicos que embasa a troca?

PERGUNTA 2 - Considerando que a poliomielite foi eliminada do Brasil em 1994, por que só agora, 30 anos depois, foi decidido por interromper o uso da vacina oral? Ou seja, se a vacina injetável é capaz de evitar casos importados de poliomielite, por que ela não passou a ser a única usada no Brasil logo após 1994, no lugar da vacina oral? Por que esperar 30 anos para interromper o uso da vacina oral que se mostrou eficaz?

PERGUNTA 3 - Quais eram os critérios diagnósticos de poliomielite antes da década de 1950 e quais foram os critérios diagnósticos adotados após a referida década?

PERGUNTA 4 - Quais as ações intersetoriais do Governo Federal para incentivar o cultivo de alimentos sem agrotóxicos, considerando que alguns tipos de agrotóxicos (por exemplo, DDT residual no meio ambiente) podem causar casos de paralisia em seres humanos, que eram diagnosticados como poliomielite antes da década de 1950 e hoje recebem outros diagnósticos? 2,3

PERGUNTA 5 - Segundo a Sociedade Brasileira de Imunizações⁴ e as respectivas bulas^{5,6} a "Vacina Oral Poliomielite (VOP) - É uma vacina oral atenuada bivalente, ou seja, composta pelos vírus da pólio tipos 1 e 3, vivos, mas "enfraquecidos". Contém

ainda cloreto de magnésio, estreptomicina, eritromicina, polissorbato 80, Larginina e água destilada." Já a bula da "Vacina Inativada Poliomielite (VIP) - Por ser inativada, não tem como causar a doença. (ATENÇÃO: ESTA AFIRMAÇÃO NÃO ENCONTRA BASE CIENTÍFICA SÓLIDA - ver pergunta 7). É uma vacina trivalente e injetável, composta por partículas dos vírus da pólio tipos 1, 2 e 3. Os três tipos de poliovírus são cultivados em células VERO, uma linhagem contínua de células de rim de macaco verde africano. Contém ainda 2-fenoxietanol, polissorbato 80, formaldeído, meio Hanks 199, ácido clorídrico ou hidróxido de sódio. Pode conter traços de neomicina, estreptomicina e polimixina B, utilizados durante a produção". Várias vacinas do calendário vacinal brasileiro e norte-americano contém polissorbato 807, além de vários outros produtos químicos e tóxicos potencialmente danosos para o pequeno organismo.

VIDE TABELA (0044508508)

O artigo "Polysorbate 80 in medical products and nonimmunologic anaphylactoid reactions" 8 demonstrou que a referida substância pode causar reações anafiláticas. O polissorbato também é estudado como meio de transporte de substâncias para o cérebro devido à sua capacidade de tornar porosa a barreira hematoencefálica, o que também facilita a entrada indevida de outras substâncias tóxicas no cérebro, inclusive metais pesados^{9,10}. O polissorbato 80 também é conhecido pela capacidade de induzir dano ovariano em ratos¹¹. O polissorbato 80, por exemplo, tem sido utilizado de maneira dispersa ao longo dos anos, especialmente em fármacos e em outras vacinas, sob a alegação de ser um estabilizador/emulsificador inócuo. Não suficiente, está amplamente documentado que o Polissorbato 80 reage de modo cruzado com o Polietilenoglicol (PEG)¹², também conhecido como macrogol, composto químico que possui as mesmas propriedades que o polissorbato 80 e que é largamente aplicado em medicamentos como laxativos/emulsificadores de fezes e a metformina. O polietilenoglicol (PEG) é uma substância igualmente nunca antes utilizada para uso injetável e para a qual se conhece a ocorrência de formação de anticorpos anti-PEG decorrentes do uso disseminado deste material em medicamentos, produtos de cuidados pessoais (cosméticos), lubrificantes, dentre outros. Por exemplo, o PEG é um ingrediente notório do controverso laxante MiraLAX da Bayer, um medicamento usado para constipação e para preparar indivíduos para a colonoscopia. Muitos pais de crianças com constipação crônica acusaram o MiraLAX de provocar graves sintomas neuropsiquiátricos em seus filhos, incluindo alterações de humor, raiva, fobias e paranóia¹³. Um estudo de 2016 da Analytical Chemistry¹⁴ relatou níveis detectáveis e, às vezes, altos de anticorpos anti-PEG (incluindo anticorpos IgM e anticorpos IgG) em aproximadamente 72% das amostras humanas contemporâneas e cerca de 56% das amostras históricas da década de 1970 até a década de 1990. Os pesquisadores confessaram que os resultados foram totalmente inesperados. Eles também confirmaram que a sensibilização ao PEG poderia ser induzida por meio da exposição a medicamentos PEGuilados ou poderia ser "préexistente" em indivíduos nunca tratados com medicamentos PEGuilados, mas "muito provavelmente exposto ao PEG por outros meios. Cerca de 72% da população norteamericana significa que sete em cada dez norte-americanos podem já estar sensibilizados ao PEG, o que pode resultar na redução da eficácia da atual vacina contra COVID-19 aplicadas inclusive em bebês acima de 6 meses de idade no Brasil e no aumento da ocorrência dos eventos adversos da mesma associada a este componente específico. Além disso, os estudos de caso destacam a reatividade cruzada "subreconhecida" entre PEG e polissorbitos (surfactantes/emulsificantes presentes em muitos produtos, incluindo algumas vacinas, inclusive as que utilizam vetores virais contra a COVID-19)¹⁵ o que significa que os indivíduos podem experimentar hipersensibilidade perigosa a ambos. Há, inclusive, relatos de desfechos preocupantes em virtude dessa ligação cruzada estabelecida: reação anafilática severa PEG-induzida durante preparação colonoscópica com uma substância que continha polietilenoglicol, fazendo-se necessária, posteriormente, uma dessensibilização medicamentosa prolongada (sem mencionar a intervenção farmacológica exaustiva para conter a anafilaxia) para permitir a vacinação contra COVID-19, posteriormente, com imunizante contendo o polissorbato 80 (Fonte: https://www.jiaci.org/revistas/doi10.18176_jiaci.0830.pdf). existência de anticorpos antiPEG (e, por consequência, contra o próprio Polissorbato 80, tendo em vista a grandiosa similaridade entre as moléculas) tem sido reconhecida e reportada há tempo considerável, uma vez que, conforme dito, estas substâncias são solubilizantes habitualmente utilizados na produção de diversos fármacos e outros imunizantes, de

acordo com publicação da própria ASBAI (Associação Brasileira de Alergia e Imunologia) 16. Segundo o texto, a formação desses imunocomplexos circulantes tem grande potencial de suscitar eventos adversos variados IgE mediados, compreendendo as reações anafiláticas (imediatas)17, tendo em vista a grande chance de o indivíduo submetido àquele imunizante já ter sido sensibilizado previamente ao PEG ou Polissorbato 80. Assim, a maior exposição ao polissorbato 80 presente na vacina injetável ora adotada poderá aumentar os casos de anafilaxia por reações cruzadas com o polietilenoglicol (PEG), uma das nanopartículas presente tanto nas vacinas contra COVID-19 Pfizer e Moderna? Caberia individualizar o risco de cada criança em relação ao eventual choque anafilático e adotar um Termo de Consentimento Informado e Esclarecido sobre benefícios e riscos?

PERGUNTA 6 - Por que manter campanhas de vacinação contra poliomielite, sabendo que essas vacinas, tanto oral quanto injetável, aumentam os casos de poliomielite? 18 (Figura 2)

PERGUNTA 7 - Segundo divulgado na imprensa, “a substituição no Brasil foi amplamente discutida em Reunião da Câmara Técnica Assessora em Imunizações (CTAI) e recebeu aval do colegiado. A decisão contou com a participação dos representantes de sociedades científicas, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e acompanhamento da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).” Solicitamos a lista completa dos participantes da referida reunião da CTAI, bem como as respectivas profissões, cargos e a declaração de Conflitos de Interesse individualizada, em especial o eventual relacionamento comercial com as indústrias farmacêuticas produtoras de vacinas contra poliomielite e outras.

2. A demanda foi direcionada ao Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI/SVSA), de modo que o referido Departamento exarou a manifestação constante da Nota Técnica Conjunta nº 253/2024-DPNI/SVSA/MS (0045162776) **respondendo aos quesitos supra**, conforme segue:

PERGUNTA 1 - A vacina oral contra a poliomielite tem sido eficaz no Brasil por mais de quatro décadas, ajudando o país a eliminar casos da doença desde 1977. O Brasil recebeu o certificado de eliminação da pólio em 1994. A estratégia adotada para a eliminação do vírus no país foi centrada na realização de campanhas de vacinação em massa com a vacina oral contra a pólio (VOP). Logo, questiona-se: quais são os motivos científicos específicos que justificam essa mudança para a vacina injetável? Há algum benefício econômico na substituição, por exemplo, economia para os cofres públicos que embasa a troca?

O último caso de infecção pelo poliovírus no Brasil ocorreu em 1989. Em 1994, o País recebeu a certificação de área livre de circulação do poliovírus selvagem do seu território, juntamente com os demais países das Américas. O País está há 34 anos sem a doença e contabiliza 47 anos de sucesso de uso da VOP nas estratégias de vacinação no combate contra a poliomielite desde que foi introduzida de forma oficial em 1971. O Ministério da Saúde, dando continuidade ao processo de erradicação da poliomielite, substituiu, desde 4 de novembro de 2024, as duas doses de reforço com vacina oral poliomielite bivalente (VOPb) por uma dose de vacina inativada poliomielite (VIP), de modo que o esquema vacinal contra a doença será exclusivo com VIP.

Essa substituição foi amplamente discutida na Reunião da Câmara Técnica Assessora em Imunizações (CTAI), com a participação dos representantes da Sociedade Científica, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Neste contexto, os motivos científicos foram fundamentados na redução do risco de

evitar ainda mais o surgimento de poliomielite, associadas à vacina (VAPP), e à tendência mundial conforme avanço do processo de erradicação do poliovírus selvagem, no qual diversos países já utilizam esquemas vacinais exclusivos com VIP. O benefício econômico tem sido observado desde a adoção da VIP em 2012 com a redução do número de casos de VAPP e demanda aos serviços de saúde do SUS.

PERGUNTA 2 - Considerando que a poliomielite foi eliminada do Brasil em 1994, por que só agora, 30 anos depois, foi decidido por interromper o uso da vacina oral? Ou seja, se a vacina injetável é capaz de evitar casos importados de poliomielite, por que ela não passou a ser a única usada no Brasil logo após 1994, no lugar da vacina oral? Por que esperar 30 anos para interromper o uso da vacina oral que se mostrou eficaz?

O processo de erradicação de uma doença é longo e se dá de acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e dos esforços dos países membros. Esse processo teve início em 1988 com a Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPEI).

A substituição segue uma tendência mundial e como citado, a decisão foi amplamente discutida na Reunião da Câmara Técnica Assessora em Imunizações (CTAI), com a participação dos representantes da Sociedade Científica, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Ainda, cabe asseverar que essa atualização é baseada em critérios epidemiológicos, evidências sobre a vacina e recomendações internacionais.

No mais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que o uso de vacinas tanto orais (VOP) quanto inativadas (VIP) são essenciais para a erradicação da doença e são utilizadas largamente pelos países membros.

PERGUNTA 3 - Quais eram os critérios diagnósticos de poliomielite antes da década de 1950 e quais foram os critérios diagnósticos adotados após a referida década?

No Brasil, as atividades de diagnóstico laboratorial tiveram impulso a partir de 1960 e, atualmente, está fundamentado no critério de diagnóstico laboratorial, ou seja, isolamento de poliovírus na amostra de fezes.

PERGUNTA 4 - Quais as ações intersetoriais do Governo Federal para incentivar o cultivo de alimentos sem agrotóxicos, considerando que alguns tipos de agrotóxicos (por exemplo, DDT residual no meio ambiente) podem causar casos de paralisia em seres humanos, que eram diagnosticados como poliomielite antes da década de 1950 e hoje recebem outros diagnósticos?

Como descrito anteriormente, o diagnóstico laboratorial do poliovírus só teve impulso a partir de 1960 e em 1975, foram estabelecidas atividades de vigilância que incluíam normas técnicas para a confirmação clínica e laboratorial dos casos e investigação epidemiológica em âmbito nacional dos casos de paralisias flácidas agudas (PFA) com outros diagnósticos diferenciais e poliomielite. O Brasil vem envidando todos os esforços no sentido de elucidar os casos com comprometimento neurológico que cursam com paralisia flácida aguda (PFA).

PERGUNTA 5 - Segundo a Sociedade Brasileira de Imunizações e as respectivas bulas a "Vacina Oral Poliomielite (VOP) - É uma vacina oral atenuada bivalente, ou seja, composta pelos vírus da pólio tipos 1 e 3, vivos, mas "enfraquecidos". Contém ainda cloreto de magnésio, estreptomicina, eritromicina, polissorbato 80, Larginina e água destilada."

Já a bula da “Vacina Inativada Poliomielite (VIP) - Por ser inativada, não tem como causar a doença. (ATENÇÃO: ESTA AFIRMAÇÃO NÃO ENCONTRA BASE CIENTÍFICA SÓLIDA - ver pergunta 7). É uma vacina trivalente e injetável, composta por partículas dos vírus da pólio tipos 1, 2 e 3. Os três tipos de poliovírus são cultivados em células VERO, uma linhagem contínua de células de rim de macaco verde africano. Contém ainda 2-fenoxietanol, polissorbato 80, formaldeído, meio Hanks 199, ácido clorídrico ou hidróxido de sódio. Pode conter traços de neomicina, estreptomicina e polimixina B, utilizados durante a produção”. Várias vacinas do calendário vacinal brasileiro e norte-americano contém polissorbato 80, além de vários outros produtos químicos e tóxicos potencialmente danosos para o pequeno organismo.

O artigo *“Polysorbate 80 in medical products and nonimmunologic anaphylactoid reactions”* demonstrou que a referida substância pode causar reações anafiláticas. O polissorbato também é estudado como meio de transporte de substâncias para o cérebro devido à sua capacidade de tornar porosa a barreira hematoencefálica, o que também facilita a entrada indevida de outras substâncias tóxicas no cérebro, inclusive metais pesados.

O polissorbato 80 também é conhecido pela capacidade de induzir dano ovariano em ratos. Por exemplo, tem sido utilizado de maneira dispersa ao longo dos anos, especialmente em fármacos e em outras vacinas, sob a alegação de ser um estabilizador/emulsificador inócuo.

Não suficiente, está amplamente documentado que o Polissorbato 80 reage de modo cruzado com o Polietilenoglicol (PEG), também conhecido como macrogol, composto químico que possui as mesmas propriedades que o polissorbato 80 e que é largamente aplicado em medicamentos como laxativos/emulsificadores de fezes e a metformina.

O polietilenoglicol (PEG) é uma substância igualmente nunca antes utilizada para uso injetável e para a qual se conhece a ocorrência de formação de anticorpos anti-PEG decorrentes do uso disseminado deste material em medicamentos, produtos de cuidados pessoais (cosméticos), lubrificantes, dentre outros. Por exemplo, o PEG é um ingrediente notório do controverso laxante MiraLAX da Bayer, um medicamento usado para constipação e para preparar indivíduos para a colonoscopia. Muitos pais de crianças com constipação crônica acusaram o MiraLAX de provocar graves sintomas neuropsiquiátricos em seus filhos, incluindo alterações de humor, raiva, fobias e paranóia.

Um estudo de 2016 da Analytical Chemistry relatou níveis detectáveis e, às vezes, altos de anticorpos anti-PEG (incluindo anticorpos IgM e anticorpos IgG) em aproximadamente 72% das amostras humanas contemporâneas e cerca de 56% das amostras históricas da década de 1970 até a década de 1990.

Os pesquisadores confessaram que os resultados foram totalmente inesperados. Eles também confirmaram que a sensibilização ao PEG poderia ser induzida por meio da exposição a medicamentos PEGuilados ou poderia ser “préexistente” em indivíduos nunca tratados com medicamentos PEGuilados, mas “muito provavelmente exposto ao PEG por outros meios.

Cerca de 72% da população norte-americana significa que sete em cada dez norte-americanos podem já estar sensibilizados ao PEG, o que pode

resultar na redução da eficácia da atual vacina contra COVID-19 aplicadas inclusive em bebês acima de 6 meses de idade no Brasil e no aumento da ocorrência dos eventos adversos da mesma associada a este componente específico.

Além disso, os estudos de caso destacam a reatividade cruzada “subreconhecida” entre PEG e polissorbatos (surfactantes/emulsificantes presentes em muitos produtos, incluindo algumas vacinas, inclusive as que utilizam vetores virais contra a COVID-19) o que significa que os indivíduos podem experimentar hipersensibilidade perigosa a ambos.

Há, inclusive, relatos de desfechos preocupantes em virtude dessa ligação cruzada estabelecida: reação anafilática severa PEG-induzida durante preparação colonoscópica com uma substância que continha polietilenoglicol, fazendo-se necessária, posteriormente, uma dessensibilização medicamentosa prolongada (sem mencionar a intervenção farmacológica exaustiva para conter a anafilaxia) para permitir a vacinação contra COVID-19, posteriormente, com imunizante contendo o polissorbato 80 (Fonte: https://www.jiaci.org/revistas/doi10.18176_jiaci.0830.pdf). existência de anticorpos antiPEG (e, por consequência, contra o próprio Polissorbato 80, tendo em vista a grandiosa similaridade entre as moléculas) tem sido reconhecida e reportada há tempo considerável, uma vez que, conforme dito, estas substâncias são solubilizantes habitualmente utilizados na produção de diversos fármacos e outros imunizantes, de acordo com publicação da própria ASBAI (Associação Brasileira de Alergia e Imunologia) ¹⁶.

Segundo o texto, a formação desses imunocomplexos circulantes tem grande potencial de suscitar eventos adversos variados IgE mediados, compreendendo as reações anafiláticas (imediatas)¹⁷, tendo em vista a grande chance de o indivíduo submetido àquele imunizante já ter sido sensibilizado previamente ao PEG ou Polissorbato 80. Assim, a maior exposição ao polissorbato 80 presente na vacina injetável ora adotada poderá aumentar os casos de anafilaxia por reações cruzadas com o polietilenoglicol (PEG), uma das nanopartículas presente tanto nas vacinas contra COVID-19 Pfizer e Moderna? Caberia individualizar o risco de cada criança em relação ao eventual choque anafilático e adotar um Termo de Consentimento Informado e Esclarecido sobre benefícios e riscos?

A avaliação de benefício-risco da vacinação contra a poliomielite é incontestável: o benefício de prevenir uma doença potencialmente devastadora, já eliminada do país por meio das campanhas de vacinação, supera amplamente o risco raro de anafilaxia ou choque anafilático. Cada dose da vacina Inativada Poliomielite (VIP) reduz significativamente o risco de contrair a doença e de sofrer suas graves consequências, especialmente em crianças. Anualmente, milhares de crianças recebem a VIP, e, até o momento, a farmacovigilância não identificou sinais de segurança associados a essa vacina. A experiência brasileira, com mais de uma década de uso seguro da VIP, reforça seu perfil de segurança e destaca a importância da vacinação na prevenção de casos de poliomielite, uma doença que pode causar sequelas permanentes e até levar ao óbito.

O monitoramento da segurança de produtos e tecnologias em saúde é fundamentado na avaliação do risco *versus* benefício. Embora as vacinas, assim como todos os medicamentos, possam causar eventos adversos, como reações de hipersensibilidade e anafilaxia, esses eventos são extremamente raros. Globalmente, a taxa de anafilaxia estimada está entre 1 caso por 100 mil e 1 caso

por 1 milhão de doses administradas, o que é notavelmente superior à registrada no Brasil pelo Sistema Nacional de Vigilância de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização - ESAVI, com taxas entre 0,02 e 1,53 casos por milhão de doses, destacando a eficácia das práticas de vacinação e do sistema de farmacovigilância brasileiro em monitorar e mitigar riscos.

A exposição aos compostos (Polissorbato e PEG) é comum em produtos médicos, incluindo vacinas e medicamentos, e cosméticos, mas é importante notar que a anafilaxia induzida pelo polissorbato 80 é incomum e ocorre principalmente em indivíduos com uma sensibilização prévia. Além disso, a detecção e manejo rápido garantem um excelente prognóstico e fazem parte das práticas de vacinação adotadas no Brasil – incluindo capacitação de profissionais e disponibilidade de adrenalina nas salas de vacinação. A vacinação segue protocolos de segurança rigorosos, como triagem prévia, observação pós-vacinação e contraindicação em casos graves.

As vacinas no Brasil passam por controle de qualidade, atendem os padrões de segurança exigidos pela Anvisa e estão em alinhamento com agências regulatórias internacionais. Por fim, é importante lembrar que o consentimento já é uma prática na administração de vacinas, seguindo diretrizes éticas e legais; e que a adoção de um termo de consentimento informado e esclarecido individualizada deve levar em consideração fatores como baixa adesão a vacinação e perda de oportunidade vacinal.

PERGUNTA 6 - Por que manter campanhas de vacinação contra poliomielite, sabendo que essas vacinas, tanto oral quanto injetável, aumentam os casos de poliomielite? (Figura 2)

As vacinas poliomielite orais e injetáveis não aumentam os casos de poliomielite. As ações de vacinação tanto de rotina, quanto de campanha são medidas globais adotadas para evitar a poliomielite. O último caso da doença no país foi em 1989 e o Brasil recebeu o certificado de área livre de circulação do poliovírus selvagem em 1994, mantendo-se até o momento, livre.

PERGUNTA 7 - Segundo divulgado na imprensa, “a substituição no Brasil foi amplamente discutida em Reunião da Câmara Técnica Assessora em Imunizações (CTAI) e recebeu aval do colegiado. A decisão contou com a participação dos representantes de sociedades científicas, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e acompanhamento da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).” Solicitamos a lista completa dos participantes da referida reunião da CTAI, bem como as respectivas profissões, cargos e a declaração de Conflitos de Interesse individualizada, em especial o eventual relacionamento comercial com as indústrias farmacêuticas produtoras de vacinas contra poliomielite e outras.

Em atenção a solicitação anexados o Relatório da Reunião ocorrida nos dias 03 e 04 de julho de 2023 (SEI nº 0045187675) e a lista com os participantes da referida reunião da CTAI (SEI nº 0045187694 e SEI nº 0045187710). Na oportunidade, nenhum dos participantes declarou conflitos de interesse na discussão do tema em questão.

3. Ante o exposto, assentimos com o teor da manifestação técnica desta Secretaria e restituímos os autos, para as providências subsequentes.

4. Colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

ETHEL MACIEL

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente



Documento assinado eletronicamente por **Ethel Leonor Noia Maciel**, **Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 24/12/2024, às 14:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0045213096** e o código CRC **9AF5F72C**.

Referência: Processo nº 25000.175621/2024-52

SEI nº 0045213096



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 404

Brasília, 25 de novembro de 2024.

A Sua Excelência a Senhora
NÍSIA TRINDADE
Ministra de Estado da Saúde

Assunto: **Requerimento de Informação**

Senhora Ministra,

Nos termos do art. 50, § 2º, da Constituição Federal, encaminho a Vossa Excelência cópia(s) do(s) seguinte(s) Requerimento(s) de Informação:

PROPOSIÇÃO	AUTOR
Requerimento de Informação nº 4.111/2024	Deputada Julia Zanatta
Requerimento de Informação nº 4.121/2024	Deputado Dr. Zacharias Calil
Requerimento de Informação nº 4.125/2024	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 4.128/2024	Deputado Gustavo Gayer
Requerimento de Informação nº 4.129/2024	Deputada Laura Carneiro
Requerimento de Informação nº 4.135/2024	Deputado Diego Garcia
Requerimento de Informação nº 4.138/2024	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 4.143/2024	Deputado Ruy Carneiro
Requerimento de Informação nº 4.150/2024	Deputada Rogéria Santos
Requerimento de Informação nº 4.154/2024	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 4.156/2024	Deputado Alex Manente
Requerimento de Informação nº 4.157/2024	Deputado José Medeiros

Por oportuno, solicito, na eventualidade de a informação requerida ser de natureza sigilosa, seja enviada também cópia da decisão de classificação proferida pela autoridade competente, ou termo equivalente, contendo todos os elementos elencados no art. 28 da Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), ou, caso se trate de outras hipóteses legais de sigilo, seja mencionado expressamente o dispositivo legal que fundamenta o sigilo. Em qualquer caso, solicito ainda que os documentos sigilosos estejam acondicionados em invólucro lacrado e rubricado, com indicação ostensiva do grau ou espécie de sigilo.

Atenciosamente,

Deputado LUCIANO BIVAR
Primeiro-Secretário

- NOTA: os Requerimentos de Informação, quando de autorias diferentes, devem ser respondidos separadamente.

/LMR



Documento assinado por:
27/11/2024 11:34 - Dep. LUCIANO BIVAR
Selo digital de segurança: 2024-VVKU-DQVL-NWUN-ANXI

Ofício 1ªSec/RI-E nº 404 (0044663377)

SEI 25000.175621/2024-52 / pg. 11



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete da Deputada **JÚLIA ZANATTA** –

REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO Nº, DE 2024
(Da Sra. Júlia Zanatta)

Apresentação: 06/11/2024 10:44:23.160 - Mesa

RIC n.41111/2024

Solicita informações detalhadas a Sra. Ministra da Saúde, Nísia Trindade, acerca da informação de que a vacina em gotinhas da poliomielite é substituída por dose injetável.

Senhor Presidente,

Com fundamento no art. 50, §2º, da Constituição Federal, e na forma do art. 115 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, solicito à Vossa Excelência seja encaminhado a Senhora Ministra da Saúde, o presente pedido de informações a respeito da notícia¹ de que o Ministério da Saúde irá substituir as duas doses de reforço da VOPb (vacina oral poliomielite bivalente) por uma dose de vacina injetável da VIP (vacina inativada poliomielite). Ou seja, o esquema vacinal contra a doença será exclusivo com a VIP. Extraí-se que as gotinhas foram aplicadas desde 1977, ou seja, por 47 anos. O último caso de poliomielite no Brasil foi registrado em 19 de março de 1989 e que, portanto, há 35 anos, o país não registra um único caso da doença. Visamos, dessa forma, entender os motivos técnicos e epidemiológicos que sustentam essa alteração, considerando o contexto histórico e os avanços no combate à poliomielite no Brasil.

Com o objetivo de orientar a requisição ora formulada, solicito que sejam respondidas objetivamente as perguntas e encaminhadas as informações que seguem descritas:

PERGUNTA 1 – A vacina oral contra a poliomielite tem sido eficaz no Brasil por mais de quatro décadas, ajudando o país a eliminar casos da doença desde 1977. O Brasil recebeu o certificado de eliminação da pólio em 1994. A estratégia

¹ <https://g1.globo.com/saude/noticia/2024/11/04/vacina-em-gotinhas-da-poliomielite-e-substituida-por-dose-injetavel-entenda-mudancas.shtml>



* C D 2 4 2 5 7 2 5 8 5 3 0 0 *



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete da Deputada **JÚLIA ZANATTA** –

adotada para a eliminação do vírus no país foi centrada na realização de campanhas de vacinação em massa com a vacina oral contra a pólio (VOP). Logo, questiona-se: quais são os motivos científicos específicos que justificam essa mudança para a vacina injetável? Há algum benefício econômico na substituição, por exemplo, economia para os cofres públicos que embasa a troca?

Apresentação: 06/11/2024 10:44:23.160 - Mesa

RIC n.41111/2024

PERGUNTA 2 – Considerando que a poliomielite foi eliminada do Brasil em 1994, por que só agora, 30 anos depois, foi decidido por interromper o uso da vacina oral? Ou seja, se a vacina injetável é capaz de evitar casos importados de poliomielite, por que ela não passou a ser a única usada no Brasil logo após 1994, no lugar da vacina oral? Por que esperar 30 anos para interromper o uso da vacina oral que se mostrou eficaz?

PERGUNTA 3 – Quais eram os critérios diagnósticos de poliomielite antes da década de 1950 e quais foram os critérios diagnósticos adotados após a referida década?

PERGUNTA 4 – Quais as ações intersetoriais do Governo Federal para incentivar o cultivo de alimentos sem agrotóxicos, considerando que alguns tipos de agrotóxicos (por exemplo, DDT residual no meio ambiente) podem causar casos de paralisia em seres humanos, que eram diagnosticados como poliomielite antes da década de 1950 e hoje recebem outros diagnósticos? ^{2,3}

PERGUNTA 5 – Segundo a Socienda Brasileira de Imunizações⁴ e as respectivas bulas^{5,6} a "Vacina Oral Poliomielite (VOP) – É uma vacina oral atenuada bivalente, ou seja, composta pelos vírus da pólio tipos 1 e 3, vivos, mas "enfraquecidos". Contém ainda cloreto de magnésio, estreptomicina, eritromicina, **polissorbato 80**, L-arginina e água destilada." Já a bula da "Vacina Inativada Poliomielite (VIP) – **Por ser inativada, não tem como causar a doença. (ATENÇÃO: ESTA AFIRMAÇÃO NÃO ENCONTRA BASE CIENTÍFICA SÓLIDA – ver pergunta 7).** É uma vacina trivalente e

² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6740077/>,

³ Livro: Dissolving Illusions Disease, Vaccines, and the Forgotten History. Suzanne Humphries, MD and Roman Bystranyk - <https://www.amazon.com/Dissolving-Illusions-Disease-Vaccines-Forgotten/dp/1480216895>)

⁴ <https://familia.sbim.org.br/doencas/poliomielite>

⁵ <https://consultaremedios.com.br/vacina-poliomielite-1-2-e-3-atenuada-fiocruz/bula>

⁶ <https://consultaremedios.com.br/vacina-poliomielite-1-2-e-3-inativada-fiocruz/bula>)



* C D 2 4 2 5 7 2 5 8 5 3 0 0 *



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete da Deputada **JÚLIA ZANATTA –**

Apresentação: 06/11/2024 10:44:23.160 - Mesa

RIC n.41111/2024

injetável, composta por partículas dos vírus da pólio tipos 1, 2 e 3. **Os três tipos de poliovírus são cultivados em células VERO**, uma linhagem contínua de células de rim de macaco verde africano. Contém ainda 2-fenoxietanol, **polissorbato 80**, formaldeído, meio Hanks 199, ácido clorídrico ou hidróxido de sódio. Pode conter traços de neomicina, estreptomicina e polimixina B, utilizados durante a produção”. Várias vacinas do calendário vacinal brasileiro e norte-americano contém polissorbato 80⁷, além de vários outros produtos químicos e tóxicos potencialmente danosos para o pequeno organismo.

18 VACINAS QUE CONTÉM POLISSORBATO 20 ou 80

	Vacina	Conteúdo
1	DTap (Daptacel)	Fosfato de alumínio, formaldeído, glutaraldeído, 2-fenoxietanol, polissorbato 80 , resíduo meio modificado de Muller, resíduo meio modificado de Stainer-Scholte, resíduo meio modificado de Mueller-Miller (sem infusão de coração de boi).
2	Dtap (infanrix)	Hidróxido de alumínio, formaldeído, glutaraldeído, 2-fenoxietanol, polissorbato 80 , meio modificado Fenton (contendo extrato de carne), meio modificado Latham (derivado de caseína bovina), meio modificado Stainer-Scholte
3	DTaP-IPV (Kinrix)	Hidróxido de alumínio, formaldeído, polissorbato 80 , Neomicina, Polimixina, Resíduo de soro de vitelo, Resíduo hidrolisado de lactalbumina, Resíduo meio Latham (derivado da caseína bovina), Meio modificado Stainer-Scholte Resíduo meio Fenton (derivado da caseína bovina), células Vero
4	DTPa – Refortrix	Hidróxido de alumínio, fosfato de alumínio, cloreto de sódio e água para injeção. As seguintes substâncias são encontradas como resíduos: formaldeído, polissorbato 80 e glicina.
5	DTaP-IPV (Quadracel)	Meio de crescimento modificado de Mueller, sulfato de amônio, resíduo de meio modificado de Mueller-Mille (sem infusão de coração de boi), formaldeído, fosfato de alumínio, meio stainerscholte, ácidos casamino, dimetil-beta-ciclodextrina, células MRC-5, normal células diplóides humanas, meio CMRL 1969 suplementado com soro de bezerro, meio199 sem soro de bezerro, 2-fenoxietanol, polissorbato 80 , glutaraldeído, neomicina, sulfato de polimixina-B
6	DTaP-IPV/Hib (Pentacel)	Fosfato de alumínio, polissorbato 80 , sacarose, formaldeído, glutaraldeído, albumina de soro bovino, 2-fenoxietanol, neomicina, sulfato de polimixina B, meio de crescimento modificado de Mueller, sulfato de amônio, resíduo de meio modificado de Mueller-Mille (sem infusão de coração de boi), meio Stainer-Scholte, ácidos casamino, dimetil-beta-ciclodextrina. Células MRC-5 (uma linha de células diplóides humanas normais), meio CMRL 1969 suplementado com soro de bezerro, meio 199 sem soro de bezerro, meio modificado de Mueller e Miller
7	Hep A (Havrix)	Células diplóides humanas MRC-5, formalina, hidróxido de alumínio, suplemento de aminoácidos, solução sorino-tampão de fosfato, polissorbato 20 , sulfato de neomicina, antibiótico aminoglicósido
8	Hep B (Engerix-B)	Adsorvido em hidróxido de alumínio hidratado 2Produzidos em células de levedura (Saccharomyces cerevisiae), hidróxido de alumínio, cloreto de sódio, fosfato de sódio diidratado, diidrogénofosfato de sódio, polissorbato 80
9	Hep A/Hep B (Twinrix)	Células diplóides humanas MRC-5, formalina, fosfato de alumínio, hidróxido de alumínio, aminoácidos, cloreto de sódio, tampão de fosfato, polissorbato 20 , sulfato de neomicina, proteína de levedura
10	Human Papillomavirus (HPV) (Gardasil 9)	Vitaminas, aminoácidos, sais minerais, carboidratos, sulfato de hidroxifosfato de alumínio amorfo, cloreto de sódio, l-histidina, polissorbato 80 , borato de sódio, proteína de levedura
11	Influenza (Fluarix) Trivalent & Quadrivalent	Octoxynol-10 (TRITON X-100), α-tocopheryl hidrogênio sutilato, polissorbato 80 (Tween 80), hidrocortisona, sulfato de gentamicina, ovalbumina, formaldeído, desoxolado de sódio
12	Meningococcal (MenB – Trumenba)	Meio de crescimento de fermentação definida, polissorbato 80 , histidina tamponada salina
13	Pneumococcal (PCV13 – Prevnar 13)	Caldo de peptona de soja, ácidos casamino e meio baseado em extrato de levedura, proteína CRM197, polissorbato 80 , fosfato de alumínio
14	Polio (VIP)	2-fenoxietanol, polissorbato 80 , formaldeído, meio Hanks 199, ácido clorídrico ou hidróxido de sódio. Pode conter traços de neomicina, estreptomicina e polimixina B, utilizados durante a produção.
15	Polio (VOP)	Cloreto de magnésio, estreptomicina, eritromicina, polissorbato 80 , L-arginina
16	Rotavirus (RotaTeq)	Sacarose, citrato de sódio, monohidrato monobásico de fosfato de sódio, hidróxido de sódio, polissorbato 80 , meio de cultura celular, soro bovino fetal, células Vero [DNA de circovirus suínos (PCV) 1 e 2 foi detectado em RotaTeq. PCV-1 e PCV-2 não são conhecidos por causar doenças em seres humanos]
17	Tdap (Boostrix)	Meio modificado Latham derivado de casenina bovina, meio Fenton contendo extrato bovino, formaldeído, meio líquido modificado de Stainer-Scholte, glutaraldeído, hidróxido de alumínio, cloreto de sódio, polissorbato 80
18	Zoster (Shingles) (Shingrix)	Sacarose, cloreto de sódio, dioleil fosfatidilcolina (DOPC), fosfato de dihidrogênio de potássio, colesterol, dihidrato de fosfato de dihidrogênio de sódio, fosfato dissódico anidro, fosfato dipotássico, polissorbato 80 , célula de proteína de ovário de hamster chinês (CHO), DNA

⁷ <https://states>

-united-

Câmara





O artigo “Polysorbate 80 in medical products and nonimmunologic anaphylactoid reactions”⁸ demonstrou que a referida substância pode causar reações anafiláticas. O polissorbato também é estudado como meio de transporte de substâncias para o cérebro devido à sua capacidade de tornar porosa a barreira hematoencefálica, o que também facilita a entrada indevida de outras substâncias tóxicas no cérebro, inclusive metais pesados^{9,10}. O polissorbato 80 também é conhecido pela capacidade de induzir dano ovariano em ratos¹¹. O polissorbato 80, por exemplo, tem sido utilizado de maneira dispersa ao longo dos anos, especialmente em fármacos e em outras vacinas, sob a alegação de ser um estabilizador/emulsificador inócuo. Não suficiente, está amplamente documentado que o Polissorbato 80 reage de modo cruzado com o Polietilenoglicol (PEG)¹², também conhecido como macrogol, composto químico que possui as mesmas propriedades que o polissorbato 80 e que é largamente aplicado em medicamentos como laxativos/emulsificadores de fezes e a metformina. O polietilenoglicol (PEG) é uma substância igualmente nunca antes utilizada para uso injetável e para a qual se conhece a ocorrência de formação de anticorpos anti-PEG decorrentes do uso disseminado deste material em medicamentos, produtos de cuidados pessoais (cosméticos), lubrificantes, dentre outros. Por exemplo, o PEG é um ingrediente notório do controverso laxante MiraLAX da Bayer, um medicamento usado para constipação e para preparar indivíduos para a colonoscopia. Muitos pais de crianças com constipação crônica acusaram o MiraLAX de provocar graves sintomas neuropsiquiátricos em seus filhos, incluindo

⁸ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16400901>

⁹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15717053>,

¹⁰ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27092793>

¹¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=8473002>).

¹² <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1532747>),





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete da Deputada JÚLIA ZANATTA –

Apresentação: 06/11/2024 10:44:23.160 - Mesa

RIC n.41111/2024

alterações de humor, raiva, fobias e paranóia¹³. Um estudo de 2016 da Analytical Chemistry¹⁴ relatou níveis detectáveis e, às vezes, altos de anticorpos anti-PEG (incluindo anticorpos IgM e anticorpos IgG) em aproximadamente 72% das amostras humanas contemporâneas e cerca de 56% das amostras históricas da década de 1970 até a década de 1990. Os pesquisadores confessaram que os resultados foram totalmente inesperados. Eles também confirmaram que a sensibilização ao PEG poderia ser induzida por meio da exposição a medicamentos PEGuilados ou poderia ser “pré-existente” em indivíduos nunca tratados com medicamentos PEGuilados, mas “muito provavelmente exposto ao PEG por outros meios. **Cerca de 72% da população norte-americana significa que sete em cada dez norte-americanos podem já estar sensibilizados ao PEG, o que pode resultar na redução da eficácia da atual vacina contra COVID-19 aplicadas inclusive em bebês acima de 6 meses de idade no Brasil e no aumento da ocorrência dos eventos adversos da mesma associada a este componente específico.** Além disso, os estudos de caso destacam a reatividade cruzada “subreconhecida” entre PEG e polissorbatos (surfactantes/emulsificantes presentes em muitos produtos, incluindo algumas vacinas, inclusive as que utilizam vetores virais contra a COVID-19)¹⁵ o que significa que os indivíduos podem experimentar hipersensibilidade perigosa a ambos. Há, inclusive, relatos de desfechos preocupantes em virtude dessa ligação cruzada estabelecida: reação anafilática severa PEG-induzida durante preparação colonoscópica com uma substância que continha polietilenoglicol, fazendo-se necessária, posteriormente, uma dessensibilização medicamentosa prolongada (sem mencionar a intervenção farmacológica exaustiva para conter a anafilaxia) para permitir a vacinação contra COVID-19, posteriormente, com imunizante contendo o polissorbato 80 (Fonte: https://www.jiaci.org/revistas/doi10.18176_jiaci.0830.pdf). existência de anticorpos anti-PEG (e, por consequência, contra o próprio Polissorbato 80, tendo em vista a grandiosa similaridade entre as moléculas) tem sido reconhecida e reportada há tempo considerável, uma vez que, conforme dito, estas substâncias são solubilizantes

¹³ <https://www.healio.com/news/pediatrics/20171004/science-concerns-behind-the-miralax-laxative-debate>)

¹⁴ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27804292/>

¹⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6706272/>





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete da Deputada **JÚLIA ZANATTA** –

Apresentação: 06/11/2024 10:44:23.160 - Mesa

RIC n.41111/2024

habitualmente utilizados na produção de diversos fármacos e outros imunizantes, de acordo com publicação da própria **ASBAI (Associação Brasileira de Alergia e Imunologia)** ¹⁶. Segundo o texto, a formação desses imunocomplexos circulantes tem grande potencial de suscitar eventos adversos variados **IgE mediados**, compreendendo as **reações anafiláticas (imediatas)** ¹⁷, tendo em vista a grande chance de o indivíduo submetido àquele imunizante já ter sido sensibilizado previamente ao PEG ou Polissorbato 80. Assim, a maior exposição ao polissorbato 80 presente na vacina injetável ora adotada poderá aumentar os casos de anafilaxia por reações cruzadas com o **polietilenoglicol (PEG)**, **uma das nanoprtículas presente tanto nas vacina contra COVID-19 Pfizer e Moderna?** Caberia individualizar o risco de cada criança em relação ao eventual choque anafilático e adotarum Termo de Consentimento Informado e Esclarecido sobre benefícios e riscos?

PERGUNTA 6 – Por que manter campanhas de vacinação contra poliomielite, **sabendo que essas vacinas, tanto oral quanto injetável, aumentam os casos de poliomielite?** ¹⁸ (Figura 2)

¹⁶ <file:///C:/Users/55699/Downloads/v5n1a07.pdf>)

¹⁷ https://www.researchgate.net/publication/346044435_Polyethylene_Glycol-Induced_Systemic_Allergic_Reactions_Anaphylaxis

¹⁸ https://www.researchgate.net/publication/252553744_The_polio_vaccine_a_critical_assessment_of_its_arcane_history_efficacy_and_long-term_health-related_consequences

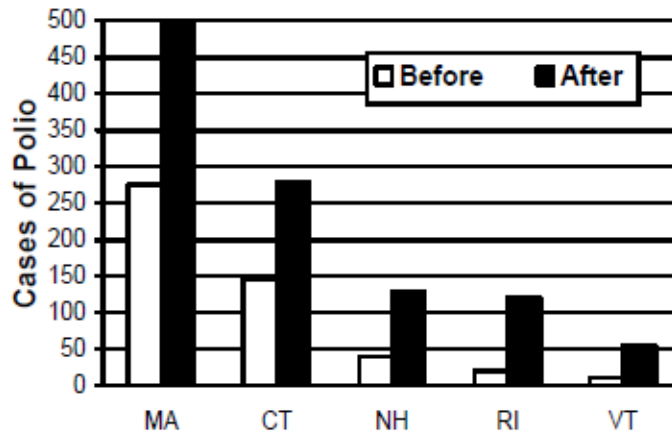


* C D 2 4 2 5 7 2 5 8 5 3 0 0 *



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete da Deputada **JÚLIA ZANATTA** –

Figure 2. Cases of polio increased in the U.S. after mass inoculations



PERGUNTA 7 – Segundo divulgado na imprensa, “a substituição no Brasil foi amplamente discutida em Reunião da Câmara Técnica Assessora em Imunizações (CTAI) e recebeu aval do colegiado. A decisão contou com a participação dos representantes de sociedades científicas, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e acompanhamento da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).” **Solicitamos a lista completa ds participantes da referida reunião da CTAI, bem como as respectivas profissões, cargos e a declaração de Conflitos de Interesse individualizada, em especial o eventual relacionamento comercial com as indústrias farmacêuticas produtoras de vacinas contra poliomielite e outras.**

Por fim, solicita-se o fornecimento de informações complementares que a Sra. Ministra da Saúde entenda como relevantes para a compreensão dos fatos.

Sala das Sessões, em 06 de novembro de 2024.

Deputada Júlia Zanatta
PL/SC

Câmara dos Deputados | Anexo IV – 4º andar – Gabinete 448 | 70100-970
Brasília DF Tel (61) 3215-5448 |





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete da Deputada **JÚLIA ZANATTA** –

Apresentação: 06/11/2024 10:44:23.160 - Mesa

RIC n.41111/2024



Câmara dos Deputados | Anexo IV – 4º andar – Gabinete 448 | 70100-970
Brasília DF Tel (61) 3215-5448 |

Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD242572585300>
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Júlia Zanatta

Anexo RIC 41111/2024 (0044508508)

SEI 25000.175621/2024-52 / pg. 19



CD242572585300

Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS

Coordenação-geral do Programa Nacional de Imunização

Evento: Reunião da Câmara Técnica de Assessoramento de Imunizações - CTAI

Data: 04/07/2023

Horário: 8H30 as 12H

Local: Auditório - PO700

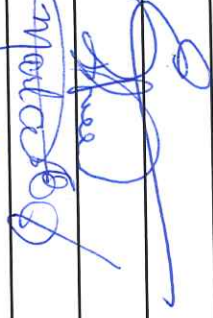
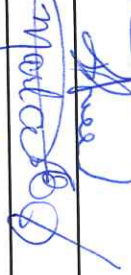
Nº NOME

INSTITUIÇÃO

E-MAIL

TELEFONE

ASSINATURA

1	Carla Dinamerica Kobayashi	CGFARM / DPNI / SVSA / MS	carla.kobayashi@saude.gov.br	(11) 9 5577-6358	
2	Monica Levi	SBIM	monica.levi@uol.com.br	(11) 9 8242-8861	
3	Lily Yin Weckx		lily.crie@huhsp.org.br	(11) 9 8296-9657	
4	Jorge Elias Kalil Filho		jkali@usp.br	(11) 9 8457-0548	
5	Cecilia Maria Roteli Martins	FEBRASGO	ceciliaroteli@gmail.com	(11) 9 9118-3817	
6	Renato de Avila Kfourir	SBP	renatokfourir@uol.com.br	(11) 9 9127-5992	
7	Marta Heloisa Lopes	USP	mahlopes@usp.br	(11) 9 9128-0778	
8	Seiarameri Lana Viola Oliveira	OPAS/OMS	violaosei@paho.org	(11) 9 9551-2131	
9	Expedito Jose de Albuquerque Luna	USP	eluna@usp.br	(11) 9 9648-5005	
10	Luiza Helena Falleiros Arlant	SBIM	lhfalant@gmail.com	(11) 9 9659-4652	
11	Rosana Richtmann	SBI	rrichtmann@uol.com.br	(11) 9 9944-4507	
12	José Cassio de Moraes	ISCMSP	jcassiom63@gmail.com	(11) 9 9973-6891	
13	Marco Aurelio P. Safadi		masafadi@uol.com.br	(11) 9 9984-2584	
14	Akira Homma	Fiocruz	akira@bio.fiocruz.br	(21) 9 7674-8690	
15	Isabella Ballalai	SBIM	iballalai@terra.com	(21) 9 8585-7756	
16	Tânia Cristina de Mattos Barros Petraglia	SBP	taniapetraglia@gmail.com	(21) 9 9863-3906	
17	Margareth Maria Pretti Dalcolmo	Fiocruz	margarethdalcolmo@gmail.com	(21) 9 9989-4904	

Rafaela G. Andrad

CGPI/DPNI

CG

Página 1

Mylene F. Pereira

Coord. Renem



Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS
Coordenação-geral do Programa Nacional de Imunização

Evento: Reunião da Câmara Técnica de Assessoramento de Imunizações - CTAI			
Data: 04/07/2023		Horário: 8H30 as 12H	Local: Auditório - PO700
18	Caroline Gava	CGVI / DPNI / SVSA / MS	caroline.alves@saude.gov.br
19	Daniele Gomes Deel'Orti	CGTM / DATHI / SVSA	
20	Rodrigo Otávio P. S. Soares	CGICI / DPNI / SVSA / MS	rodrigo.soares@saude.gov.br
21	Mateus de Paula	EPISUS	mateus.glehn@saude.gov.br
22	Fernanda Dockhorn Corta	CGTM / DATHI / SVSA	fernanda.dockhorn@saude.gov.br
23	loreana de Castro Pacheco B. Diniz	CGICI / DPNI / SVSA / MS	loreana.pacheco@saude.gov.br
24	Iacirene Gonçalves Lima Franco	CIMVAC / SAPS	iacirene.franco@saude.gov.br
25	Claudia Valente	ASBAT	claudiafvalente@gmail.com
26	Soniely Almeida Maciel	CGICI / DPNI / SVSA / MS	soniely.macie@saude.gov.br
27	Roberta Mendes Abreu Silva	CGFARM / DPNI / SVSA / MS	robertamendes@saude.gov.br
28	Carla Domingues	OPAS/OMS	cmasdomingues@gmail.com
29	Monica de Araújo Alves da Silva	HCB	monica.silva@heb.org.br
30	Cristiana Toscano		ctoscano@terra.com.br ctoscano@ufg.br
31	Paulo Henrique S. Andrade	CGFAV / DPNI / SVSA / MS	paulo.h.andrade@saude.gov.br
32	Julio Henrique Rosa Croda	SBMT	juliocroda@gmail.com
33	Ana Maria de Brito	ABRASCO	anabrito1009@gmail.com
34	Maria Angela Wanderley Rocha		mangelarocha@uol.com.br

Guilherme Almeida Maciel de Silva *CGTM/Anvisa*

Guilherme Almeida

Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS

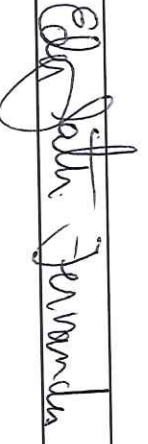
Coordenação-geral do Programa Nacional de Imunização

Evento: Reunião da Câmara Técnica de Assessoramento de Imunizações - CTAI

Data: 04/07/2023

Horário: 8h30 as 12h

Local: Auditório - PO700

35	Ana Karolina Barreto Berselli Marinho	ASBAI	ana.berselli@saude.gov.br	11 99912275	
36	Daniela Aquino	CGICI / DPNI / SVSA / MS	daniela.aquino@saude.gov.br	Ramal - 3379	
37	Regina Célia M. S. Silva	CGICI / DPNI / SVSA / MS	regina.c.silva@saude.gov.br	Ramal - 3460	
38	Luciana Demetrius Leite	NUCOM / SVSA / MS	luciana.leite@saude.gov.br	Ramal - 7737	
39	Adriano Ferreira Martins	CGFAM / DPNI / SVSA / MS			
40	Aline Beraldo	GT-EXANTEMÁTICAS			
41	Ana Caroline Cunha	CGICI / DPNI / SVSA / MS	ana.maneiros@saude.gov.br		
42	Ana Catarina de Jesus		ana.melo@saude.gov.br		
43	Ana Goretti Kalume Maranhão	CGICI / DPNI / SVSA / MS	ana.goretti@saude.gov.br	3460	
44	Bruna Battaglia De Medeiros	DPNI / SVSA / MS	bruna.battaglia@saude.gov.br		
45	Cassia de Fátima Rangel Fernandes	ANVISA			
46	Cintia Carrero	CGVDI / DPNI / SVSA / MS			
47	Eder Gatti Fernandes	DPNI / DPNI / SVSA / MS			
48	Felipe Daniel Cardoso	CGFAM / DPNI / SVSA / MS			
49	Greice Madeleine	CGVDI / DPNI / SVSA / MS			
50	Gustavo Henrique Fernandes Barreto	DPNI / DPNI / SVSA / MS	gustavo.barreto@saude.gov.br		
51	Izabela Moura	CGVDI / DPNI / SVSA / MS			
52	Jadher Percio	CGFARM / DPNI / SVSA / MS	jadher.percio@saude.gov.br		

Fernando Campos Azevedo

CONVSS

Fernando Campos Azevedo & CONVSS.026.82

Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS
Coordenação-geral do Programa Nacional de Imunização

Evento: Reunião da Câmara Técnica de Assessoramento de Imunizações - CTAI
Data: 04/07/2023
Horário: 8h30 as 12h

Local: Auditório - PO700

53	Julia Souza Vidal	ANVISA	julia.vidal@anvisa.gov.br			
54	Kalliana Paula Duarte	SITEIM	kalliana@gmail.com			
55	Leiy Stella Guzman Barreira	OPAS/OMS				
56	Marcelo Wada	CGVDI / DPNI / SVSA / MS	marcelo.wada@saude.gov.br	61 99805 2258	Marcos Yoshits Wada	
57	Maria Guida Carvalho de Moraes	DPNI / SVSA / MS				
58	Martha Elizabeth Brasil da Nobrega	DPNI / SVSA / MS	martha.melugo@saude.gov.br	91 98821 2809	unim.	
59	Nereu Henrique Mansano	CONASS				
60	Regina Coelum Barbosa Falcão Da Silva	CGVDI / DPNI / SVSA / MS	regina.falcao@saude.gov.br			
64	Ricardo Gadelha de Abreu	SAPS				
65	Rosângela Trindade Souza Junior	CONASEMS	trindadeconasems@saude.gov.br	44 99125 0689	Trindade	
66	Sulene de Fátima Pereira	CGICI / DPNI / SVSA / MS	sulene.pereira@saude.gov.br	309 45071 04	Leone	
67	Thayssa Neiva da Fonseca Victor	CGGI / DPNI / SVSA / MS	thayssa.fonseca@saude.gov.br			
68	Thiago Fernandes da Costa	DPNI / SVSA / MS	thiago.fernandes@saude.gov.br			
69	Helena Kátia da Regenda Silva	DPNI / SVSA / MS	helena.katia@saude.gov.br			
70	Victor B G Lorta		victor.lorta@saude.gov.br	11 93451 9891	Victor	
71	Jonas de Freitas	OPAS	jonas.de.freitas@saude.gov.br	61 99888 10902	Jonas	

DPNI de Assis

DPNI - CGDI

jonas.de.freitas@saude.gov.br 99889209

Delson Reis de Araújo

CGICI

delson.reis@saude.gov.br (61) 99802-0526

Ana G

Patricia Marques Funes

OPAS BRASIL

marquesp@paho.org (11) 991614457

(Assinatura)



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis

1ª REUNIÃO DA CÂMARA TÉCNICA DE ASSESSORAMENTO EM IMUNIZAÇÕES (CTAI)

03 a 04 de julho de 2023

Local: Auditório do PO700/BSB

Participantes: Membros da CTAI; representantes do Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis (DPNI), da Coordenação de Apoio à Imunização e Monitoramento das Coberturas Vacinais na Atenção Primária (CIMVAC/MS), do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/SVSA, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), da Comissão Regional de Certificação (RCC) da Região das Américas, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e especialistas convidados representando sociedades médicas e científicas.

03 de julho de 2023 – 1º dia

Abertura do evento: 09h:30

O evento foi iniciado com os agradecimentos do Dr. Eder aos participantes pela suas presenças e com a apresentação dos objetivos da reunião, formação da mesa de abertura e condução das falas dos representantes que a compuseram: Eder Gatti, Diretor do DPNI, Rosana Treichel, representando o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, (Conasems), Lely Guzman (Organização Pan-Americana da Saúde), e Júlia Souza Vidal (ANVISA).

Os objetivos destacados foram: ampliar as discussões técnicas sobre as doenças imunopreveníveis no país e subsidiar o DPNI na formulação e implementação de políticas públicas baseadas em evidências científicas em saúde, a partir da avaliação das evidências e recomendações preconizadas pelo Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização da Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como pelo Grupo Técnico Consultivo sobre Doenças Imunopreveníveis da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) para o seu fortalecimento, enquanto órgão consultivo de apoio à política de

imunizações baseada em evidências científicas.

Todos os expositores falaram da importância do evento, e reiteraram a parceria de cada instituição para a retomada das altas coberturas vacinais no país e o fortalecimento do DPNI.

A Representante da OPAS destacou a importância do Brasil no cenário das políticas de imunizações das Américas e na agenda de eliminação de 30 agravos, das quais 11 delas são preveníveis por vacinação.

O Prof. José Cassio e a Dra. Carla, coordenadores do Inquérito Nacional de Cobertura Vacinal, entregaram oficialmente para o Dr. Eder Gatti, os resultados desse Estudo. Cópias desse Inquérito foram entregues para as Instituições e especialistas presentes.

Agenda

1-Novas Indicações do Calendário dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais(CRIE)

Palestrantes: Marta Lopes/CRIE HC-FMUSP e Tania Petraglias/CRIE do Rio Janeiro

Hora: 10h30 às 11h:30

Após apresentação foram discutidas as seguintes situações:

1. Migrar todas as indicações da vacina Meningo C nos CRIE para ACWY
2. Ampliar vacina HPV para NIC 1,2 e 3
3. Utilizar uma definição mais clara e atual para obesidade mórbida
4. Utilizar a vacina Hepatite A adulto para profilaxia pré-exposição (PrEP)
5. Implantar a vacina herpes zoster para paciente imunodeprimidos nos CRIE
- 6-Ampliar a vacina VPC13 em substituição da vacina VPC10 a partir de 2 meses de idade em todas as indicações da vacina pneumocócica polissacarídica 23-valente (VPP23).
- 7-Discutir com a Tripartite para o financiamento e ampliação de novos CRIE
- 8-Atualizar a normativa de funcionamento dos CRIE, portaria nº48 de 2004
- 9-Necessidade de Supervisão dos CRIE que não tem médico.

Encaminhamentos:

Formar grupos para discutir:

- 1-Hepatite A em profilaxia pré-exposição (PrEP)
- 2- HPV9
- 3- Substituição da Vacina meningo ACWY no Calendário Nacional de Vacinação da criança
- 4- Vacina de Herpes zoster
- 5- Vacina de Dengue
- 6- Vacina de Pertussis

2-Dose única da vacina HPV: Adoção ou não no Calendário Nacional de Vacinação

Palestrantes: Monica Levi/Sociedade Brasileira de Imunizações/SBIm

Cecília Roteli Martins/ Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)

Hora: 13h:30 às 14h:30

- **Principais pontos abordados:**

- Inicialmente foram apresentados os principais estudos que orientaram as recomendações de dose única em mulheres,(Costa Rica e Índia), além do estudo Doris, que estudou efetividade, e mostrou que a dose única não mostrou inferioridade em relação a 2 ou 3 doses. Um estudo mais atual mostrou também essa não inferioridade na prevenção do HPV 16 e 18 em meninas e meninos.
- Expostas as recomendações da OMS, extraídas do WHO Position Paper de dezembro de 2022, quando recomenda para otimização do esquema de vacinação contra HPV, vários esquemas , que variam de 1 ou 2 doses para meninas de 09 a 14 anos, duas doses para mulheres jovens de 15 a 20 anos de idade , com intervalo de no mínimo 6 meses. Para os indivíduos imunocomprometidos , incluindo aqueles com HIV, a indicação são 3 doses, se não, pelo menos 2 doses. Foi relatado que há evidências limitadas sobre a eficácia de uma única dose nesse grupo.
- Em relação a ACIP, a recomendação não mudou, 2 doses para menores de 15 anos e 3 doses para 15 anos ou mais.
- A OMS publicou seu posicionamento favorável à estratégia de uma única dose, como efetiva para prevenção do câncer cervical, baseada em estudos que permitiram essa conclusão, e considerando o enorme benefício que otimizar o número de doses trará principalmente às regiões menos favorecidas economicamente, onde a vacinação contra o HPV ainda não pode ser incorporada, seja por questões econômicas ou logísticas. Deixam em aberto a opção de uso de 1 ou 2 doses para meninas e mulheres de 9 a 20 anos e duas doses acima de 21 anos. Para IC, preferencialmente manter esquema de 3 doses, mas na impossibilidade, pelo menos 2 doses. ACIP mantém suas recomendações de 2 ou 3 doses, com cut off aos 15 anos
- Destacou-se a estratégia da OMS para eliminação do câncer cérvico uterino, compromisso assumido por vários países, inclusive o Brasil de chegar a 2030 com 90% de cobertura vacinal, 70% de exames realizados e 90% das mulheres tratadas. Estima-se que com isso se evitará 74 milhões de casos de câncer uterino e 62 milhões de mortes.
- Explanou-se sobre as vantagens e incertezas da dose única de vacina HPV,

Vantagens:

- Maior adesão e possibilidade de catch up
- Aumento de cobertura vacinal – imunidade de rebanho
- Redução de custos – redirecionamento para outras prioridades em saúde pública.
- Maior facilidade logística
- Facilitar a introdução da vacinação em programas de imunização nos países de baixa e média renda que ainda não introduziram

Incertezas:

- Duração da proteção?
- Proteção contra outros desfechos evitados pela vacina e não testados com DU
- Inviabilidade logística de convocar a população vacinada com dose única, caso se demonstre ser insuficiente para proteção de longa duração
- Comprometimento da confiança na vacina e no PNI
- Um regime de dose única seria aplicável a diferentes populações?
- Entre diferentes regiões (dados gerados em diferentes continentes)
- Entre grupos de idade diferentes?

Apresentaram diferentes estudos que respaldam a eficácia da dose única, mas também outros mais recentes de análise em meninos e meninas de 9 a 14 anos, com 1,2,3 doses com HPV9, mostrando uma resposta imune menos robusta com 1 dose e questionando a duração da resposta.

Mostraram a experiência da Austrália, que Introduziu a vacina HPV em 2007, inicialmente com 3 doses para meninas de 12 e 13 anos com catch up de mulheres até os 26 anos durante os 2 primeiros anos, em seguida nos 2 anos seguintes, somente meninas de 12-13 anos com vacinação em escolas e com 4 anos já mostram a redução importante nas VG na população vacinada e também em homens heterossexuais da mesma faixa etária, mas não em homens que fazem sexo com homens (HSH), evidenciando a efetividade da vacinação e demonstrando imunidade de rebanho. Em 2013, revisam estratégias de rastreamento e implementaram teste de DNA no screening. Incorporam os meninos em 2013, também em base escolar e somente em 2018 reduzem esquema para 2 doses. A combinação da alta CV para ambos os sexos, com redução robusta das doenças associadas ao HPV, além da mudança do rastreamento no país, permite um planejamento para eliminação do câncer de colo de útero no país entre 2028 e 2035. Em 2022 lançam campanha de eliminação de câncer cervical no país e reduzem o esquema para dose única. Uma dose teve eficácia comparável a duas ou três doses na prevenção de doenças de alto grau em um ambiente de alta cobertura. Esses achados suportam a hipótese de que a vacinação em dose única pode ser uma estratégia viável quando se trabalha para a eliminação global do câncer do colo do útero. Acredita-se que esses dados apoiam os tomadores de decisão a considerar como um esquema de vacinação contra o HPV de uma dose, ou um esquema planejado com um intervalo de 3 a 5 anos entre as doses, poderia reduzir a demanda de vacina globalmente (que atualmente excede a oferta) enquanto aguarda a confirmação da proteção igual de uma dose contra a infecção por HPV dos ensaios randomizados atualmente em andamento. Embora uma dose possa diminuir a proteção, o intervalo de tempo desta análise inclui a triagem de meninas sete anos após a vacinação. Serão realizadas análises com mais tempo de acompanhamento, assim como análises incluindo apenas meninas vacinadas aos 12–13 anos. Dados recentes suportam tanto a imunogenicidade de uma dose de vacina quadrivalente administrada rotineiramente em crianças de 9 a 14 anos quanto a forte resposta ao reforço alcançável 3 a 8 anos depois usando uma dose de vacina nonavalente contra o HPV, sustentando que uma dose de reforço seria eficaz, se dados de ensaios ou dados de acompanhamento de longo prazo indicaram que era necessário, para coortes que receberam uma dose.

Falaram das recomendações do Reino Unido, que adotou dose única para adolescentes e para homens que fazem sexo com homens antes dos 25 anos. Para os mais velhos a recomendação são 2 doses.

Discussão

Será o momento adequado para mudança de esquema no Brasil?

- Ausência de dados consistentes de prevalência
- Baixas coberturas em ambos os sexos
- Hesitação vacinal e desinformação
- Ainda não implementada a estratégia de vacinação em escolas
- Falhas gigantescas no rastreamento e tratamento de NIC2/3 e câncer cervical
- Sem estruturação e planejamento de seguimento de vacinados com DU

- Como vamos avaliar o benefício de DU no impacto do câncer de colo de útero no país?
- A maioria das evidências clínicas disponíveis são baseadas em estudos longitudinais, prospectivos de coorte ou estudos de coorte observacionais, com dados de ensaios randomizados e controlados de eficácia contra infecções/lesões cervicais e outros desfechos apenas começando a se tornar disponíveis.
- Embora os dados permaneçam inconsistentes e inconclusivos, evidências sugerem que o regime de 1 dose pode ser igualmente eficaz contra a infecção persistente e prevenção de doença de alto grau em comparação com regimes de 2 ou 3 doses, em ambientes de alta cobertura
- Não foi observada diferença na prevalência de HPV na cavidade oral entre mulheres que receberam 1 dose e não vacinadas

Consensuado no CTAI:

Não foi aprovado a adoção da dose única de vacina HPV no Brasil, esperando-se novos resultados dos estudos que fortaleçam essa decisão.

***3--Inclusão das vítimas de agressão sexual como grupo-alvo da vacina HPV
Inclusão de adolescentes até 17 anos para contemplar os não vacinados durante os dois anos de pandemia***

Palestrante : Rosana Ritchaman/ SBI

Renato Kfoury/ /SBP

Principais pontos abordados

Os motivos de inclusão desse grupo na vacinação contra HPV, se dá em função de terem maior risco de aquisição e transmissão do vírus HPV, inclusive com recomendação da OMS e CDC da vacinação para essas vítimas. Já há estudos mostrando que pós agressão sexual , há uma maior tendência a comportamentos sexual de risco.

Segundo a OMS, a pandemia de covid aumentou significamente a exposição das mulheres á violência sexual , em razão de medidas como lockdown e interrupção de serviços essenciais.

Em 2022, o Tribunal de Justiça, Defensoria Pública e Ministério Público, solicitou ao ambulatório HC-FMUSP e Hospital Pérola Byington a inclusão da vacina HPV para população vítima de violência sexual nesses serviços. Tal solicitação foi encaminhada para a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e Programa Estadual de Imunização (PEI) que motivou discussão em reunião ordinária da Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações (CPAI). Na ocasião, relatou-se que 30% das vítimas de violência sexual atendidas desenvolvem lesões pelo HPV posteriormente e que apresentam vulnerabilidades sociais e comportamentais de risco, como abusos frequentes. Ocorrem no ESP mais de 9 mil casos de violência sexual ao ano, aproximadamente 80% dos casos ocorrem abaixo dos 40 anos, desses 50% entre 9 e 25 anos, 60% entre 9 e 40 anos. A proposta é estender essa recomendação para todo o Brasil

Em relação a inclusão de adolescentes até 17 anos, o objetivo seria realizar um catch up de 15 a 17 anos para atualizar a vacinação contra HPV, dando nova oportunidade aos não vacinados, tanto pela recusa dos pais quanto pela pandemia. Essa estratégia vem sendo utilizada com frequência e sucesso em países como Reino Unido, Dinamarca, EUA, Suécia, Índia etc

Discussão

- 1- Faixa etária de vítimas de agressão sexual a ser incluída**
- 2- Onde será administrada**
- 3- Esquemas**
- 4- Disponibilidade de vacina HPV**
- 5- Faixa etária para o catch up**
- 6- Inclusão da vacinação nos usuários de PrEP ?**

Consensuado no CTAI

- 1- O objetivo é ampliar o acesso a vacina HPV às vítimas de violência sexual de 9 a 45 anos com vistas a prevenir riscos futuros dessa população.**
- 2- A população alvo , embora tenha sido recomendado até os 45 anos, foi acordado sem consenso até os 25 anos**
- 3- Serão vacinadas apenas as vítimas que não tiverem seu esquema vacinal completo**
- 4- A oferta da vacina HPV será incluída dentro do protocolo de atendimento já existente e realizada de nos pontos de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde/SUS, que prestam assistência as vítimas de violência sexual.**
- 5- O Esquema vacinal será o que já está normatizado.**
- 6- Criar um Grupo de trabalho para discutir a realização do catch up nos adolescentes de 15 a 17 anos para vacinação HPV, bem como discutir a incorporação da vacinação naqueles em uso do PrEP.**

4--Substituição da vacina VOP pela VIP nos reforços das crianças

Palestrante: Dra. Luiza Helena Falleiros Arlant (SBIIm)

Hora: 16h:00 as 16h:30

A sessão foi iniciada pela apresentação da Dra. Luiza Helena Falleiros Arlant (SBIIm) mostrando dados da incidência de Pólio (2001–2019), e países com pólio associado ao vírus vacinal (VAPP) devido à administração de VOP. Falou que a VAPP ocorre após a primeira dose e dos casos notificados no Brasil, três casos em 2022 e um caso em 2023. Em Israel foi constatado sete casos de poliovírus circulante derivado vacinal tipo 3 (cPVDV3) e foi mostrada a que a cobertura vacinal de VIP nesse país é de 97,6% e para VOP é de 88,3%. Mostrou que a cobertura vacinal para poliomielite no Brasil é de 76,6% e sobre a importância de coleta oportuna de fezes para encerrar o diagnóstico de pólio. Explicou-se que a vigilância ambiental é fundamental, pois o vírus circula pela água que vai para os esgotos. O vírus fica ativo por meses no ambiente (casos e comunicantes). Foi demonstrado que a média de circulação do vírus 1 e 2 é de um ano e do vírus 3, por mais de um ano.

Mostrou os países que utilizam exclusivamente a vacina VIP: Canadá, Estados Unidos, Argentina, Aruba, Bermudas, Cayman, Islândia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Panamá, Paraguai, México, ST. Martin e Uruguai. Não se utiliza VOP na Europa. Mostrou-se que a *Strategic Advisory Group of Experts on Immunization* (SAGE) recomenda um esquema flexível usando a nOVP2 para surtos, em intervalos máximos de quatro semanas e mínimos de uma semana. Informou que de acordo com a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) a VOP deve ser utilizada para contenção de surtos e VIP para rotina. Ao demonstrar os riscos e como prevenir a doença, disse que “aumentando-se a cobertura vacinal com VIP é indiscutível suspender o uso da VOP, é inexorável”. Falou-se da imunidade intestinal que é inconstante/variável, não é duradoura, depende da idade do vacinado, depende da dose de VOP, depende da condição imunológica do vacinado, sofre interferências (outros enterovírus não pólio, parasitoses, estado nutricional, entre outros).

No início das discussões, uma das questões levantadas pela presidente da Comissão Regional de Certificação (RCC) da Região das Américas, Arlene King, foi “Por que descontinuar a VOP e por que agora”? Uma das respostas dos especialistas foi que a VOP já deveria ser descontinuada há muito tempo, a exemplo da Europa, que recebe imigrantes infectados e não apresentou casos de pólio. Membros da Câmara Técnica de Assessoramento em Imunizações (CTAI) e especialistas convidados propuseram a retirada da VOP e inserir uma dose a mais com a VIP. Demonstrou-se que a cobertura vacinal de VOP está mais baixa que a VIP. Arlene King também considerou que o problema não é a substituição da VOP pela VIP, mas as baixas coberturas vacinais. Membros da CTAI e especialistas externos sugeriram administrar quatro doses da VIP ao invés da administração da VOP. Foram apresentados dados de revisão da Coordenação de Farmacovigilância dos ESAVI neurológicos associados a VOP no período de 2018 a 2023, com 2 casos confirmados de VAPP (2022 - criança com desnutrição (Z score -1) e com calendário vacinal atrasado, incluindo a não realização das doses prévias de VIP; 2023 - criança com diagnóstico de imunodeficiência – agamaglobulinemia ligada ao X). Perguntou-se qual o melhor momento para retirar a VOP e alguns membros manifestaram-se contra a retirada desta vacina no Calendário Nacional de Vacinação. Falou-se da preocupação da circulação do vírus derivado vacinal da pólio oral, houve temor na retirada da VOP, neste momento, mas foi afirmado que é inevitável a retirada futura da VOP do calendário. Glória Rey (membro da RCC) informou que a imunidade de mucosa é quem está evitando os surtos de pólio, e é perigoso retirar a VOP por este tempo de baixas coberturas vacinais. Recomendou-se a leitura de um artigo de revisão sobre o assunto. Foi dito que a OPAS/OMS recomenda a retirada da VOP somente em casos de altas e homogêneas coberturas vacinais e se não houver a possibilidade de reintrodução do vírus no país. Houve também concordâncias na retirada da VOP, porém, futuramente quando da melhoria das coberturas vacinais. A maioria dos membros do Câmara Técnica levantaram a questão sobre quais são os perigos com a retirada da VOP, outros salientaram que a vacina não confere imunidade para o vírus tipo 2 e, portanto, não há problema na retirada da VOP.

Houve votação dos especialistas de quem era contra ou a favor da substituição da VOP pela VIP. Dezesete especialistas foram a favor da retirada da VOP e cinco

foram contra a retirada da mesma. Votaram os membros Câmara Técnica e convidados externos.

Consensuado pelo CTAI

- 1) A maioria dos especialistas votou a favor da retirada da VOP do Calendário Nacional de Vacinação.**
- 2) Diante das discussões da Câmara consultiva, caberá à Gestão do Ministério da Saúde, a decisão da substituição das duas doses de reforço com VOP pela VIP.**

5--Uso da Vacina BCG na primeira semana de vida e Imunodeficiência Combinada Grave(SCID)

Palestrantes

Cláudia Valente-Associação Brasileira de Alergia e Imunologia/ASBAI

Margareth Dalcomo/FIOCRUZ

ON LINE

Clemax Couto/UFRJ

Maria Izabel de Moraes Pinto/Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP

Hora:17h.00 as 18h.30

A apresentação foi dividida em duas partes, sendo que na primeira foi apresentado um levantamento de artigos sobre a pauta, dentre eles um que descreve a descoberta de 485 mutações de erros inatos da imunidade no geral, até 2021, onde o quadro varia de infecções respiratórias de repetições ao óbito. Também, apresentou evidência de detecção prévia da SCID por meio da Triagem Neonatal, uma sobrevida acima de 90% quando o transplante ocorre antes dos três meses de vida, levando em conta a presença ou não de uma infecção ativa. Ressaltou os 10 sinais de alerta que podem indicar uma Imunodeficiência Primária, de acordo com a Fundação Jeffrey Modell, e dentre eles está “Efeito adverso ao BCG e/ou infecção por microbactéria”. Além disso, falou sobre os testes TREC e KREC utilizados na triagem para SCID, realizado em Brasília – DF, cujo teste de triagem neonatal na sua modalidade ampliada está ocorrendo desde 2008 (Lei nº 6.382, de 24 de setembro de 2019). Mencionou que o município de São Paulo está aplicando o teste ampliado e o estado de Minas Gerais está iniciando a estratégia. Há países que realizam BCG após a triagem neonatal e os EUA foram os pioneiros a adotar essa estratégia, com incidência de SCID entre os recém-nascidos triados de 1:58.000 e com uma taxa de sobrevida excelente devido ao diagnóstico precoce. Outros trabalhos foram apresentados, como estratégias que adiaram a vacinação da BCG para a realização após o resultado da Triagem Neonatal e a incidência da meningite tuberculose se manteve de um a dois casos por ano, dentre outros.

Apresentou breve histórico da vacina BCG e suas indicações, bem como as restrições de uso conforme a bula do produto atualmente utilizado na rotina de vacinação do Brasil.

Finalizou a apresentação relatando que a SCID é uma doença que ameaça a vida dos lactantes, mas é uma doença curável com transplante, se diagnosticado oportunamente, que a triagem neonatal identifica o bebê assintomático com essa doença grave, e que vacinas vivas atenuadas estão contraindicadas. Além de questionar a todos os participantes, sobre como será possível conciliar a triagem

neonatal e a vacinação da BCG na maternidade, mantendo a cobertura vacinal.

O segundo momento teve participação da Dra. Margareth Dalcolmo,, que explanou sua experiência com o tratamento de pacientes com doença BCG disseminada. Em seguida, proferiu que deveria ter triagem neonatal ampliada para todos e aguardar o resultado da triagem neonatal, para aplicar qualquer vacina de patógeno vivo atenuado, por outro lado, por trabalhar com a doença tuberculose e compromisso em eliminar a doença, é uma decisão complicada e difícil ser tomada. Questionou a possibilidade da aplicação da BCG junto com outras vacinas do calendário vacinal, exceto crianças que tem contato com pessoas com tuberculose.

Discussões

As discussões estiveram centradas na heterogeneidade da triagem neonatal nos estados, na vivência de cada profissional e estudos relacionados às SCID em crianças vacinadas com a BCG e no aspecto negativo para cobertura vacinal da BCG caso seja decidido adiar a vacinação após resultado da triagem. Foi mencionado que a vacinação com BCG está deixando de ser administrada nas maternidades e passando a vacinação para as unidades de saúde, fato que pode estar ligado à falta de profissionais capacitados para vacinação da BCG. Dr José Cássio comprometeu-se de realizar um levantamento acerca de quantos dias após o nascimento da criança é vacinada com a BCG. Foi sugerido fazer um diagnóstico de quantas maternidades realizam a vacinação, para depois apresentar alguma recomendação sobre adiar a BCG. Foi pontuada a necessidade de realizar um estudo sobre os benefícios do adiamento da BCG e se essa ação vai impactar na proteção contra a tuberculose. Foi ressaltado que o Brasil possui alta carga de tuberculose, e em 2022 foram diagnosticados 80.000 casos. Destacou-se, também, que o receio de todos que trabalham com vacina não é o fato de adiar a BCG, mas o fato de saber que essa criança pode não buscar a vacinação em outro momento.

Diante de todas as discussões, não houve consenso quanto ao uso da vacina BCG na primeira semana de vida e Imunodeficiência Combinada Grave/SCID.

Consensuado no CTAI

- Criação de um grupo de trabalho para estudar a pauta em questão e discutir a melhor estratégia. O grupo irá avaliar a magnitude do adiamento da BCG e suas consequências positivas e negativas; levantamento dos dados propostos em discussão; planejamento da estratégia da triagem neonatal e fluxo de vacinação; captação do público para vacinação da BCG.
- Os membros participantes do GT serão: Claudia Valente, Ana Karolina, 01 representante do grupo da Triagem Neonatal, Maria Isabel Pinto, Francieli Fantinato (OPAS), Angela Rocha, Clemax Sant Anna, Antônio Condino Neto, 01 técnica da Coordenação Geral de Incorporação Científica e Imunização (CGIC/DPNI/SVSA/MS) - Lorena de Castro, 01 representante da Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas (CGTM/DATHI/SVSA/MS), 01 representante da Secretaria de Atenção Primária a Saúde –SAPS/MS.

04 de julho de 2023 – 2º dia

6--Mesa Redonda: Perspectivas futuras para a vacinação contra covid-19

Moderador: Eder Gattes/Diretor do DPNI

Debatedores:

- **Jorge Kalil/FMUSP**
- **Julio Croda/ Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**
- **Rosana Richtman/SBI**
- **Margareth Dalcolmo/ FIOCRUZ**

Principais pontos abordados

- Situação epidemiológica da SRAG e óbitos por covid 19, com a distribuição dos casos e óbitos apresentando redução importante a partir de 2022. Com um total de casos de 2020 a 2023, de 1.491.035 e óbitos 688.325. Em relação a faixa etária, observa-se a partir de 2022 uma maior incidência em crianças a partir de 1 ano de idade e maior predominância ainda em pessoas mais velhas. Em relação a mortalidade é predominante em maiores de 60 anos, e um discreto aumento nas crianças. Em relação a raça/cor, a predominância de óbitos ocorreu na cor branca. Quanto as gestantes, o maior número de casos de SRAG e óbitos foi de 20 a 59 anos e cor branca. Em relação ao óbito foi a cor parda. Quanto a comorbidades, a maior incidência de SRAG e óbitos ocorreu em pessoas com cardiopatia, neuropatia e pneumopatia crônica. Em relação a distribuição por unidade federada, não houve diferença importante.
- **Impacto Orçamentário para o PNI** (total 2020 a 2023 -54.732.753.573,12 reais)
- **Disponibilidade de vacinas**
- **Segurança das vacinas COVID-19 no Brasil**- foram apresentados dados sobre segurança das vacinas COVID-19 no período de 18 de janeiro de 2021 a 20 de março de 2023, com atenção para os ESAVI graves (43% Astrazeneca/Fiocruz, 34% Sinovac/Butantan e 21% Pfizer/Wyeth) e os 19 óbitos com classificação de causalidade A1 (evento STT, 15 após vacina Astrazeneca/Fiocruz e 4 após vacina Janssen).
- Além dos dados de ESAVI na faixa etária maior do que 60 anos, com 6.670 ESAVI graves, 3.545 óbitos e 1 óbito A1 por STT e incidência de 0,58 a cada 100.000 doses da vacina Sinovac/Butantan e 0,31 a cada 100.000 doses da vacina Astrazeneca/Fiocruz. A taxa de incidência de STT observada foi de 0,05 a cada 100.000 doses aplicadas da vacina Astrazeneca/Fiocruz e taxa < 0,02 a cada 100.000 doses para outras vacinas.
- **Grupos prioritários**

Apresentou-se a situação epidemiológica, por meio da série histórica dos casos e óbitos de SRAG por covid-19, ficando evidente uma redução a partir da introdução das vacinas nas hospitalizações e óbitos. Os dados demonstram uma incidência de hospitalizações em crianças menores de 1 ano de idade, mas fica evidente uma maior ocorrência de óbitos em idosos a partir de 60 anos se concentrando principalmente acima dos 80 anos. As principais comorbidades associadas aos casos graves de SRAG por covid-19, foram cardiopatias, neuropatias e pneumonia crônica. Foi apresentado o impacto orçamentário do PNI, mostrando que com a vacina COVID-19, haverá um aumento de 63% no orçamento do PNI.

Dito que o orçamento empregado na compra das vacinas COVID-19 é quase equivalente ao orçamento total das vacinas de rotina e a vacina de influenza juntas. Foi exposto o quantitativo de doses em estoque, o público-alvo provável e a proposta de esquema de vacinação, com a finalidade de embasar na tomada de decisão sobre o

quantitativo de doses necessárias para uma nova aquisição. Falou-se sobre a segurança das vacinas COVID-19, apresentando os principais achados referentes aos ESAVI graves no banco do sistema de notificação de ESAVI. Mostrou-se os dados de ESAVI das vacinas de vetor viral associadas com STT, com incidência de 0,02/100.000 doses aplicadas.

Sobre a incidência de ESAVI graves por doses aplicadas, estes foram mais frequentes para CoronaVac, seguida por AstraZeneca e Pfizer, no entanto existe um viés para os casos notificados de CoronaVac, que ocorreram principalmente na população a partir dos 60 anos, pois era a primeira vacina a ser aplicada em idosos no início da vacinação. Posteriormente as apresentações o diretor convidou os membros para composição da mesa de discussões. A mesa foi iniciada trazendo alguns questionamentos para os participantes da reunião, sobre quais plataformas utilizar, aquisição de novas vacinas atualizadas com as cepas em circulação ou investimentos em novas tecnologias.

Discutido sobre as vacinas terem um papel importante em garantir a proteção da imunidade celular principalmente para os grupos de alto risco. Abordou-se sobre os grupos prioritários a serem contemplados na estratégia de vacinação em 2024, sendo pontuado a definição de grupos de risco adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por outros países, incluindo os EUA e também as recomendações do *Strategic Advisory Group of Experts on Immunization* (SAGE). Discutido também sobre a segurança das vacinas para embasar as recomendações, principalmente de plataformas de vetor viral para outras faixas etárias, sendo pontuado um risco aumentado de eventos adversos em menores de 50 anos de idade com o uso dessa plataforma.

Levantada a proposta de equiparar o público-alvo da vacinação contra a covid-19 em 2024 com os grupos prioritários adotados na vacinação da influenza. Pontuada a existência de uma desconfiança generalizada em relação as vacinas COVID-19 por parte da população, o que estaria contribuindo para a hesitação vacinal, e a necessidade de investimentos em comunicação qualificada para elevação das coberturas vacinais. Durante as discussões houve alguns consensos, dentre eles, quais grupos seriam definidos como prioritários para o recebimento de uma dose das vacinas contra covid-19 no ano de 2024, seriam eles: idosos a partir de 60 anos de idade, pessoas imunocomprometidas, gestantes, trabalhadores de saúde. A vacinação de gestantes e crianças menores de 5 anos seria incorporada na rotina, como parte do calendário básico. A recomendação seria de imunização primária para crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade e uma dose para os demais grupos prioritários, essa dose com o intervalo de pelo menos 12 meses da última dose recebida, e no caso das gestantes esse intervalo seria a partir de 6 meses da última dose recebida. Chamou-se atenção para necessidade de realização de estudos de custo-efetividade envolvendo as vacinas contra a covid-19 e da produção de dados nacionais sobre efetividade, também falou da necessidade de definição dos grupos vulneráveis, verificando se o estoque atual é suficiente e considerando as perdas, para novos investimentos em compras de vacinas. Parte dos especialistas presentes não acham que as vacinas de vetor viral, como a AstraZeneca seja a melhor opção para vacinação contra a covid-19 em populações menores de 60 anos de idade, mesmo que contenham cepas atualizadas. Entretanto, foi acordado que para novas compras não haverá restrição do uso de qualquer plataforma vacinal atualizada para novas

variantes, desde que, sigam as recomendações e aprovações regulatórias pela Anvisa.

E por fim foi pontuada a necessidade de ao menos uma reunião presencial para a Câmara Técnica de Assessoramento em Imunizações, e da criação de grupos técnicos de trabalho para discussão de assuntos específicos.

Discussão:

- Criança é um grupo de risco, com as maiores taxas de hospitalização por SRAG na covid-19
- Que a vacinação da criança com vacinas COVID-19 deveria ser incluída no Calendário Nacional de Vacinação
- Que é muito difícil saber qual a variante estará em circulação ano de 2024
- Que os grupos de risco deveriam ser idosos, imunocomprometidos, gestantes, trabalhadores de saúde e crianças menores de 5 anos de idade.
- Que a proteção da vacina bivalente cai aproximadamente depois de 3 meses

Consensuado no CTAI

- 1) Definição de uma dose anual da Vacina COVID-19 para grupos prioritários ou de alto risco (gestantes e puérperas, imunocomprometido, maiores de 60 anos e profissionais de saúde) a partir de 2024;
- 2) O intervalo para a dose anual será de pelo menos 12 meses da última dose recebida, e no caso das gestantes esse intervalo será a partir de 6 meses da última dose recebida;
- 3) Recomendação de iniciar ou completar o esquema primário (básico) de vacinação para crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade com as vacinas disponíveis atualmente (Pfizer e CoronaVac) e incluir o esquema no calendário básico de vacinação;
- 4) A recomendação e escolha das plataformas vacinais para os grupos de alto risco ocorrerá de acordo com as aprovações regulatórias do país e disponibilidade de imunizantes pelo DPNI;
- 5) A operacionalização, assim como a discussão sobre a inclusão ou não de outros grupos para a vacinação serão discutidos pelas áreas técnicas do PNI e grupo de trabalho para vacinas COVID-19.
- 6) Recomendou-se contratar uma pesquisa de custo-efetividade para as vacinas COVID-19.
- 7) Recomendou-se a modificação do boletim epidemiológico de ESAVI para vacinas COVID-19 Esquema básico para crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade;
- 8) Recomendação das vacinas atualizadas e de acordo com as aprovações regulatórias do país;
- 9) Contratar pesquisa de custo-efetividade para as vacinas COVID-19.
- 10) O Boletim epidemiológico deverá ser modificado

Encaminhamentos gerais consensuados no CTAI:

- 1- Realização presencial do CTAI pelo menos 1 vez ao ano
- 2- Inclusão das vítimas de abuso sexual como grupo priritário para vacinação contra

HPV até 25 anos

- 3- Apartir de 2024, os reforços de poliomielite no Calendário Nacional de Vacinação, serão feitos com VIP
- 4- Criação de um grupo para discutir a ampliação de outras faixas etárias, PrPEP, e catch up até 17 anos dependendo da disponibilidade de vacina HPV
- 5- Criação de um grupo para discutir BCG x SCID
- 6- Criação de um grupo para discussão da vacina de Dengue
- 7- Criação de um grupo de trabalho para incorporação da vacina meningo ACWY na vacinação infantil
- 8- Criação de um grupo para discussão da vacina Pertussis

Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS

Coordenação-geral do Programa Nacional de Imunização

Evento: Reunião da Câmara Técnica de Assessoramento de Imunizações - CTAI

Data: 03/07/2023

Nº	NOME	Horário: 9H as 19H INSTITUIÇÃO	Local: Auditório - PO700 E-MAIL	TELEFONE	ASSINATURA
1	Adriano Ferreira Martins	CGFAM / DPNI / SVSA / MS			Adriano Martins
2	Akira Homma	Fiocruz	akira@bio.fiocruz.br	(21) 9 7674-8690	Akira Homma
3	Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas Rosângela Prudêncio	CONASEMS			Rosângela Prudêncio
4	Aline Beraldo	GT-EXANTEMÁTICAS	aline.beraldo@saude.gov.br	(19) 996120694	Aline Beraldo
5	Ana Goretti Kalume Maranhão	CGICI / DPNI / SVSA / MS	ana.goretti@saude.gov.br		Ana Goretti
6	Ana Karolina Barreto Berselli Marinho	ASBAI	ana.berselli@saude.gov.br	11 99912275	Ana Karolina
7	Ana Maria de Brito	ABRASCO	anabrito1009@gmail.com	(81) 9 9963-1440	Ana Maria de Brito
8	Bruna Battaglia De Medeiros	DPNI / SVSA / MS	bruna.battaglia@saude.gov.br		Bruna Battaglia
9	Carla Dinamerica Kobayashi	CGFARM / DPNI / SVSA / MS	carla.kobayashi@saude.gov.br	(11) 9 5577-6358	Carla D. Kobayashi
10	Cassia de Fátima Rangel Fernandes	ANVISA			Cassia de Fátima
11	Cecilia Maria Roteli Martins	FEBRASGO	ceciliaroteli@gmail.com	(11) 9 9118-3817	Cecilia Maria Roteli
12	Cintia Carrero	CGVDI / DPNI / SVSA / MS			Cintia Carrero
13	Cristiana Toscano		ctoscano@terra.com.br ctoscano@ufg.br	(62) 9 8199-2229	Cristiana Toscano
14	Eder Gatti Fernandes	DPNI / DPNI / SVSA / MS			Eder Gatti Fernandes
15	Expedito Jose de Albuquerque Luna	USP	eluna@usp.br	(11) 9 9648-5005	Expedito Jose de Albuquerque
16	Felipe Daniel Cardoso	CGFAM / DPNI / SVSA / MS			Felipe Daniel Cardoso

Daniela Aquino
Cláudia Volante

CGICI / DPNI
ASBAI

daniela.aquino 3379
claudia.volante@gmail.com 61-984217101

Aquino
Volante

Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS

Coordenação-geral do Programa Nacional de Imunização

Evento: Reunião da Câmara Técnica de Assessoramento de Imunizações - CTAI

Data: 03/07/2023

Horário: 9H as 19H

Local: Auditório - PO700

Nº	NOME	INSTITUIÇÃO	E-MAIL	TELEFONE	ASSINATURA
17	Greice Madeleine	CGVDI / DPNI / SVSA / MS			
18	Gustavo Henrique Fernandes Barreto	DPNI / DPNI / SVSA / MS	gustavo.barreto@saude.gov.br		
19	Izabela Moura	CGVDI / DPNI / SVSA / MS			Izabela Moura Santos
20	Jadher Percio	CGFARM / DPNI / SVSA / MS	jadher.percio@saude.gov.br		Jadher
21	Jorge Elias Kalil Filho		jkilil@usp.br	(11) 9 8457-0548	Jorge Kalil
22	José Cassio de Moraes	ISCMSP	jcassiom63@gmail.com	(11) 9 9973-6891	José Cassio
23	Julio Henrique Rosa Croda	SBMT	julicroda@gmail.com	(67) 9 8122-9959	Julio Henrique Rosa Croda
24	Lely Stella Guzmán Barrera	OPAS/OMS	guzmanlel@opas.org		Lely Stella Guzmán Barrera
25	Lily Yin Weckx		lily.crie@huhsp.org.br	(11) 9 8296-9657	Lily Yin Weckx
26	Luiza Helena Falleiros Arlant	SBIM	lhfarlant@gmail.com	(11) 9 9659-4652	Luiza Helena Falleiros Arlant
27	Marcelo Wada	CGVDI / DPNI / SVSA / MS	marcelo.wada@saude.gov.br	61 985223	Marcelo Wada
28	Marco Aurelio P. Safadi		masafadi@uol.com.br	(11) 9 9984-2584	Marco Aurelio P. Safadi
29	Margareth Maria Pretti Dalcolmo	Fiocruz	margarethdalcolmo@gmail.com	(21) 9 9989-4904	Margareth Maria Pretti Dalcolmo
30	Maria Angela Wanderley Rocha		mangelarocha@uol.com.br	(81) 9 9976-4567	Maria Angela Wanderley Rocha
31	Maria Guida Carvalho de Moraes	DPNI / SVSA / MS			Maria Guida Carvalho de Moraes
32	Marta Heloisa Lopes	USP	mahlopes@usp.br	(11) 9 9128-0778	Marta Heloisa Lopes

Marta Heloisa Lopes

Epi SUS

marta.glehn@saude.gov.br

61 98139-9542

Ana Carolina Cunha Manios

CGICI / PNI

ana.manios@

Carla Domingues

consultora
OPASCMASDOMINOVES
EMAIL.COM

61 99970 6873

assunto

Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS

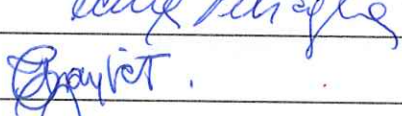
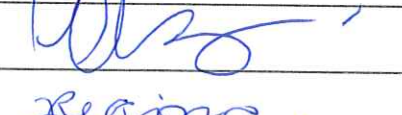
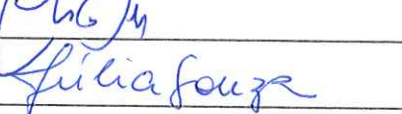
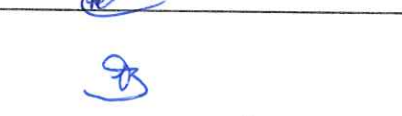
Coordenação-geral do Programa Nacional de Imunização

Evento: Reunião da Câmara Técnica de Assessoramento de Imunizações - CTAI

Data: 03/07/2023

Horário: 9H as 19H

Local: Auditório - PO700

Nº	NOME	INSTITUIÇÃO	E-MAIL	TELEFONE	ASSINATURA
33	Martha Elizabeth Brasil da Nobrega	DPNI / SVSA / MS	martha.nobrega@saude.gov.br	91 98413809	
34	Monica Levi	SBIM	monica.levi@uol.com.br	(11) 9 8242-8861	
35	Nereu Henrique Mansano	CONASS			
36	Regina Coelum Barbosa Falcão Da Silva	CGVDI / DPNI / SVSA / MS	regina.falcao@saude.gov.br		
37	Renato de Avila Kfour	SBP	renatokfour@uol.com.br	(11) 9 9127-5992	
38	Ricardo Gadelha de Abreu	SAPS			
39	Roberta Mendes Abreu Silva	EG FARM DPNI SVSA	roberta.mendes@saude.gov.br	(61) 993346038	
40	Rosana Richtmann	SBI	rrichtmann@uol.com.br	(11) 9 9944-4507	
41	Tânia Cristina de Mattos Barros Petraglia	SBP	taniapetraglia@gmail.com	(21) 9 9863-3906	
42	Thayssa Neiva da Fonseca Viter	CGGI / DPNI / SVSA / MS	thayssa.fonseca@saude.gov.br		
43	Thiago Fernandes da Costa	DPNI / SVSA / MS	thiago.fernandes@saude.gov.br		
44	Isabella Ballalai	SBIM	iballalai@terra.com.br	21 985257756	
45	Regina Cília M. S. Silva	CGICI	reginae.mloca	3460	
46	Luciana Demétrio Leite	NUGM SVSA	luciano.leite@saude.gov.br	77 37	
47	Julia Souza Vidal	Anvisa	julia.vidal@anvisa.gov.br	3	
48	Paulo Henrique B. Pacheco	CGFAD / DPNI	paulo.h.pacheco@saude.gov.br	(63) 981283489	
49	Isaura de Castro Pacheco Barros	CGICI / DPNI	isaura.pacheco@saude.gov.br	63 982307007	
50	Jeniffer Almeida Maciel	CGICI / DPNI	jeniffer.maciel@saude.gov.br	(61) 99396-6372	

Seionameri Lano Violo Oliveira OPAS violaosei@paho.org (11) 995512131

Caroline Gova - CGVI caroline.alus@saude.gov.br (27) 999257159

Ana Catarina de Fátima Melo ana.melo@saude.gov.br 032920834

Jacirene Gonçalves Lima Franco - CIMVAC/SAPS - jacirene.franco@saude.gov.br (61) 9854563

Mônica de Araújo Feres da Silva - HCB - monica.silva@heb.ry.br - 61 999893422

Rodrigo Otávio P. S. Soares - CGICI - rodrigo.soares@saude.gov.br - 61 98116-3874

Sulene de Fátima Pereira - CGICI - sulene.pereira@saude.gov.br

Kalleianna Paula Duarte Gamulka - SBTEIM - kalleianna@gmail.com

Danielle Gomes Dell'Orti - CGTM/DATI/SVSA - danielle.okellorti@saude.gov.br 98111-2
(61-981089349)

Fernanda Dockhorn Costa - CGTM/DATI/SVSA - FERNANDA.DOCKHORN
@SAUDE.GOV.BR. 61 981463206