



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

VEREADOR EDUARDO TUMA

Folha nº 01 do PL
Nº 01-228 14
Adelina Ciccone - Ass. Parlamentar
RF 100 406

Projeto de Lei nº

01 - PL
01-00228/2014

RECEBUE
11/09 SET. 2014

"Institui o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos".

A Câmara Municipal de São Paulo **D E C R E T A**:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Município de São Paulo, o "Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos".

Art. 2º O Programa instituído no artigo 1º desta Lei será destinado a cidadãos com 60 (sessenta) anos ou mais, que solicitem por si mesmos, por familiares ou terceiros por eles responsáveis, a aplicação das vacinas nesta Lei especificadas no próprio domicílio.

Parágrafo Único - O direito a que se refere o caput deste artigo aplica-se exclusivamente aos idosos que comprovadamente estejam impossibilitados de se deslocar até os locais de vacinação.

Art. 3º As vacinas a serem aplicadas dentro do programa, serão:

I - vacina contra a gripe (influenza);

II - vacina contra a pneumonia (pneumococo);

III - vacina contra difteria e tétano (dupla adulto - dt);

IV - vacinas tornadas obrigatórias eventualmente, por força de lei; e

V - doses de reforço, inclusive de outros tipos de vacina, quando for o caso.

Art. 4º O programa de vacinação de que trata a presente Lei será desenvolvido por meio da atuação da Secretaria Municipal da Saúde, a quem competirá fornecer as vacinas e os profissionais para sua aplicação.

§ 1º As solicitações de vacinação a domicílio serão feitas na Secretaria Municipal da Saúde, onde terá um cadastro com o nome de todos os cidadãos com mais de 60 (sessenta anos), seu domicílio, seu telefone e o nome da pessoa que solicitou o atendimento, quando for o caso.

§ 2º A Secretaria Municipal da Saúde disponibilizará para a vacinação de que trata esta Lei, no mínimo, uma equipe de apoio e um veículo para a plena consecução dos objetivos nela visados, todos devidamente habilitados.

Matéria PL 228/2014. O arquivo migrado do ECM não contém assinaturas.

RECEBUE
14 MAI 2014

Segue(m) justifica(s), nesta data,
documentos justificante(s) sob nº
2 a 3 e fornecida informação
sob nº 4. 251.514

Ass: Adelina Cicene

Assistente Parlamentar
Registro 169.106



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

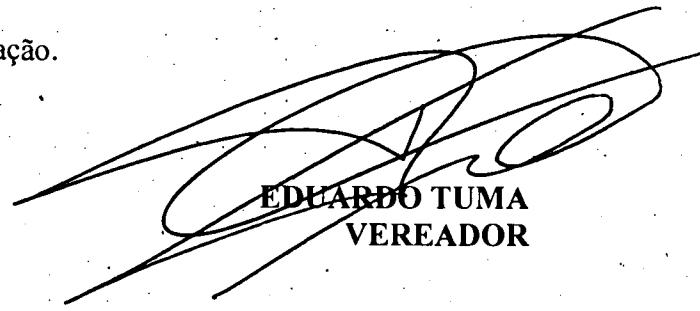
Folha nº	02	do proc	fls. 2
Nº	01.228		14
Adelina Ciconi - Ass. P.			
RF 100 406			

Art. 5º O Programa instituído nesta Lei poderá ocorrer durante todo o ano, mas sua realização será executada prioritariamente no período de campanha de vacinação de idosos fixado pelo Poder Público.

Art. 6º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão a conta de dotação orçamentária própria, suplementadas, se necessário.

Art. 7º Esta Lei será regulamentada pelo Poder Executivo, no que couber, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados de sua publicação.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.


**EDUARDO TUMA
VEREADOR**



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

autuado em 30/09/2015 00:00:00

Folha nº 03 de 03

Nº 01-228 14

Adelina Ciccone - Adv. Parlamentar

RF 100 406

JUSTIFICATIVA

O idoso, em alguns casos, fica com seu estado de saúde debilitado e muitas vezes não tem condições físicas e financeiras de locomoção.

O projeto visa facilitar a vida dos idosos com 60 (sessenta) anos ou mais que, por algum motivo justificado, estejam impossibilitados de se deslocar até um posto de saúde ou até mesmo a um local de vacinação para a aplicação de vacinas.

Dessa forma, em virtude da importância da matéria, com repercussão imediata na garantia dos idosos do direito à saúde, constitucionalmente consagrado, conto, desde já, com o apoio de meus pares a presente iniciativa, nesta ilustre Casa de Leis.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 01

do processo nº 01-228 de 20 14, 15, 5, 14 (a) 01

Adelina Cicone
Assistente Administrativa
Registro 100.406

LIDO HOJE
ÀS COMISSÕES DE:
COMISSÃO DE JUSTIÇA 14 MAI 2014
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
QUESTÃO PROPOSTA PROCL. THAZALY ENRIQUEL
FINANÇAS E ORÇAMENTO
PRESIDENTE

CLAUDINHO DE SOUZA

À Procuradoria – Setor de Pesquisa e Assessoria de Análise Prévia das Proposituras
Efetuada a autuação, encaminho os presentes autos para prosseguimento.

15 MAI 2014

Jader Augusto Pimenta
Supervisor – SGP.22

15/05/14
Tere

1600

16/5/14

17:30

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Seguem, juntados nesta data Panel para Informação Documento rubricados sob

Folhas de nºs 05 a 53 em 11/06/2014

M. J. de Jesus
Técnico Administrativo
RF 10040

Folha nº 05 do proc.
Nº 01-0228 de 2014
O funcionário
Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo-RE 10.940



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
PROCURADORIA

SETOR DE PESQUISA, ASSESSORIA E ANÁLISE PRÉVIA

PL Nº 228/14

Realizada a pesquisa no APL (Banco de Dados da Câmara Municipal de São Paulo), www.senado.gov.br, www.al.sp.gov.br e no site www.prefeitura.sp.gov.br/legislação, a respeito do assunto foi localizado o seguinte:

- Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;
- Decreto Federal nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;
- Informe Técnico sobre Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza, Brasília, 2014;
- Lei Municipal nº 12.426, de 16 de abril de 1997, que cria o dia municipal de vacinação do idoso e o programa de vacinação em idosos internados ou recolhidos em instituições geriátricas; regulamentada pelo Decreto nº 36.851/97;
- Lei Municipal nº 12.940, de 7 de dezembro de 1999, que institui o Programa Terceira Idade em Movimento, e dá outras providências;
- Lei Municipal nº 13.725, de 9 de janeiro de 2004, que institui o Código Sanitário do Município de São Paulo;
- Lei Municipal nº 14.725, de 15 de maio de 2008, que institui, no âmbito do Município de São Paulo, o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos, e dá outras providências; regulamentada pelo Decreto nº 49.853/08;
- PL 706/03, que introduz § único ao artigo 2º da Lei nº 12.326, de 16 de abril de 1997, e dá outras providências;
- PL 336/09, que cria a campanha municipal de vacinação anti-gripal (anti-influenza) em crianças acima de três anos e pacientes acometidos de doenças crônicas, no Município de São Paulo;
- PL 100/10, que dispõe sobre a postura proativa do Poder Público Municipal no aperfeiçoamento das campanhas de vacinação contra a gripe – “vírus influenza”, e dá outras providências;

Folha nº 06 do proc.
Nº 01-0228 de 2014
O funcionário
Maria José da Oliveira
Técnico Administrativo-RF 10.940

fls. 7



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO
PROCURADORIA**

- PL 5/13, que dispõe sobre a criação e inclusão do programa PROJETO CIDADANIA APRENDER BRINCANDO, a ser implantado na rede ensino público no Município de São Paulo, e dá outras providências;

- PL 561/13, que institui Plano Municipal de vacinação contra a gripe para doadores de sangue e dispõe sobre a administração da vacina na Cidade de São Paulo, e dá outras providências.

A pesquisa legislativa constatou a existência da Lei nº 14.725, de 15 de maio de 2008, que já institui no âmbito do Município de São Paulo o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos. Contudo, apesar de semelhante, o presente PL possui alguns dispositivos que não constam da Lei, especificamente o art. 4º, que atribui à Secretaria Municipal de Saúde competência para desenvolvimento do Programa, realização de cadastro e obrigatoriedade de disponibilização de vacinas, equipe de apoio e veículo, bem como o art. 5º, que alterando a redação original da Lei, dispõe que a campanha será realizada prioritariamente apenas no período de campanha de vacinação de idosos fixado pelo Executivo e não durante o outono.

Pelas razões expostas não se aplica a restrição constante do art. 212, inciso IV, do Regimento Interno, segundo o qual serão devolvidas ao autor as proposições que disponham no sentido de lei existente. Por outro lado, é possível durante a tramitação da proposta sua adequação tendo em vista o disposto no art. 2º, § 1º, da Lei de Introdução ao Código Civil e no art. 7º, inciso IV, da Lei Complementar Federal nº 95, de 26 de fevereiro de 1998.

Cópia(s) do(s) texto(s) normativo(s) acima indicado(s) acompanha(m) a presente informação.

À Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, conforme despacho do Sr. Presidente de fls. 04.

São Paulo, 11 de junho de 2014.

Marcella Falbo Giacaglia
Procuradora Supervisora do Setor de Pesq. e Análise Prévia
OAB/SP 111.393



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

Folha nº 07 do procl. 8
Nº 01-02228 de 20 14
funcionário
Maria José da Oliveira
Técnico Administrativo-RE 10.940

LEI Nº 6.259, DE 30 DE OUTUBRO DE 1975.

Regulamento

Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **CONGRESSO NACIONAL** decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art 1º Consoante as atribuições que lhe foram conferidas dentro do Sistema Nacional de Saúde, na forma do artigo 1º da Lei nº 6.229, inciso I e seus itens a e d, de 17 de julho de 1975, o Ministério da Saúde, coordenará as ações relacionadas com o controle das doenças transmissíveis, orientando sua execução inclusive quanto à vigilância epidemiológica, à aplicação da notificação compulsória, ao programa de imunizações e ao atendimento de agravos coletivos à saúde, bem como os decorrentes de calamidade pública.

Parágrafo único. Para o controle de epidemias e na ocorrência de casos de agravo à saúde decorrentes de calamidades públicas, o Ministério da Saúde, na execução das ações de que trata este artigo, coordenará a utilização de todos os recursos médicos e hospitalares necessários, públicos e privados, existentes nas áreas afetadas, podendo delegar essa competência às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios.

TÍTULO I

Da Ação de Vigilância Epidemiológica

Art 2º A ação de vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde.

§ 1º Compete ao Ministério da Saúde definir, em Regulamento, a organização e as atribuições dos serviços incumbidos da ação de Vigilância Epidemiológica, promover a sua implantação e coordenação.

§ 2º A ação de Vigilância Epidemiológica será efetuada pelo conjunto dos serviços de saúde, públicos e privados, devidamente habilitados para tal fim.

TÍTULO II

Do Programa Nacional de Imunizações

Art 3º Cabe ao Ministério da Saúde a elaboração do Programa Nacional de Imunizações, que definirá as vacinações, inclusive as de caráter obrigatório.

Parágrafo único. As vacinações obrigatórias serão praticadas de modo sistemático e gratuito pelos órgãos e entidades públicas, bem como pelas entidades privadas, subvencionadas pelos Governos Federal, Estaduais e Municipais, em todo o território nacional.

Art 4º O Ministério da Saúde coordenará e apoiará, técnica, material e financeiramente, a execução do programa, em âmbito nacional e regional.

§ 1º As ações relacionadas, com a execução do programa, são de responsabilidade das Secretarias de Saúde das Unidades Federadas, ou órgãos e entidades equivalentes, nas áreas dos seus respectivos territórios.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá participar, em caráter supletivo, das ações previstas no programa e

assumir sua execução, quando o interesse nacional ou situações de emergência o justificarem. 08 do proc. 0228 de 2014 fls. 9

§ 3º Ficará, em geral, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social, por intermédio da Central de Medicamentos, o esquema de aquisição e distribuição de medicamentos, a ser custeado pelos órgãos federais interessados.

Art 5º O cumprimento da obrigatoriedade das vacinações será comprovado através de Atestado de Vacinação.

§ 1º O Atestado de Vacinação será emitido pelos serviços públicos de saúde ou por médicos em exercício de atividades privadas, devidamente credenciados para tal fim pela autoridade de saúde competente.

§ 2º O Atestado de Vacinação, em qualquer caso, será fornecido gratuitamente, com prazo de validade determinado, não podendo ser retido, por nenhum motivo, por pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado.

§ 3º Anualmente, para o pagamento do salário-família, será exigida do segurado a apresentação dos Atestados de Vacinação dos seus beneficiários, que comprovarem o recebimento das vacinações obrigatórias, na forma que vier a ser estabelecida em regulamento.

Art 6º Os governos estaduais, com audiência prévia do Ministério da Saúde, poderão propor medidas legislativas complementares visando ao cumprimento das vacinações, obrigatórias por parte da população, no âmbito dos seus territórios.

Parágrafo único. As medidas de que trata este artigo serão observadas pelas entidades federais, estaduais e municipais, públicas e privadas, no âmbito do respectivo Estado.

TÍTULO III

Da Notificação Compulsória de Doenças

Art 7º São de notificação compulsória às autoridades sanitárias os casos suspeitos ou confirmados:

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

II - de doenças constantes de relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada Unidade da Federação, a ser atualizada periodicamente.

§ 1º Na relação de doenças de que trata o inciso II deste artigo será incluído item para casos de "agravo, inusitado à saúde".

§ 2º O Ministério da Saúde poderá exigir dos Serviços de Saúde a notificação negativa da ocorrência de doenças constantes da relação de que tratam os itens I e II deste artigo.

Art 8º É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas em conformidade com o artigo 7º.

Art 9º A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art 10. A notificação compulsória de casos de doenças tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação do paciente de doenças referidas neste artigo, fora do âmbito médico-sanitário, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de grande risco à comunidade a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio do paciente ou do seu responsável.

Art 11. Recebida a notificação, a autoridade sanitária é obrigada a proceder à investigação epidemiológica, 10
pertinente para elucidação do diagnóstico e averiguação da disseminação da doença na população sob o fisco.

Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo-RF 10.940

Parágrafo único. A autoridade poderá exigir e executar investigações, inquéritos e levantamentos epidemiológicos junto a indivíduos e a grupos populacionais determinados, sempre que julgar oportuno visando à proteção da saúde pública.

Art 12. Em decorrência dos resultados, parciais ou finais, das investigações, dos inquéritos ou levantamentos epidemiológicos de que tratam o artigo 11 e seu parágrafo único, a autoridade sanitária fica obrigada a adotar, prontamente, as medidas indicadas para o controle da doença, no que concerne a indivíduos, grupos populacionais e ambiente.

Art 13. As pessoas físicas e as entidades públicas ou privadas, abrangidas pelas medidas referidas no artigo 12, ficam sujeitas ao controle determinado pela autoridade sanitária.

TÍTULO IV

Disposições Finais

Art 14. A inobservância das obrigações estabelecidas na presente Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sujeitando o infrator às penalidades previstas no Decreto-lei nº 785, de 25 de agosto de 1969, sem prejuízo das demais sanções penais cabíveis.

Art 15. O Poder Executivo, por iniciativa do Ministério da Saúde, expedirá a regulamentação desta Lei.

Art 16. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 30 de outubro de 1975; 154º da Independência e 87º da República.

ERNESTO GEISEL

José Carlos Seixas

L. G. do Nascimento e Silva

Este texto não substitui o publicado no DOU de 31.10.1975



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 78.231, DE 12 DE AGOSTO DE 1976.

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

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

DECRETA:

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

TÍTULO I

Do Sistema de Vigilância Epidemiológica e da Notificação Compulsória de Doenças

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

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

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

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

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

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

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

§ 2º Em Municípios onde não for identificado serviço de saúde para assumir funções próprias do Sistema, e

autuado em 30/09/2015 00:00:00.
não houver possibilidade de instalar um Posto de Notificação, a Secretaria de Saúde definirá o detentor de cargo público para executar as ações de vigilância epidemiológica que neste caso se resumirão à recepção e encaminhamento das notificações de doenças. **HS. 11**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 9º Constituem funções dos Órgãos Regionais:

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

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

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

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

O presente documento não contém assinaturas.
Materiais de 22/08/2014. O Cadastro Nacional de Doenças de Notificação Compulsória (CNDNC) foi criado em 1990.
Técnico Administrativo - RF 1990

fls. 12

IV - O dirigente de estabelecimento de ensino em geral, público ou particular, sobretudo quando ~~for~~ houver sido feita a comunicação de suspeita de doença de notificação compulsória em pessoa de seu estabelecimento

nas áreas
o apoio
s.
deverão
os meios
desenvolvidas
n sistema
diretamente
que se refere

o (un
e Saúde que
olidariamente
suspensão pu
ch José
e Saúde que
onsáveis per
do the hou
estabelecimento

Técni
40

o (un
e Saúde que
olidariamente
suspensão pu
ch José
e Saúde que
onsáveis per
do the hou
estabelecimento

Matéria B
e o qual m
mido do ECM não contém assinaturas.

de ensino, por qualquer membro do corpo docente, pais ou responsáveis por seus filhos;

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

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

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

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

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

TÍTULO II

Do Programa Nacional de Imunizações e das Vacinações de Caráter Obrigatório

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

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

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

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

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

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

III - Reunam condições operacionais para a execução das ações.

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

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

Art. 30. São responsáveis institucionais pela vacinação obrigatória:

I - O Ministério da Saúde, em âmbito nacional;

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

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

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

I - Executar as vacinações;

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

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

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

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

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

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

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

III - Estabelecer normas básicas para a execução das vacinações;

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

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

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

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

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

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

IV - Manter a rede Centro de Vacinação;

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

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

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

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

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

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

Art. 34. Constituem funções dos Centros de Vacinação:

Matéria em tramitação no âmbito do ECM não contém assinaturas.
Nº 001-02282-1
Funcionário Público
Maria J. de Oliveira
T. Administrativo - 10.940

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

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

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

IV - Manter o registro das vacinações realizadas;

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

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

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

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

II - Registrar as vacinações que executarem;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I - Os elementos de identificação civil da pessoa vacinada;

II - O tipo e a data da vacina aplicada;

III - A identificação do serviço de saúde onde a vacinação se realizou;

IV - A rubrica do executor da vacinação.

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

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

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

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

TÍTULO III

Das Disposições Finais e Transitórias

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ERNESTO GEISEL

Paulo de Almeida Machado

Este texto não substitui o publicado no DOU de 13.8.1976

Técnico Administrativo - RF 10.940

Maria José de Oliveira
Nº 01-0220-10
O funcionário
15 de agosto de 2014

Informe Técnico

Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza

Brasília, 2014

Apresentação

A influenza é uma doença respiratória infecciosa de origem viral, e é um problema de saúde pública no Brasil. Esta patologia pode levar a complicações graves e ao óbito, especialmente nos grupos de alto risco para as complicações da infecção viral (crianças menores de 5 anos de idade, gestantes, adultos com 60 anos ou mais, portadores de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais). A cada ano esta gripe pode se apresentar de forma diferente, assim como a infecção pode afetar diferentemente as pessoas.

A principal intervenção preventiva para este agravo é a vacinação. A campanha anual, realizada desde 1999, entre os meses de abril e maio, vem contribuindo ao longo dos anos para a prevenção da gripe nos grupos vacinados, além de apresentar impacto na redução das internações hospitalares, gastos com medicamentos para tratamento de infecções secundárias e mortes evitáveis.

Em 2014, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, lança a **16ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza**, no período de **22 de abril a 09 de maio de 2014**, sendo **26 de abril**, o dia de mobilização nacional.

Nesta campanha, além de indivíduos com 60 anos ou mais de idade, serão vacinados os trabalhadores de saúde, os povos indígenas, as crianças na faixa etária de 6 meses a menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias), as gestantes, as puérperas (até 45 dias após o parto), os grupos portadores de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais, a população privada de liberdade e os funcionários do sistema prisional. O público alvo, portanto, representará aproximadamente **49,6 milhões** de pessoas.

Esta ação envolve as três esferas gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), contando com recursos da União, das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Estima-se o funcionamento de cerca de **65 mil postos de vacinação**, com o envolvimento de **240 mil pessoas** e a utilização de **27 mil veículos** (terrestres, marítimos e fluviais).

Neste ano, os recursos federais, transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios, referentes à campanha de vacinação anual contra a influenza estão incluídos nos valores do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), conforme normatizado no parágrafo 1º do artigo 1º da Portaria nº 1.596/GM/MS, de 02/08/2013.

folha nº 14 de 14
Nº 01-00000000 de 2014
O funcionário
Marta José de Brito
Técnica Administrativo-RF 10.940

1. Introdução

A influenza é uma das grandes preocupações das autoridades sanitárias, devido ao seu impacto na mortalidade, que aumenta substancialmente durante as epidemias sazonais e pelo risco de pandemias. A doença é causada por vírus que têm distribuição global. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que 5 a 15% da população sejam acometidos e que, globalmente, a influenza cause 3 a 5 milhões de casos graves e 250.000 a 500.000 mortes todos os anos.¹

Somado ao aumento da mortalidade, as epidemias anuais de influenza geram enorme demanda aos serviços de saúde, grande número de hospitalizações e altos gastos, existindo ainda o risco da emergência de novas cepas capazes de causar pandemias.² A OMS, por meio do Programa Global de Influenza, monitora a atividade global da doença desde 1952, contando atualmente com 141 centros de referência em 111 países. Os dados epidemiológicos e laboratoriais disponíveis sobre a circulação dos vírus podem ser encontrados no site da OMS (<http://www.who.int/influenza/gisrs>) e em informes técnicos periódicos publicados pelas autoridades de saúde.

Os vírus influenza são da família dos Ortomixovírus e subdividem-se em três tipos: A, B e C, de acordo com sua diversidade genética. Os vírus A são classificados em subtipos de acordo com as variações antigênicas em suas proteínas de superfície H (hemaglutina) e N (neuraminidase) e as cepas B em duas linhagens geneticamente distintas, *Yamagata* e *Victoria*. Os tipos A e B sofrem frequentes mutações e são responsáveis pelas epidemias sazonais, também por epidemias de doenças respiratórias que ocorrem em quase todos os invernos, com duração de quatro a seis semanas e que, frequentemente, são associadas com o aumento das taxas de hospitalização e morte por pneumonia, especialmente em pacientes que apresentam condições e fatores de risco. Os vírus C raramente causam doenças graves e apenas os vírus A têm sido identificados nas pandemias.²

A transmissão dos vírus influenza ocorre por meio do contato com secreções das vias respiratórias eliminadas pela pessoa contaminada ao falar, tossir ou espirrar (transmissão direta) ou através das mãos ou objetos contaminados (transmissão indireta), quando entram em contato com mucosas (boca, olhos, nariz).² Os vírus influenza estão presentes nas secreções respiratórias eliminadas por pessoas infectadas tanto em partículas grandes quanto em aerossóis e a quantidade de partículas eliminada é maior em pessoas com sintomas mais graves.^{3,4} Estudo recente evidenciou que os vírus podem sobreviver por meses em superfícies lisas não porosas. A sobrevivência é maior em baixas temperaturas e condições de alta umidade.⁵

A excreção viral nas secreções nasais usualmente surge 24 horas antes do início dos sintomas, dificultando a instituição de medidas profiláticas medicamentosas para a prevenção da doença. A excreção viral é máxima nos primeiros três dias após início dos sintomas, coincidindo com a piora clínica e aumento da temperatura. A maioria dos adultos é capaz de infectar outras pessoas de um dia antes do início dos sintomas, até 5 a 7 dias após adoecer.^{2,3}

Crianças podem eliminar os vírus por até duas semanas, enquanto pessoas imunocomprometidas podem excretá-los por períodos mais prolongados, até meses. A elevada transmissibilidade dos vírus influenza faz com que eles se disseminem facilmente, causando surtos e epidemias. A transmissão é muito elevada em ambiente domiciliar, creches, escolas e em ambientes fechados ou semi fechados, dependendo não apenas da infectividade das cepas, mas também do número e intensidade dos contatos entre pessoas de diferentes faixas etárias.^{2,9}

O uso precoce de antivirais (até 48 horas após início dos sintomas) reduz a excreção dos vírus e a gravidade da doença, sendo indicada para grupos de risco para complicações, independentemente do histórico de vacinação e confirmação laboratorial. As recomendações para

uso de antivirais são atualizadas de acordo com informações sobre o tipo de vírus de influenza circulante bem como a prevalência de resistência aos medicamentos antivirais entre estes.¹⁰⁻¹³

1.1 Manifestações clínicas

O período de incubação dos vírus Influenza varia entre um e quatro dias. Os sinais e sintomas da doença são muito variáveis, podendo ocorrer desde a infecção assintomática, mais comum em pessoas previamente imunes, até formas graves que podem causar a morte, mais comuns em idosos e pessoas portadoras de algumas comorbidades.

A **síndrome gripal**, que se caracteriza pelo aparecimento súbito de febre, cefaléia, dores musculares (mialgia), tosse, dor de garganta e fadiga é a manifestação mais comum. Nos casos mais graves existe dificuldade respiratória associada, que geralmente requer hospitalização; nesta situação, denominada síndrome respiratória aguda grave (**SRAG**), é obrigatória a notificação às autoridades de saúde.¹⁰

Durante a época de maior circulação dos vírus, os vírus influenza são identificados em até 30% dos casos de síndrome gripal, principal causa de consulta média em serviços ambulatoriais e um aumento paralelo nas taxas de hospitalização por pneumonia, por isso, os registros de pneumonia e influenza são computados em conjunto.^{2,14-20}

Os surtos de influenza em ambientes fechados ou semi fechados (prisões, ambientes aglomerados, dentre outros) são comuns e podem ser causados tanto pelos vírus A como B, que frequentemente co-circulam.^{2,3,20-27}

Embora a maioria das infecções por influenza tenha evolução autolimitada, a febre, em geral, é alta (38° C a 40° C), podendo desencadear convulsão febril em crianças e levar ao absenteísmo à escola e ao trabalho. A febre, em geral, dura 3 a 5 dias, mas a tosse e a fadiga podem se prolongar por duas semanas ou mais. Lactentes jovens infectados pelos vírus influenza podem apresentar quadro semelhante a um quadro séptico. Infecções de mucosas, como otite e sinusite, e o agravamento de crises de asma e bronquite crônica são muito comuns.²

A complicação da influenza que mais frequentemente leva à hospitalização e à morte é pneumonia, que pode ser causada pelo próprio vírus ou por superinfecção bacteriana. Em populações não vacinadas, a maioria das mortes por influenza sazonal é registrada em idosos; entretanto, as taxas de hospitalizações em crianças menores de cinco anos são tão elevadas quando as observadas em idosos.^{2,3,10,11}

Em adultos, a maioria das complicações e mortes ocorre em pessoas portadoras de doenças de base, enquanto em crianças menores de cinco anos de idade, a maioria das hospitalizações e quase metade das mortes ocorre em crianças previamente saudáveis, particularmente, no grupo menor de dois anos de idade.^{2,3}

Frequentemente, a influenza causa exacerbação de doenças crônicas cardiovasculares, pulmonares (DPOC, asma), metabólicas (particularmente diabetes), pode desencadear infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, causar miocardite, pericardite, miopatia, rabdomiólise e diversas manifestações neurológicas (convulsão, encefalite, síndrome de Guillain Barré). Durante o pico de atividade da influenza, existe nítido aumento das hospitalizações e mortes por doença cardíaca isquêmica e acidente vascular cerebral.^{1-3,28} De acordo com o estudo de Mortalidade por Doença Cardíaca e Diabetes, as mortes causadas por infarto agudo do miocárdio, doença vascular e diabetes não são contadas entre as mortes por Pneumonia e Influenza. Como a infecção viral prévia é fator de risco para essas mortes, o impacto da influenza certamente é subestimado.³

Dependendo da virulência das cepas circulantes, o número de hospitalizações e mortes aumenta substancialmente, não apenas por infecção primária, mas também devido às infecções secundárias por bactérias.^{2,3,10,15-19}

Os vírus influenza são os mais frequentemente identificados nos casos de síndrome gripal e também nos casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG), mas a infecção pode causar sintomas que se confundem com os encontrados em diversas outras infecções virais e bacterianas. Lactentes e idosos podem não apresentar febre quando infectados pela influenza. Embora pessoas infectadas pelos vírus influenza apresentem com frequência comprometimento das vias aéreas superiores, com congestão nasal, rinorréia, tosse, rouquidão, as manifestações sistêmicas, como febre, mal-estar, mialgia são mais frequentes e a duração dos sintomas é maior do que a observada nas infecções por outros vírus causadores de infecções respiratórias agudas, como rinovírus e vírus sincicial respiratório ^{2,3}.

A maioria das pessoas infectadas se recupera dentro de uma a duas semanas sem a necessidade de tratamento médico. No entanto, nas crianças muito pequenas, idosos, gestantes, pessoas que apresentam doenças de base ou pertencem a grupos mais sujeitos à infecção (pessoas providas de liberdade, indígenas, pessoas que vivem em ambientes aglomerados) a infecção pode levar a formas clinicamente graves, pneumonia e morte ^{2,3,10,11}.

A OMS estima que cerca de 1,2 bilhões de pessoas apresentam risco elevado para complicações da influenza: 385 milhões de idosos acima de 65 anos de idade, 140 milhões de crianças, e 700 milhões de crianças e adultos com doença crônica. Além disso, há necessidade de proteger os profissionais que atuam na assistência a doentes visando à preservação desta força de trabalho e secundariamente evitar a propagação da doença para a população de alto risco ¹.

Desta forma o controle da influenza requer uma vigilância qualificada, somada às ações de imunizações anuais, direcionadas especificamente aos grupos de maior vulnerabilidade e com maior risco para desenvolver complicações.

A vacinação anual é recomendada para proteção contra a influenza, sendo recomendada para os grupos alvos definidos pelo Ministério da Saúde, mesmo que já tenham recebido a vacina na temporada anterior, pois se observa queda progressiva na quantidade de anticorpos protetores. Esta recomendação é válida mesmo quando a vacina indicada contém as mesmas cepas utilizadas no ano anterior.

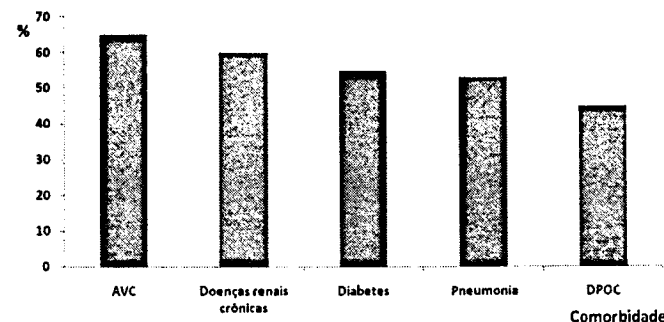
1.2 Influenza em grupos de risco

Os casos de SRAG e mortes por influenza são bem mais comuns entre menores de 2 anos, idosos, gestantes e pessoas com história de patologias crônicas, podendo elevar as taxas de morbimortalidade nestes grupos específicos. ^{2,3,9,11,28-35}

Profissionais de saúde são mais expostos à influenza e estão incluídos nos grupos prioritários para vacinação não apenas para sua proteção individual, mas também para evitar a transmissão dos vírus aos pacientes de alto risco. ^{2,3,9,10,36}

A vacinação contra influenza tem contribuído na redução da mortalidade em indivíduos portadores de doenças crônicas, tais como: doença cardiovascular; Acidente Vascular Cerebral (AVC); doenças renais, diabetes, pneumonias, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); dentre outras, conforme mostra a Figura 1. Entre as possíveis condições de risco para a ocorrência de complicações por influenza, a presença de pelo menos uma comorbidade foi mais frequente entre os acometidos. ^{1,3,9,10}

Figura 1. Vacinação contra influenza e a redução da mortalidade por causa específica*



*10 meses de seguimento de 35.637 vacinados e 67.061 não vacinados ≥65 anos, Taiwan

Fonte: NOTA TÉCNICA N.º 192/2012/CGPNI/DEVEP/SVS/MS⁹

Alguns estudos demonstram que a vacinação pode reduzir entre 32% a 45% o número de hospitalizações por pneumonias, e de 39% a 75% a mortalidade global. Entre os residentes em lares de idosos, pode reduzir o risco de pneumonia em aproximadamente 60%, e o risco global de hospitalização e morte, em cerca de 50% a 68%, respectivamente. Reforem ainda redução de mais de 50% nas doenças relacionadas à influenza. ^{1,3,37-44}

Nichol e colaboradores (2007)³⁷ publicaram na *New England Journal of Medicine* o efeito da vacinação antigripe em idosos durante 10 anos, em três regiões norte-americanas (EUA) diferentes. Eles demonstraram que a vacinação foi associada a uma diminuição média de 27% no risco de hospitalização por pneumonia ou influenza no inverno e a uma redução de 48% no risco de morte por qualquer causa. Essa redução no risco de morte ocorre devido à associação do infarto do miocárdio e derrame à influenza.

Conforme os dados de meta-análise publicados em 2011 ³⁸ no jornal "*The Lancet*", onde foram analisados 31 estudos no período de 1967 a 2011, sobre a eficácia e efetividade das vacinas influenza, encontrou-se uma eficácia geral de 67% neste período. A população com maior benefício foi a de adultos entre 18 e 55 anos de idade, HIV positivos (76%), adultos saudáveis entre 18 e 46 anos de idade (70%) e crianças saudáveis com idade entre 6 e 24 meses (66%). Em relação a segurança desta vacina, diversos estudos recentes revelaram que a vacina é muito segura, sendo a dor local o evento adverso mais comum nos vacinados em comparação com os que receberam placebo, não sendo encontradas evidências de que a vacina causasse outros eventos sistêmicos graves, como febre alta ou Síndrome de Guillain-Barré (SGB). ^{2,3,39-44}

As controvérsias sobre a efetividade da vacina em idosos, lactentes jovens e portadores de algumas comorbidades se devem a diversos fatores de confusão nos estudos incluídos nas diversas metanálises: realização em populações diversas, com diferentes patologias e critérios para confirmação dos casos. Além disso, em muitos estudos não são levados em conta alguns fatores como sazonalidade, necessidade de avaliar proteção somente duas semanas após a administração da vacina, e similaridade entre as cepas circulantes e as cepas incluídas nas vacinas. ^{2,3,39-44}

Apesar de todas essas controvérsias, as políticas de vacinação de idosos devem ser mantidas, lembrando-se que a vacinação embora não confira proteção completa nem proteção contra todas as causas de morte, previne aproximadamente 30% dos casos fatais e não fatais em idosos, independentemente da etiologia, 40% dos casos de síndrome gripal e 50 a 70% das mortes em que o vírus Influenza foi identificado em laboratório ⁴⁴.

Um estudo realizado no Brasil, sobre o perfil da morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza (incluindo os códigos do CID-9 e CID-10 referentes a pneumonias, influenza, bronquite crônica e não especificada e obstrução crônica das vias respiratórias não classificadas em outra parte) para o período anterior (1992 a 1998) e posterior (1999 a 2006) à introdução das campanhas de vacinação contra a influenza, demonstram uma redução do coeficiente, principalmente para as regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste. Uma das hipóteses levantadas nesse estudo é que a introdução da vacinação contra a influenza dirigida à população idosa a partir de 1999 tem refletido positivamente na prevenção das internações por esse agravo. ⁴⁵

Os desafios para proteger grupos de alto risco para complicações da influenza são enormes, devendo-se levar em conta que a proteção é mais baixa nos extremos de idade, como lactentes jovens e idosos, e em imunocomprometidos. Além disso, muitos portadores de doenças crônicas não estão cientes de sua condição ou não fazem tratamento regular, por isso deixam de ser vacinados. Apesar disso, a vacina influenza propicia benefícios aos vacinados e seus contatos, reduzindo dramaticamente número de casos graves, hospitalizações e mortes, mesmo entre os grupos mais vulneráveis que apresentam menor resposta à vacina. ^{1-3,9-11,30,33-46}

De acordo com dados da vigilância das SRAG hospitalizadas e mortes confirmadas por influenza no Brasil em 2013 ¹¹, observou-se que a maioria dos casos graves e mortes por influenza foi confirmada em adultos jovens (40 a 60 anos), portadores de comorbidades e que, mesmo fazendo parte do grupo alvo da vacinação, não haviam sido vacinados nem recebido quimioprofilaxia.

O número de mortes em idosos e em adultos da faixa etária de 40 a 60 anos foi praticamente o mesmo, o que pode indicar que a ampla cobertura vacinal em idosos foi capaz de reduzir o impacto em mortes. Da mesma forma, a partir da introdução da vacina para crianças de seis a 24 meses de idade, em gestantes e puérperas, reduziu significativamente o percentual de casos graves de influenza nesses grupos, em comparação com o ocorrido durante a pandemia de 2009.

Embora a maioria das mortes por influenza seja confirmada em idosos e, proporcionalmente, essas complicações ocorram com frequência muito mais elevada em pessoas com comorbidades, as crianças menores de cinco anos sem comorbidades apresentam taxas de complicações e hospitalizações tão altas quanto os idosos sem comorbidades. Nos menores de dois anos, particularmente entre os menores de seis meses de idade, o risco de hospitalização é ainda mais elevado. ^{2,3,46-55}

Ressalta-se que aproximadamente 1/3 das crianças desenvolvem a infecção, mais da metade consultam o médico e, para cada 100 crianças, ocorrem 3 a 9 prescrições adicionais de antibióticos. O número de crianças menores de cinco anos acometidas por influenza nos EUA é de 4 milhões, superior aos 3,3 milhões de casos estimados em idosos (>65 anos). Estima-se que o absenteísmo das crianças em função da infecção varie entre 2,8 e 12 dias e a doença na infância também leva ao absenteísmo dos pais ao trabalho (1,3 a 6,5 dias) ^{2,3,47-55}

Nos EUA, em média, morreram 124 crianças e adolescentes por ano, no período de 1976/77 a 2006/2007. O número foi maior durante a pandemia e em 2013. ⁵⁴ De acordo com estudo recentemente publicado por Karve et al (2013) ⁴³, de 2005 a 2009, observou-se aumento nas taxas de incidência da influenza nos EUA em quase todas as faixas etárias, sendo mais

evidente entre crianças e adolescentes. Os gastos com a doença cresceram 4 vezes nos quatro anos que antecederam a emergência da cepa pandêmica A(H1N1)pdm09.

Em relação as gestantes, o risco de complicações é muito alto, principalmente no terceiro trimestre de gestação, mantendo-se elevado no primeiro mês após o parto. ^{1-3,10,30-35}

O Comitê Consultivo em Práticas de Imunizações (ACIP), do Centro de Controle de Doenças (CDC), (2011); assim como o Comitê Técnico Assessor em Imunizações (CTAI) do Ministério da Saúde e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO) recomendam a vacinação de rotina contra a influenza para todas as mulheres gestantes durante o inverno. Durante a epidemia da influenza sazonal, pandemias anteriores e a pandemia pela influenza A (H1N1)pdm09, a gravidez colocou as mulheres saudáveis em risco aumentado, sendo as gestantes consideradas de alto risco para a morbidade e a mortalidade, reforçando a necessidade da vacinação. ^{1-3,9,10}

As puérperas apresentam risco semelhante ou maior que as gestantes de ter complicações em decorrência da influenza durante a gestação ou no período do puerpério. Mertz et al (2013) ³⁰ publicaram uma revisão sistemática e metanálise de 63.537 artigos sobre risco de complicações graves associadas à influenza e verificaram que a presença de qualquer fator de risco/comorbidade aumentou o risco de morte por influenza sazonal em 2,77 vezes quando a infecção foi causada pela cepa A(H1N1)pdm09 (pandêmica) e em duas vezes, quando a doença foi causada por outros vírus A ou B. As puérperas tiveram um risco de morte por influenza A(H1N1)pdm09 4,4 vezes maior. No Brasil, desde 2013, as puérperas, no período até 45 dias após o parto, foram incluídas no grupo alvo de vacinação ⁹.

Diversos estudos recentemente publicados comprovaram que a vacinação da gestante propicia benefícios à mãe e ao recém-nascido, reduzindo substancialmente a morbidade e o risco de hospitalização em bebês de mães vacinadas durante a gestação nos primeiros seis meses de vida. Além disso, a análise das informações sobre vacinação de gestantes e mulheres que amamentam, independentemente do trimestre em que a vacina foi administrada, mostrou-se segura para a mãe e o bebê ⁵⁵⁻⁷³.

Alguns grupos populacionais devem ser destacados tais como: os povos indígenas, as pessoas privadas de liberdade. Estes grupos são mais susceptíveis à influenza e suas complicações. Esta vulnerabilidade é evidenciada pelos indicadores de morbidade e mortalidade elevadas para patologias que podem ser controladas mediante procedimentos clínicos e medidas de controle com ações de saúde pública, como vacinação e uso de antivirais. ^{2,3,10,23-27}

Desde 2013, vem sendo ampliada a vacinação de indivíduos com comorbidades. A vacinação nos indivíduos portadores de doença de base é fundamental, considerando que há diminuição da formação de anticorpos e o sistema imune não responde satisfatoriamente, por isso a prevenção é uma ação importante para algumas doenças que se tornam mais frequentes e mais graves nesta população. ⁹ Importante destacar que, apesar do aumento da disponibilização da vacina para estes grupos no ano de 2013, a maioria das mortes confirmadas por influenza foi registrada em adultos com menos de 60 anos de idade, portadores de comorbidades, não vacinados e que receberam tardiamente tratamento antiviral. ¹¹

Diante deste contexto, para o ano de 2014, a meta é vacinar 80% da população das crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias), das gestantes, das puérperas, dos povos indígenas, das pessoas com 60 anos de idade e mais, dos trabalhadores de saúde, da população privada de liberdade e funcionários penitenciários.

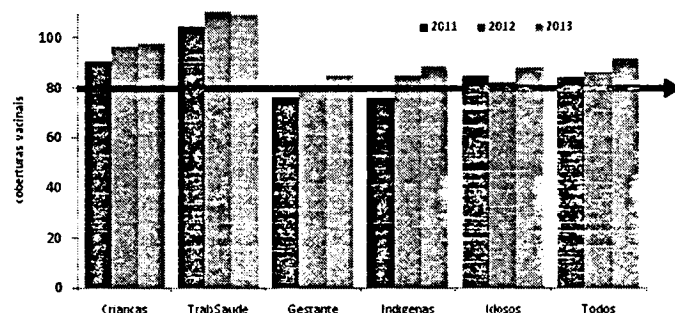
A vacinação é a forma mais efetiva de prevenir a infecção e suas complicações, mas a proteção não é completa, e o uso precoce de antivirais também é importante no manejo clínico dos casos graves ou complicados, devendo ser introduzido precocemente nos grupos de risco para reduzir as chances de complicação.

2. Campanha de vacinação contra influenza

2.1 Desempenho das campanhas de vacinação contra influenza no período de 1999 a 2013

Entre os anos de 1999 e 2010, a vacinação com a influenza sazonal estava disponível apenas para idosos e alguns grupos de risco, entretanto a avaliação de coberturas foi disponibilizada apenas para o grupo idosos, destacando-se que em 1999 a vacinação contemplou apenas a população a partir de 65 anos de idade. Neste grupo (idosos) considerando todo o período, 1999 a 2013, as coberturas vacinais se mostraram elevadas, com oscilações de valores entre 64,78% (2000) a 87,93% (2013), com registro crescente do número de doses aplicadas, elevando-se de 7,5 (1999) milhões para 18,5 milhões de doses (2013) justificando-se em função da adesão da população à vacinação e do crescimento populacional deste grupo etário. A partir de 2011 com a introdução de novos grupos elegíveis para a vacinação foram administradas em cada ano mais de 25 milhões de doses de influenza sazonal. Conforme ocorreu com a vacinação dos idosos, as coberturas vacinais nesses grupos elegíveis se mantiveram acima da meta estabelecida de 80%, exceto para o grupo de gestantes e indígenas no ano de 2011 (Figura 2).

Figura 2. Coberturas vacinais da vacina influenza sazonal por grupos prioritários e ano, Brasil, 2011 a 2013



Fonte: <http://pni.datasus.gov.br> dados finais em 13/09/2013. CV gestante estimada em 9/11 anos dos nascimentos captados pelo Sistema de Informação sobre Nascidos dos Vivos

Destaca-se que em relação ao grupo prioritário "comorbidades" estimou-se uma população aproximada de 6,8 milhões de pessoas na faixa etária de 2 a 59 anos de idade. Foram administradas em torno de 7,3 milhões de doses, correspondendo a 107,3%, ultrapassando a meta estimada. Quanto às categorias de risco elegíveis para a vacinação destacou-se "Doença Respiratória Crônica" com 3,7 milhões do total de doses aplicadas dentre todas as comorbidades. Em relação às Unidades Federadas (UF), a proporção de vacinados em 22 destas, foi superior a 80% do estimado e em sete UF foi superior a 100% destacando-se São Paulo (146,2%) e Rio Grande do Norte (137,8%). Por outro lado, a menor proporção de vacinados foi no Mato Grosso (65,5%), seguido por Alagoas e Amazonas com coberturas vacinais em torno de 72%. No que tange ao grupo privado de liberdade, a cobertura estimada ficou em 84,4%, sendo maior que 80% em 16 UF e destas em oito UF, as coberturas forma superiores a 100%. O menor desempenho foi verificado no Mato Grosso com cobertura de 29,6%.

É importante que nesta campanha (2014) os Estados e Municípios busquem estratégias para manter os elevados níveis de coberturas alcançados em 2013 para esses grupos, em especial naqueles que ficaram abaixo de 80% da população levando em conta os benefícios que a vacina pode trazer para essa população (Figura 3).

Figura 3. Coberturas vacinais estimadas com a vacina influenza sazonal nos grupos prioritários, comorbidades e privados de liberdade, segundo Unidade Federada, Brasil, 2013

UF	Comorbidades			Pop. Privada Liberdade		
	População	Nº doses aplicadas	Cobertura	População	Nº doses aplicadas	Cobertura
AC	17.680	17.690	100,06	3.770	3.715	98,54
AM	81.450	59.254	72,75	5.440	5.967	109,69
AP	15.550	18.044	116,04	1.820	1.713	94,12
PA	203.640	180.976	88,87	9.680	6.957	71,87
RO	40.500	38.151	94,20	7.430	3.921	52,77
RR	12.326	10.498	85,17	1.700	1.752	103,06
TO	36.070	27.179	75,35	2.160	1.683	77,92
AL	70.780	51.325	72,51	3.090	4.007	129,68
BA	335.630	320.576	95,51	17.640	11.114	63,00
CE	178.930	192.892	107,80	15.200	6.180	40,66
MA	157.720	117.303	74,37	5.520	6.188	112,10
PB	85.000	72.664	85,49	8.050	6.412	79,65
PE	188.270	159.055	84,48	23.930	9.679	40,45
PI	77.400	74.528	96,29	2.710	2.518	92,92
RN	64.980	89.562	137,83	6.120	4.949	80,87
SE	40.450	36.987	91,44	3.440	3.375	98,11
ES	113.140	95.377	84,30	10.800	14.513	134,38
MG	624.760	684.554	109,57	46.290	53.388	115,33
RJ	473.310	427.520	90,33	25.510	13.725	53,80
SP	1.642.027	2.400.618	146,20	170.920	127.553	74,63
PR	696.645	587.761	84,37	35.970	28.893	80,33
RS	820.000	926.635	113,00	31.380	23.493	74,87
SC	500.000	427.164	85,43	14.540	15.405	105,95
DF	74.180	85.407	115,13	8.980	12.666	141,05
GO	183.160	175.635	95,89	11.840	11.223	94,79
MS	71.190	62.113	87,25	10.800	9.125	84,23
MT	90.250	59.178	65,57	11.450	3.375	29,46
Brasil	206.895.034	27.398.516	132,44	1.228.410	1.228.410	100,00

Fonte: <http://pni.datasus.gov.br>

3. Vigilância Epidemiológica e Laboratorial

No Brasil, a rede de laboratórios de referência para vírus respiratórios é composta de três (03) laboratórios credenciados junto à OMS como centros de referência para influenza (NIC - Nacional Influenza Center), os quais fazem parte da rede global de vigilância da influenza. Entre estes laboratórios há um laboratório de referência nacional, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro, e dois laboratórios de referência regional: o Instituto Adolfo Lutz (IAL), em São Paulo, e o Instituto Evandro Chagas (IEC), em Belém.

Os Laboratórios de Referência para vírus respiratórios são responsáveis por realizar o controle de qualidade das amostras encaminhadas pelos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) de cada estado e dar suporte aos que ainda não realizam diagnóstico por biologia molecular. Atualmente existem 17 laboratórios aptos a realizarem o diagnóstico da Influenza por biologia molecular, sendo 14 Lacen (PR, SC, RS, ES, MG, RJ, GO, MS, BA, CE, PE, PI, AC e AM) e os 03 laboratórios de referência: Fiocruz/RJ, IAL-SP e IEC-PA. Os Laboratórios de Referência são também responsáveis por realizar o isolamento viral para a devida subtipificação dos vírus de Influenza, com o objetivo de identificar as cepas circulantes no país a cada ano. Além disso, estão capacitados a realizar os testes para averiguar o desenvolvimento de resistência viral aos antivirais utilizados no país.

3.1. Sistema de vigilância sentinela de influenza

O Sistema de Vigilância Sentinela de Influenza foi implantado em 2000 e contava até o ano de 2011 com uma rede de 59 unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) localizadas, em sua maioria, nas capitais brasileiras. Desde o ano de 2011, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo atividades para fortalecer a vigilância de Influenza com o objetivo de conhecer o comportamento epidemiológico dos vírus circulantes. Para tanto, foi publicada a portaria nº 2.693, em 17 de novembro de 2011, republicada em 26 de abril de 2012, que estabelece mecanismos de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e Municípios, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Sentinela da Influenza.

Com a proposta de ampliar e fortalecer a vigilância de influenza no Brasil, o Ministério da Saúde propôs a ampliação da vigilância de influenza com modelo baseado em sítios sentinelas, tanto para SG, quanto para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Esse processo buscou qualificar o sistema de monitoramento com dados mais detalhados do perfil epidemiológico dos casos (SG e SRAG), permitindo melhor conhecer os vírus respiratórios e suas características de circulação, como sua sazonalidade, patogenicidade, entre outras características próprias da sua biologia.

Atualmente o Sistema de Vigilância Sentinela de Influenza está em fase de ampliação, mas já conta com a organização de 219 Unidades Sentinelas, sendo destas 124 unidades de SG; 78 unidades de SRAG e 17 tanto para SG, como para SRAG. Os sítios sentinelas para a vigilância da influenza estão distribuídos em todas as Unidades Federadas, os quais recebem incentivos financeiros e tem a missão de identificar, captar amostras e registrar casos de SG e SRAG, através da alimentação do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP_Gripe).

3.2. Sistema de vigilância universal de influenza

Além do monitoramento de casos pelas unidades sentinelas, a vigilância da influenza também realiza notificação universal dos casos graves (SRAG), através do sistema SINAN Influenza Web. No período que compreende as Semanas Epidemiológicas (SE) 01 e 52 (ou seja, casos com início de sintomas de 30/12/2012 a 28/12/2013), foram notificados no SINAN Influenza Web 36.134 casos de SRAG, destes 16,4% (5.935) foram confirmados para influenza.

Dentre os casos de influenza, predominou o vírus influenza A(H1N1)pdm09, com proporção de 62,9% (3.733). Também se identificou 1.337 (22,5%) casos decorrentes de infecção por influenza B (ocorridos principalmente a partir da SE 20), 669 (11,3%) casos de influenza A(H3N2) e outros 198 (3,3%) casos confirmados para influenza A sem identificação do subtipo. O pico de casos de SRAG por influenza ocorreu na SE 23 e, desde então, verificou-se tendência de queda. A região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG confirmados por influenza, representando 58,7% (3.482/5.935) do total de casos notificados no país, com destaque para os estados de São Paulo (2.760) e Minas Gerais (597).

Foram notificados 4.328 óbitos por SRAG (SE 01 a 52/2013), dos quais 955 (22,1%) foram confirmados para influenza: 768 (80,3%) por vírus influenza A(H1N1)pdm09, 85 (8,9%) pelo vírus influenza B, 62 (6,5%) por influenza A(H3N2) e outros 41 (4,3%) foram confirmados para influenza A sem identificação do subtipo. Os óbitos por influenza ocorreram em maior número entre as SE 20 e 24. A taxa de mortalidade no Brasil por influenza foi de 0,49/100 mil habitantes. O estado com a maior taxa foi São Paulo (1,14/100 mil habitantes), na região Sudeste, representando 49,8% (476/955) dos óbitos por influenza notificados no país.

Dentre os óbitos por influenza, 65,0% (621/955) possuíam pelo menos um fator ou condição de risco, com destaque para os óbitos de adultos de 60 anos ou mais (23,4%) e para indivíduos com cardiopatias crônicas (20,7%). A maioria, 79,5% (759/955), fez uso do antiviral, porém com tempo mediano de quatro (04) dias para início do tratamento após os primeiros sintomas.

4. A Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza para o ano de 2014

A Campanha Nacional de Vacinação será realizada com definição de grupos prioritários para receber a vacina.

4.1. Objetivos

Reduzir a mortalidade, as complicações e as internações decorrentes das infecções pelo vírus da influenza, na população alvo para a vacinação.

4.2 Grupos prioritários a serem vacinados e recomendações

✓ **Crianças de 6 meses a menores de 5 anos:** deverão receber a vacina influenza. Todas as crianças que receberam uma ou duas doses da vacina da influenza sazonal, devem receber apenas 1 dose em 2014. Também deve ser considerado o esquema de duas doses para as crianças menores de 9 anos que serão vacinadas pela primeira vez, devendo-se aguardar a segunda dose para 30 dias após a 1ª dose.

✓ **Gestantes:** deverão receber a vacina influenza todas as gestantes em qualquer idade gestacional. Para o planejamento da ação, torna-se oportuno a identificação, localização e o encaminhamento dessas, para a vacinação nas áreas adstritas sob responsabilidade de cada serviço de saúde dos municípios. Para este grupo não haverá exigência quanto à comprovação da situação gestacional, sendo suficiente para a vacinação que a própria mulher afirme o seu estado de gravidez.

A vacinação de gestantes contra a influenza é segura em qualquer idade gestacional. A experiência pós-comercialização com a vacina Influenza sazonal inativada e com a vacina Influenza pandêmica (H1N1) 2009 inativada, no Brasil e em outros países, não identificou qualquer risco associado ao uso da vacina em gestantes.

✓ **Puérperas:** mulheres no período até 45 dias após o parto, estão incluídas no grupo alvo de vacinação. Para isso, deverão apresentar qualquer documento durante o período de vacinação (certidão de nascimento, cartão da gestante, documento do hospital onde ocorreu o parto, entre outros).

✓ **Trabalhador de Saúde:** Qualquer trabalhador de saúde dos serviços públicos e privados, nos diferentes níveis de complexidade, cuja ausência compromete o funcionamento desses. Como exemplo: o trabalhador que atua na atenção básica / estratégia saúde da família e os agentes de endemias, pronto atendimento, ambulatórios e leitos em clínica médica, pediatria, obstetria, pneumologia de hospitais de emergência e de referência para influenza e unidades de terapia intensiva. Assim, trabalhadores de saúde que exercem suas atividades em unidades que fazem atendimento para a influenza, bem como recepcionistas, pessoal de limpeza, seguranças, motoristas de ambulâncias, dessas unidades equipes de laboratório responsáveis pelos diagnósticos, profissionais que atuam na vigilância epidemiológica e os que atuam no controle sanitário de viajantes nos postos de entrada dos portos, aeroportos e fronteiras deverão ser vacinados.

✓ **Povos indígenas:** a vacinação será indiscriminada para toda população indígena, a partir dos seis meses de idade. A programação de rotina é articulada entre o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e a Secretaria de Atenção à Saúde Indígena (SESAI).

- ✓ **Indivíduos com 60 anos ou mais de idade** deverão receber a vacina Influenza.
- ✓ **População privada de liberdade e funcionários do sistema prisional:** o planejamento e operacionalização da vacinação nos estabelecimentos penais deverão ser articulados com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais de Justiça (Secretarias Estaduais de Segurança Pública ou correlatos), conforme **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, 2.ª edição/ Brasília-DF 2005** e a **NOTA TÉCNICA 121 SISPE/DAPES/SAS – PNI/SVS/MS – DEPEN/MJ** de 01 de agosto de 2011 e Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- ✓ **Pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais (conforme listagem definida pelo Ministério da Saúde em conjunto com sociedades científicas):** a vacinação contra influenza tem contribuído na redução das complicações e da mortalidade em indivíduos portadores de doenças crônicas e outras condições especiais deverão ser incluídas na campanha de vacinação de 2014, conforme a Figura 4.

A vacinação deste grupo passa a ser realizada em todos os postos de vacinação e não apenas nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). No entanto, **mantém-se a necessidade de prescrição médica especificando o motivo da indicação da vacina, que deverá ser apresentada no ato da vacinação.**

Pacientes já cadastrados em programas de controle das doenças crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS), devem se dirigir aos postos que estão cadastrados para receberem a vacina. Caso no local de atendimento onde são atendidos regularmente não tenha um posto de vacinação, devem buscar a prescrição médica na próxima consulta que estiver agendada, visando garantir esse documento com antecedência, para evitar filas no período da vacinação.

Pacientes que são atendidos na rede privada ou conveniada, também devem buscar a prescrição médica com antecedência, junto ao seu médico assistente, devendo apresentá-la nos postos de vacinação durante a realização da campanha de vacinação de 2014.



A apresentação da prescrição médica será obrigatória para o grupo de comorbidade, durante a campanha.

Figura 4. Categorias de risco clínico com indicação da vacina influenza sazonal. Brasil 2014.

Categoria de risco clínico	Indicações
Doença respiratória crônica	Asma em uso de corticóides inalatório ou sistêmico (Moderada ou Grave); DPOC; Bronquiectasia; Fibrose Cística; Doenças Intersticiais do pulmão; Displasia broncopulmonar; Hipertensão arterial Pulmonar; Crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade.
Doença cardíaca crônica	Doença cardíaca congênita; Hipertensão arterial sistêmica com comorbidade; Doença cardíaca isquêmica; Insuficiência cardíaca.
Doença renal crônica	Doença renal nos estágios 3,4 e 5; Síndrome nefrótica; Paciente em diálise.
Doença hepática crônica	Alcoolismo; Hepatites crônicas; Cirose.
Doença neurológica crônica	Condições em que a função respiratória pode estar comprometida pela doença neurológica; Considerar as necessidades clínicas individuais dos pacientes incluindo: AVC, indivíduos com paralisia cerebral, esclerose múltipla, e condições similares; Doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular; Deficiência neurológica grave.
Diabetes	Diabetes melitus tipo 1 e tipo 2 em uso de medicamentos.
Imunossupressão	Imunodeficiência congênita ou adquirida Imunossupressão por doenças ou medicamentos
Obesos	Obesidade grau III.
Transplantados	Órgãos sólidos; Medula óssea.
Portadores de trissomias	Síndrome de Down, Síndrome de Klinefelter, Síndrome de Wakany, dentre outras trissomias.

Fonte: Ministério da Saúde

4.3. Meta

A meta é vacinar, pelo menos, 80% de cada um dos grupos prioritários para a vacinação (trabalhadores de saúde; povos indígenas; crianças na faixa etária de seis meses a menores de 5 anos; gestantes em qualquer idade gestacional; puérperas; indivíduos com 60 anos ou mais de idade; população privada de liberdade e funcionários penitenciários).

Para as pessoas portadoras de doenças crônicas e outras categorias de risco clínico, ser considerada a população vacinada em 2013, com acréscimo de 10%, totalizando 8,1 milhões de pessoas a serem vacinadas em 2014 (Figura 5).

Material PL 228/2014. O arquivo migrado do ECM não contém assinaturas.

5. A vacina Influenza

Segundo recomendação da OMS para a temporada de 2014 do hemisfério sul a vacina influenza é composta por cepas do vírus *Myxovirus influenzae* (fragmentada e inativada), trivalente, contendo antígenos equivalentes à:

- Vírus similar ao vírus influenza A /Califórnia/7/2009 (H1N1) pdm09
- Vírus similar ao vírus influenza A/Texas/50/2012 (H3N2)
- Vírus similar ao vírus influenza B/Massachusetts/2/2012

Serão disponibilizadas vacinas produzidas pelo Instituto Butantan e pela Sanofi Pasteur (fábrica dos Estados Unidos e na França).

5.1. Indicação da vacina Influenza (fragmentada e Inativada)

Está indicada para a população priorizada para esta ação e encontra-se disponível nos postos de vacinação do SUS.

5.2. Esquema de vacinação

A vacinação é anual, devido às mudanças das características dos vírus influenza consequentes da diversidade antigênica e genômica a cada ano.

A Figura 6 detalha o esquema de vacinação e via de administração para as crianças que estarão recebendo a vacina pela primeira vez.

Figura 6: Demonstrativo do esquema vacinal para influenza por idade, número de doses, volume por dose e intervalo entre as doses, Brasil, 2014.

Idade	Número de doses	Volume por dose	Intervalo
Crianças de 6 meses a 2 anos de idade	2 doses	0,25 ml	Intervalo mínimo de 4 semanas. Operacionalmente 30 dias após receber a 1ª dose
Crianças de 3 a 8 anos de idade	2 doses	0,5 ml	Intervalo mínimo de 4 semanas. Operacionalmente 30 dias após receber a 1ª dose
Crianças a partir de 9 anos de idade e adultos	Dose única	0,5 ml	-

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS

Todas as crianças de 6 meses a menores de 9 anos que receberam uma ou duas doses da vacina contra a influenza sazonal em 2013, devem receber apenas 1 dose em 2014.



A vacinação será para a toda população indígena, a partir de seis meses de idade, com atenção para o esquema acima.

colha nº 221 do proc. nº 000288 de 2014
funcionário: M. José de Oliveira
e-mail: mjo@olimpia.org.br
CPF: 10.900.000-00

Figura 5. Estimativa populacional por grupos prioritários para a campanha de vacinação e estimativa de doses distribuídas da vacina Influenza, Brasil, 2014.

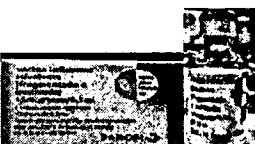
Grupos prioritários	1. Crianças (em milhões) e adolescentes (em milhões)	3. Totalidade de doses	4. Crianças	5. Prevernos	6. Indígenas	7. Idosos de 60 anos e +	8. Comorbidades	9. Pessoas de rua e em situação de vulnerabilidade	TOTAL CRIANÇAS	TOTAL POPULAÇÃO	POP. TOTAL + Indígenas (em milhões)
0-14	41.486	78.401	33.201	20.743	3.410	10.729	114.247	38.131	351.528	381.810	381.810
15-24	26.726	47.838	14.076	13.363	2.197	19.131	48.514	17.690	196.805	212.590	212.590
25-34	114.279	228.533	74.023	57.140	9.939	154.311	216.699	99.234	928.263	1.002.230	1.002.230
35-44	14.913	29.561	9.303	7.457	1.236	7.457	23.702	10.760	56.970	189.510	189.510
45-54	212.957	427.006	112.638	106.478	17.509	39.351	549.470	180.976	1.099.228	1.835.510	1.835.510
55-64	22.471	43.193	14.864	11.336	1.863	7.111	18.044	8.044	159.417	372.120	372.120
65-74	31.550	76.181	24.832	18.775	3.086	11.935	29.354	12.710	332.110	501.120	501.120
75-84	49.589	109.733	38.957	28.579	3.678	20.743	38.542	18.044	332.110	501.120	501.120
85-94	181.639	388.662	112.848	90.510	14.931	29.447	579.919	129.176	1.099.228	1.835.510	1.835.510
95-104	73.216	150.370	43.214	36.442	6.182	21.404	81.997	38.542	332.110	501.120	501.120
105-114	192.884	383.078	138.790	96.442	15.833	21.404	81.997	38.542	332.110	501.120	501.120
115-124	72.128	143.510	60.132	36.964	5.928	21.404	81.997	38.542	332.110	501.120	501.120
125-134	88.110	176.803	69.820	44.055	7.242	12.710	46.417	17.641	22.992	2.077.417	2.077.417
135-144	210.119	413.463	148.359	105.659	17.270	34.026	95.169	17.641	22.992	2.077.417	2.077.417
145-154	81.422	163.224	57.026	40.711	6.692	13.137	280.317	56.458	4.345	705.431	705.431
155-164	32.388	101.177	36.152	26.194	4.306	445	189.592	40.686	5.451	465.389	465.389
165-174	322.530	659.387	375.427	161.265	36.509	29.220	332.895	15.177	3.597.342	3.597.342	3.597.342
175-184	1.179.684	2.377.684	942.889	638.227	104.914	146.879	5.581.289	1.237.567	12.817.489	12.817.489	12.817.489
185-194	389.783	773.825	360.035	194.931	32.037	10.238	2.337.624	753.899	47.250	4.904.622	4.904.622
195-204	79.565	148.423	63.823	39.782	6.548	3.396	370.769	146.915	14.957	824.104	824.104
205-214	330.854	592.798	383.299	165.427	27.193	6.10	470.375	35.595	4.118.194	4.118.194	4.118.194
215-224	91.515	1.062.767	1.062.556	497.525	75.231	2.110.043	4.841.080	2.637.169	2.637.169	11.942.222	11.942.222
225-234	1.718.616	3.517.813	1.879.713	807.758	141.882	18.932	9.659.516	3.964.558	34.699.287	34.699.287	34.699.287
235-244	229.352	428.369	226.733	114.676	18.851	14.004	1.184.212	664.537	2.193.790	2.193.790	2.193.790
245-254	131.220	244.491	123.838	65.510	10.785	6.702.028	4.69.880	1.919.299	3.543	1.743.026	1.743.026
255-264	206.565	387.557	209.511	103.233	16.978	21.259	1.181.917	2.135.716	75.813	8.194.095	8.194.095
265-274	497.137	1.048.317	668.182	383.438	46.614	65.904	3.321.197	46.614	1.724	6.823.946	6.823.946
275-284	62.228	115.663	48.155	38.413	5.197	40.722	244.779	193.281	13.933	1.602.746	1.602.746
285-294	76.628	146.708	55.496	67.302	6.314	436	573.899	193.281	14.056	3.594.385	3.594.385
295-304	154.604	289.090	139.347	67.302	5.359	107.312	1.164.447	48.401	69.277.178	69.277.178	69.277.178
305-314	63.198	116.965	72.065	169.728	27.933	1.073.12	1.164.447	48.401	69.277.178	69.277.178	69.277.178
315-324	339.859	698.426	315.863	169.728	27.933	1.073.12	1.164.447	48.401	69.277.178	69.277.178	69.277.178
325-334	4.589.561	8.158.723	4.488.923	2.184.721	359.140	599.282	21.899.249	8.139.423	94.445	94.445	94.445
335-344	4.589.561	8.158.723	4.488.923	2.184.721	359.140	599.282	21.899.249	8.139.423	94.445	94.445	94.445

1. Crianças de 6 meses a 5 anos (Unas e suas famílias) - dados disponíveis do SINASC, banco populacional 2012 preliminar.
2. Crianças de 6 a 17 anos (Unas e suas famílias) - dados disponíveis do SINASC, banco populacional 2012 preliminar.
3. Totalidade de doses: Doses gratuitas de uso de 2013, uso de 2014.
4. Crianças de 6 meses a 5 anos (Unas e suas famílias) - dados disponíveis do SINASC, banco populacional 2012 preliminar.
5. Crianças de 6 meses a 5 anos (Unas e suas famílias) - dados disponíveis do SINASC, banco populacional 2012 preliminar.
6. Crianças de 6 meses a 5 anos (Unas e suas famílias) - dados disponíveis do SINASC, banco populacional 2012 preliminar.
7. Crianças de 6 meses a 5 anos (Unas e suas famílias) - dados disponíveis do SINASC, banco populacional 2012 preliminar.
8. Crianças de 6 meses a 5 anos (Unas e suas famílias) - dados disponíveis do SINASC, banco populacional 2012 preliminar.
9. População indígena de 2010, com atualização de 10%.

5.4. Forma Farmacêutica e Apresentação

A vacina é produzida por crescimento viral em ovos embrionados de galinha, purificada, inativada pelo formaldeído e ajustada à concentração internacionalmente determinada em normas de produção, descrição na Figura 7.

Figura 7. Especificações da vacina influenza que será utilizada na 16ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, Brasil, 2014.

LABORATÓRIO PRODUTOR	APRESENTAÇÃO	COMPOSIÇÃO/DOSE DE 0,5 ML	UTILIZAÇÃO APÓS ABERTURA DO FRASCO	IMUNOBIOLOGICO/ILUSTRAÇÃO
BUTANTAN/ SANOFI PASTEUR	Frasco - ampola multidose/ 10 doses de 0,5 mL (Fabricada pela Sanofi Pasteur - França, Importada pelo Instituto Butantan). Suspensão Injetável.	A/Califórnia/7/2009(H1N1) pdm 09, A/Texas/ 50/ 2012, B/Massachusetts/2/ 2012, timerosal, solução tampão (cloreto de sódio, cloreto de potássio, fosfato de sódio dibásico, fosfato de potássio monobásico e água para injeção), traços de neomicina, de triton X-100 e de formaldeído.	Pode ser utilizada no máximo até 7 (sete) dias desde que mantidas as condições assépticas e a temperatura entre +2°C e +8°C.	
BUTANTAN/ SANOFI PASTEUR	Frasco - ampola multidose/ 10 doses de 0,5 mL (Produzida pela Sanofi Pasteur - EUA, Importada pelo Instituto Butantan). Suspensão Injetável.	A/Califórnia/7/2009(H1N1) pdm 09, A/Texas/ 50/ 2012 (H3N2), B/Massachusetts/2/ 2012, timerosal, gelatina, solução tampão fosfato (cloreto de sódio, fosfato de sódio dibásico anidro, fosfato de sódio monobásico anidro e água para injeção), traços de sacarose, de triton X-100 e de formaldeído.	Pode ser utilizado até a data de validade impressa na embalagem, desde que mantidas as condições assépticas e a temperatura entre +2°C e +8°C.	
INSTITUTO BUTANTAN	Frasco - ampola multidose/ 10 doses de 0,5 mL Suspensão injetável.	A/Califórnia/7/2009(H1N1) pdm 09, A/Texas/ 50/ 2012 (H3N2), B/Massachusetts/2/ 2012, timerosal, solução fisiológica tamponada (cloreto de sódio, cloreto de potássio, fosfato de sódio dibásico di - hidratado, fosfato de potássio monohidratado, água para injetáveis), formaldeído, traços neomicina e de triton X-100.	Pode ser utilizado até a data de validade Impressa na embalagem, desde que mantidas as condições assépticas e a temperatura entre +2°C e +8°C.	

Fonte: Bula do laboratório/CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

5.3. Vias de administração

Deve-se adotar a via de administração intramuscular.



Recomenda-se a administração da vacina por via subcutânea em pessoas que apresentem discrasias sanguíneas ou estejam utilizando anticoagulantes orais. Para estas situações, recomenda-se utilizar a vacina do laboratório Sanofi Pasteur produzida na França.

5.5. Administração simultânea com outras vacinas ou medicamentos

A vacina influenza pode ser administrada na mesma ocasião de outras vacinas ou medicamentos, procedendo-se as administrações com seringas diferentes em locais anatómicos diferentes.

Os tratamentos com imunossuppressores ou radioterapia podem reduzir ou anular a resposta imunológica. Esse fenômeno não se aplica aos corticosteróides utilizados na terapêutica de reposição, em tratamentos sistêmicos de curto prazo (menos de duas semanas) ou por outras vias de administração que não causem imunossupressão.

Nota aos Doadores de Sangue

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que aprova o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, é orientado que sejam tornados **Inaptos temporariamente**, pelo período de **48 horas**, os candidatos elegíveis à doação que tiverem sido vacinados contra influenza.

5.6. Eficácia

Em adultos saudáveis, a detecção de anticorpos protetores se dá entre 2 a 3 semanas, após a vacinação e apresenta, geralmente, duração de 6 a 12 meses. O pico máximo de anticorpos ocorre após 4 a 6 semanas, embora em idosos os níveis de anticorpos possam ser menores. Os níveis declinam com o tempo e se apresentam aproximadamente 2 vezes menores após 6 meses da vacinação, em relação aos obtidos no pico máximo, podendo ser reduzidos mais rapidamente em alguns grupos populacionais, como indivíduos institucionalizados, doentes renais, entre outros. A proteção conferida pela vacinação é de aproximadamente 1 ano, motivo pelo qual é feita anualmente.

A imunogenicidade em crianças varia de 30 a 90% sendo diretamente proporcional à idade. Em crianças menores de 6 anos de idade, aproximadamente 40 a 60% apresentam soroconversão após uma única dose da vacina, enquanto para crianças maiores de 6 anos, a taxa de soroconversão sobe para 70 a 100%. Mais de 50% das crianças menores de 3 anos e cerca de 30% das crianças até 9 anos de idade são soronegativas para o vírus da influenza. Tal fato resulta na recomendação de duas doses da vacina influenza sazonal em primovacinados e uma dose nos anos subsequentes.

A vacinação contra o vírus influenza em gestantes é uma estratégia eficaz de proteção para a mãe e para o lactente. Estudo realizado demonstrou que os lactentes de mães vacinadas contra a influenza, apresentaram menos casos da doença (confirmados em laboratório) do que o grupo controle (6 contra 16 casos). A eficácia vacinal foi de 63%.

5.7. Cuidados no armazenamento da vacina

A validade da vacina é o tempo durante o qual o produto poderá ser usado, caracterizado como período de vida útil e fundamentada nos estudos de estabilidade específicos. A informação é disponibilizada pelo fabricante na embalagem e rótulo do produto.

A vacina deve ser armazenada e transportada entre **+2°C a +8°C** e protegida da luz. **Não deve ser congelada.**

Cuidados no armazenamento após abertura do frasco para a vacina na apresentação de frascos multidose desde que mantidas as condições assépticas e a temperatura entre **+2°C e +8°C**:

A vacina influenza produzida pelo Laboratório Sanofi Pasteur – França: no máximo até 7 (sete) dias;

A vacina influenza produzida pelo Laboratório Sanofi Pasteur – EUA: até a data de validade impressa na embalagem;

A vacina influenza produzida pelo Instituto Butantan: até a data de validade impressa na embalagem.

O laboratório produtor define, na bula do produto, validade de utilização da vacina após abertura do frasco.

Cuidados de armazenamento da vacina



As recomendações estabelecidas pelo laboratório produtor devem ser rigorosamente observadas.

Outras informações técnicas sobre os produtos utilizados na campanha podem ser obtidas mediante verificação de suas bulas ou através do contato com a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações - CGPNI/DEVIT/SVS/MS (cgpni@saude.gov.br).

5.8. Precauções

Em doenças agudas febris moderadas ou graves recomenda-se adiar a vacinação até a resolução do quadro com o intuito de não se atribuir à vacina as manifestações da doença.

As pessoas com história de alergia a ovo, que apresentem apenas urticária após a exposição, podem receber a vacina da Influenza mediante adoção de medidas de segurança. Recomenda-se observar o indivíduo vacinado, pelo menos, por período de 30 minutos em ambiente com condições de atendimento de reações anafiláticas.

Em caso de ocorrência de síndrome de Guillain-Barré (SGB) no período de até seis semanas após uma dose anterior, recomenda-se realizar avaliação médica criteriosa sobre benefício e risco da vacina antes da administração de uma nova dose.

5.9. Contraindicações

A vacina é contraindicada para pessoas com história de reação anafilática prévia em doses anteriores bem como a qualquer componente da vacina ou alergia grave relacionada a ovo, de galinha e seus derivados.

Reações anafiláticas graves a doses anteriores também contraindicam doses subsequentes.

6. Vigilância dos eventos adversos pós-vacinação

As vacinas influenza sazonais têm um perfil de segurança excelente e são bem toleradas. São constituídas por vírus inativados, o que significa que contêm somente vírus mortos e não a comprovação que não podem causar a doença.

01-02-2014
Márcia José de Oliveira
Técnica de Administração
F 10.910

Evento adverso pós-vacinação (EAPV) é qualquer ocorrência médica indesejada após vacinação e que, não necessariamente, possui uma relação causal com o uso de uma vacina ou outro imunobiológico (imunoglobulinas e soros heterólogos). Um EAPV pode ser qualquer evento indesejável ou não intencional, isto é, sintoma, doença ou um achado laboratorial anormal (CIMOS/OMS, 2012).

De acordo com sua localização podem ser locais ou sistêmicos e de acordo com sua gravidade, podem NÃO GRAVES ou GRAVES.

Manifestações locais:

Manifestações como dor no local da injeção, eritema e endurecimento ocorrem em 15% a 20% dos pacientes, sendo benignas autolimitadas geralmente resolvidas em 48 horas.

Os abscessos geralmente encontram-se associados com infecção secundária ou erros de imunização.

Manifestações sistêmicas:

São benignas, autolimitadas, como febre, mal estar e mialgia que podem começar de 6 a 12 horas após a vacinação e persistir por um a dois dias, sendo notificadas em menos de 1% dos vacinados. Estas manifestações são mais frequentes em pessoas que não tiveram contato anterior com os antígenos da vacina.

Reações de hipersensibilidade:

Reações anafiláticas (hipersensibilidade do tipo I) são extremamente raras e podem ser associadas a qualquer componente da vacina.

Algumas vacinas da Influenza podem conter mínima quantidade de proteína do ovo, podendo induzir reações alérgicas imediatas em indivíduos com alergia grave a esta proteína. Nessa situação, recomenda-se consultar a bula do laboratório produtor para verificar se há restrição de uso.



Atenção:

Pessoas com história de alergia grave à proteína do ovo de galinha, assim como a qualquer componente da vacina, necessitam ser avaliadas pelo médico. Se for indicada a administração da vacina nessas pessoas, a mesma deve ser realizada nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), hospitais ou serviços de emergência com recursos materiais e humanos para lidar com reações de hipersensibilidade, considerando situações de risco elevado de influenza.

Manifestações neurológicas:

Raramente a aplicação de algumas vacinas pode anteceder o início Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Geralmente, os sintomas aparecem entre 1 a 21 dias e no máximo até 6 semanas após administração da vacina. Com exceção da vacina suína de 1976, os demais estudos que buscaram uma relação causal entre vacinas influenza e SGB apresentaram resultados contraditórios.

Considera-se importante citar que o próprio vírus da influenza pode desencadear a SGB, e que a frequência de 1 caso por milhão de doses administradas, encontrada em alguns estudos, é muito menor que o risco de complicações da influenza que podem ser prevenidas pela imunização (Redbook 2012).

É desconhecido até o momento se a vacina da influenza pode aumentar o risco de recorrência da SGB em indivíduos com história pregressa desta patologia.

Em 2010 foram relatados alguns casos de **narcolepsia**, principalmente nos países nórdicos, relacionados temporariamente com a administração de uma determinada vacina Influenza A (H1N1) 2009. Até o presente momento, estes casos permanecem em estudo e ainda não há uma conclusão efetiva a respeito da relação causal desta situação.

Para fins de vigilância epidemiológica a ocorrência coincidente de outras doenças neurológicas de natureza inflamatória ou desmielinizante, tais como Encefalite Aguda Disseminada (ADEM), neurite óptica e mielite transversa, no período entre 1 dia e 6 semanas após a aplicação da vacina, devem ser notificadas e investigadas.



Atenção:

Na ausência de conhecimento científico suficiente sobre as causas da SGB, o MS recomenda **PRECAUÇÃO** na vacinação dos indivíduos com história pregressa da síndrome, mesmo sabendo ser bastante rara. Os riscos e benefícios devem ser discutidos com o médico assistente.

Para o encerramento apropriado dos casos notificados de EAPV, o PNI/SVS conta com uma rede de profissionais responsáveis pela notificação, investigação e avaliação dos casos nas unidades federadas e com o Comitê Interinstitucional de Farmacovigilância de Vacinas e Outros Imunobiológicos (CifAVI), composto pela SVS, Anvisa e INCCS/Fiocruz.

7. Dados administrativos para a operacionalização da Campanha

7.1 Imunobiológicos e insumos.

Para a vacinação de **49,6 milhões** de pessoas está prevista a distribuição de **57,5 milhões de doses da vacina influenza** (Figura 4), considerando a perda técnica e os custos de distribuição que visam garantir o abastecimento de mais de 65 mil postos de vacinação, o que representa um custo de R\$ 469,2 milhões.

7.2. Registro de doses aplicadas na Campanha de Vacinação contra a Influenza

Para a campanha da influenza do ano 2014, será mantido o registro de doses aplicadas por sala de vacina, grupos prioritários incluindo comorbidades e faixas etárias (Figura 5) no site específico da Campanha de Influenza:

- Crianças: 6 meses a 1 ano 11 meses e 29 dias (6m < 2 anos)
- Crianças: 2 anos a 4 anos 11 meses e 29 dias (2A a 4A)
- Trabalhadores de saúde: com registro a partir do campo 10 - 19 anos
- Gestantes: registro de 10-19; 20-29; 30-39; 40-49 e 50-59 anos
- Puérperas: registro de 10-19; 20-29; 30-39; 40-49 e 50-59 anos
- Indígenas em todas as faixas etárias
- Idosos: registro nos seguintes grupos etários: 60-64; 65-69; 70-74; 75-79 e mais.
- População Privada de Liberdade: 10-19; 20-29; 30-39; 40-49 e 50-59 anos;
- Funcionários do Sistema Prisional: 10-19; 20-29; 30-39; 40-49 e 50-59 anos.

O funcional nº 01-02228 de 2014
 Maria Augusta de Oliveira
 Técnica Administrativo
 Nº 01-02228 de 2014
 PL 228/2014
 migrado do ECM não contém assinaturas.

ATENÇÃO!

O boletim para registro de doses aplicadas em criança que serão vacinadas pela primeira vez, é separado dos demais grupos prioritários considerando as especificidades do registro:

Crianças entre 6 meses e menores de 9 anos VACINADAS PELA PRIMEIRA VEZ COM A VACINA INFLUENZA (primovacinadas) receberão duas doses da vacina (D1 e D2) com intervalo de 30 dias entre a primeira (D1) e a segunda dose (D2) (Figura 9).

Crianças de 6 meses a menores de 9 anos, anteriormente vacinadas receberão a dose anual da campanha (DU) e deverá ser registrado no campo DU (Figura 9)

Um boletim específico será disponibilizado para o registro da segunda dose (D2) (Figura 10).

A avaliação do cartão de vacina é necessária, uma vez que a criança pode ter recebido dose anterior em outro serviço público ou privado.

Figura 9: Boletim de doses aplicadas para crianças de 6 meses a menores de 9 anos (DU e D1)

MINISTÉRIO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA E EPIDEMIOLÓGICA/COORDENAÇÃO GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES									
Boletim específico de doses aplicadas da vacina Influenza (DU e D1) para crianças de 6 meses a 8 anos									
Grupos/Faixas etárias		6M - <2 Anos		2 - 4 Anos		5 - 8 Anos		Sub-Total	
		DU	D1	DU	D1	DU	D1	DU	D1
Grupos Prioritários	Crianças não indígenas								
	Indígenas								
Grupos COM Condições	Doença respiratória crônica								
	Doença cardíaca crônica								
	Doença renal crônica								
	Doença hepática crônica								
	Doença neurológica crônica								
	Diabetes								
	Obesos								
	Imunossupressão								
	Transplantados								
	Trissomias *								
Total 6M-<2A									
Total 2-4A									
Total 5-8A									
Total									

Figura 10: Boletim de doses aplicadas para crianças de 6 meses a menores de 9 anos (D2)

MINISTÉRIO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/COORDENAÇÃO GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES									
Boletim específico de doses aplicadas da vacina Influenza (D2) para crianças de 6 meses a 8 anos									
Grupos/Faixas etárias		6M - <2 Anos		2 - 4 Anos		5 - 8 Anos		Sub-Total	
		D2		D2		D2		D2	
Grupos Prioritários	Crianças não indígenas								
	Indígenas								
Grupos COM Condições	Doença respiratória crônica								
	Doença cardíaca crônica								
	Doença renal crônica								
	Doença hepática crônica								
	Doença neurológica crônica								
	Diabetes								
	Obesos								
	Imunossupressão								
	Transplantados								
	Trissomias *								
Total 6M-<2A									
Total 2-4A									
Total 5-8A									
Total									

O registro de doses aplicadas será realizado por meio do site <http://pni.datasus.gov.br> (Figuras 11, 12 e 13).

Atenção!

População Privada de Liberdade e Gestantes ou outros grupos que receberam a vacina Influenza fora do período da campanha, ou seja, quando o site para entrada de dados estiver fechado, deverão ter os dados registrados diretamente no APIWEB, em campo e faixa etária específicos, ou nominalmente no SIPNI.

O próprio sistema de informação está desenhado para realizar a soma das idades nos grupos prioritários de crianças de 6m a <5 anos de idade (somando indígenas e não indígenas da faixa etária) e de idosos, quando soma todas as doses aplicadas em pessoas indígenas, trabalhadores de saúde e idosos de 60 anos e mais, sem comprometer o cálculo de coberturas vacinais de cada grupo.

Folha nº 22
Nº 01-0228-8
de 2014
O funcionário
Marta José de Oliveira
Técnico Administrativo-RE 10.940

Ministério da Saúde
Sistema de Informações do PN1

Imagem
Relatório
Consulta
Imprimir
Fim
Ajuda
Sair

Sistema de Informações do PN1

O objetivo fundamental do SI-PN1 é possibilitar aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do processo de vacinação. A ocorrência de falhas no processo, a partir do registro dos munhos aplicados a um quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Por outro lado, possibilita também a controle do estoque de munhos necessários aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

A CERMI (Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações) é responsável pelas ações de atualização em tempo real. Para maiores esclarecimentos sobre o sistema, consulte o manual de usuário em formato eletrônico ou em papel em: pn1@cermi.fiocruz.br ou pn1@cermi.fiocruz.br.

Para solicitar o manual, consulte o e-mail de desenvolvimento dos sistemas informatizados do SI-PN1 em: pn1@cermi.fiocruz.br ou pelo telefone: (061) 2123-7287/7288 e (061) 2123-7286/7278.

Ministério da Saúde
Sistema de Informações do PN1
Dados de Imunização

Figura 12: Tela de registro de doses aplicadas da vacina influenza

[illegible]

Matéria PL 228/2014. O arquivo migrado do ECM não contém assinaturas.

Folha nº 21 do proc.
Nº 01-02228 de 2014
O funcionário 20/02/2014

Para o registro da segunda dose em crianças indígenas e não indígenas, o site disponibilizará um novo campo exclusivo para esta ação oportunamente.

Figura 13: Tela de registro de doses aplicadas da vacina influenza para crianças de 6 meses a menores de 9 anos (D2)

Grupos/Faixas	Grupos prioritários			Total	Data da Informação
	6M-<2A D2	2A a 4A D2	5-<9A D2		
Crianças					
Doença respiratória crônica					
Doença cardíaca crônica					
Doença renal crônica					
Doença hepática crônica					
Doença neurológica crônica					
Diabetes					
Obesos					
Imunossupressão					
Transplantados					
Trissomias					
Total					

Atenção:

Se a Unidade de Saúde possui em funcionamento o SIPNI, e optar por registrar as pessoas vacinadas com Influenza nominalmente, deve atentar para:

- Não registrar o número de vacinados no site da campanha, para que não haja duplicidade da informação enviada;

- Transmitir diariamente o banco do SIPNI, com o intuito de alimentar os relatórios do site. Os dados enviados através do transmissor do SIPNI somente serão atualizados nos relatórios do site no dia útil seguinte a transmissão efetuada com sucesso.

Os relatórios para acompanhamento das coberturas vacinais serão disponibilizados no site do DATASUS. Chama-se a atenção para o acompanhamento diário dos dados na campanha no propósito de intervir oportunamente, seja no monitoramento do avanço das coberturas ou para correção de possíveis erros de registros.

7. Medidas Preventivas

Este Ministério mantém as ações de orientação em relação à prevenção da transmissão da influenza, bem como tem disponibilizado medicamentos antivirais para todos aqueles que tiverem indicação médica, buscando desta forma, minimizar os danos que a imprevisibilidade inerente aos vírus de Influenza.

8. Comunicação Social

Devido à magnitude da campanha de vacinação as ações de comunicação social são importantes para atender as demandas dos educadores, dos profissionais de saúde, da população e da sociedade civil, da imprensa e publicidade. Além dos esforços dos governos federal, estadual, municipal, sociedades científicas e entidades de classe, a comunicação social priorizou também ações pontuais capazes de influenciar na captação dos grupos prioritários.

A mídia televisiva e do rádio esdarecerão a importância da prevenção. Várias ferramentas de suporte, como papelaria (cartaz e folder) e mobiliário urbano também fazem parte da campanha.

As mensagens enfocam a importância da vacinação, as características específicas de cada grupo prioritário e o objetivo do governo federal com a imunização.

9. Recomendações

- Elaborar plano local com ações estratégicas específicas objetivando a adesão e cobertura para a 2ª dose das crianças na faixa etária de 6 meses a menores de 5 anos de idade.
- Os estados devem analisar as coberturas vacinais e assessorar os municípios que apresentam baixos índices, identificando aqueles que têm menos de 2 mil habitantes nos grupos prioritários para a vacinação, exceto os grupos de comorbidade e privadas de liberdade.
- Realizar, dentro do possível, monitoramentos rápidos, a fim de identificar os não vacinados e os motivos da não adesão.
- Envolver os conselhos regionais das diversas áreas da saúde e as representações estaduais de especialidades médicas afins no processo de vacinação/campanha.
- Envolver os profissionais de saúde que se constituem nas principais fontes de divulgação e comunicação a respeito dos benefícios proporcionados pelas vacinas.
- Mobilizar todos os meios de comunicação, em especial os de maior abrangência (jornais, rádios, televisão, alto-falantes volantes e fixos etc.) para informar a população sobre a vacina e aumentar a aderência à vacinação.
- Mobilizar lideranças, formadores de opinião, associações e instituições com o intuito de esclarecer a população sobre a influenza e importância da vacinação.
- Garantir o atendimento aos casos de eventos adversos associados temporariamente a vacinação, com informações e condutas rápidas e oportunas.
- Observar, quando se tratar da vacinação dos povos indígenas, as recomendações específicas relativas ao calendário de vacinação e registro das doses administradas.
- Manter o posto de vacinação em funcionamento, durante todo horário divulgado pela mídia.
- Cumprir a escala das equipes móveis e dos voluntários nas situações que exijam o deslocamento para a vacinação de pessoas com dificuldade de acesso aos postos de vacinação.
- Acompanhar e monitorar os dados disponibilizados no site <http://pni.datasus.gov.br> para aprimoramento e adoção de ações estratégicas com a finalidade de alcançar a meta preconizada.

Folha nº 01-0228-8 de 2014
O funcionário
Marta José de Oliveira
Técnico Administrativo - RF 10.940

Referências bibliográficas

1. WHO. Global Alert and Response (GAR). Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS). Disponível em: <http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/en/index.html>. Acesso em: 17 jan. 2014.
2. Fiori AE, Bridges CB, Katz JM, Cox NJ. Inactivated influenza vaccines. In: Plotkin S, Orenstein W, Offit P (Editors). Vaccines. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier, 2013. p. 257-93.
3. CDC. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines. MMWR Recomm Rep. 2013 Sep 20;62(RR-07):1-43.
4. Bischoff WE, Swett K, Leng I, Peters TR. Exposure to influenza virus aerosols during routine patient care. J Infect Dis. 2013 Jan 30.
5. Dublineau A, Batéjat C, Pinon A, Burguière AM, Leclercq I, Manuguerra JC. Persistence of the 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus in water and on non-porous surface. PLoS One. 2011;6(11):e28043.
6. Kim TH, Johnstone J, Loeb M. Vaccine herd effect. Scand J Infect Dis. 2011 Sep;43(9):683-9.
7. Pitman RJ, White LJ, Sculpher M. Estimating the clinical impact of introducing paediatric influenza vaccination in England and Wales. Vaccine. 2012 Feb;30(6):1208-24.
8. Nukiwa-Souma N, Burmaa A, Kamigaki T, Od I, Bayasgalan N, Darmaa B, et al. Influenza transmission in a community during a seasonal influenza A(H3N2) outbreak (2010-2011) in Mongolia: a community-based prospective cohort study. PLoS One. 2012;7(3):e33046.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Informe Técnico. Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza, ano 2013, Brasília, abril de 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_tecnico_campanha_influenza_2013_vrs_pnl.pdf>. Acesso em: 25 set. 2013.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de influenza. Brasil, 2013.
11. São Paulo. CVE. Influenza 2014. Disponível em www.cve.saude.sp.gov.br acesso em 08 de fevereiro de 2014.
12. Domingues CM, de Oliveira WK [Brazilian pandemic influenza vaccination evaluation team]. Uptake of pandemic influenza (H1N1)-2009 vaccines in Brazil, 2010. Vaccine. 2012 Jul 6;30(32):4744-51.
13. Morens DM, Taubenberger JK, Fauci AS. The 2009 H1N1 pandemic influenza virus: what next? MBio. 2010 Sep 28;1(4). pii: e00211-10.
14. Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, Brammer L, Cox N, Anderson LJ, et al. Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States. JAMA. 2003 Jan;289(2):179-86.
15. Klugman KP, Chien YW, Madhi SA. Pneumococcal pneumonia and influenza: a deadly combination. Vaccine. 2009 Aug 21;27 Suppl 3:C9-C14.
16. Nitsch-Osuch A, Wozniak-Kosek A, Korzeniewski K, Zycinska K, Wardyn K, Brydak LB. Clinical features and outcomes of influenza A and B infections in children. Adv Exp Med Biol. 2013;788:89-96.
17. Allard R, Couillard M, Pilon P, Kafka M, Bédard L. Invasive bacterial infections following influenza: a time-series analysis in Montréal, Canada, 1996-2008. Influenza Other Respi Viruses. 2012 Jul;6(4):268-75.
18. Rameix-Welti MA, Zarattonelli ML, Giorgini D, Ruckly C, Marasescu M, van der Werf S, et al. Source Influenza A virus neuraminidase enhances meningococcal adhesion to epithelial cells through interaction with sialic acid-containing meningococcal capsules. Infect Immun. 2009 Sep;77(9):3588-95.
19. Makras P, Alexiou-Daniel S, Antoniadis A, Hatzigeorgiou D. Outbreak of meningococcal disease after an influenza B epidemic at a Hellenic Air Force recruit training center. Clin Infect Dis. 2001 Sep 15;33(6):e48-50.
20. Liu PY, Wang LC, Lin YH, Tsai CA, Shi ZY. Outbreak of influenza A and B among military recruits: evidence from viral culture and polymerase chain reaction. J Microbiol Immunol Infect. 2009 Apr;42(2):114-21.

21. Pyhälä R, Visakorpi R, Ikonen N, Kleemola M. Influence of antigenic drift on the intensity of influenza outbreaks: upper respiratory tract infections of military conscripts in Finland. J Med Virol. 2004 Feb;72(2):275-80.
22. Johnston F, Krause V, Miller N, Barclay L. An outbreak of influenza B among workers on an oil rig. Commun Dis Intell. 1997 Apr 17;21(8):106.
23. CDC. Receipt of A(H1N1)pdm09 vaccine by prisons and jails - United States, 2009-10 influenza season. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2012 Jan;60(51-52):1737-40.
24. Guthrie JA, Lokuge KM, Levy MH. Influenza control can be achieved in a custodial setting: pandemic (H1N1) 2009 and 2011 in an Australian prison. Public Health. 2012 Dec;126(12):1032-7.
25. Couper S, Bird SM, Foster GR, McMenamin J. Opportunities for protecting prisoner health: influenza vaccination as a case study. Public Health. 2013 Mar;127(3):295-6.
26. Gómez-Pintado P, Moreno R, Pérez-Valenzuela A, García-Falcés JL, García M, Martínez MA, et al. [Description of the first three notified outbreaks of influenza A (H1N1) 2009 in Spanish prisons]. Rev Esp Sanid Penit. 2010 Jun;12(1):29-36.
27. Suryaprasad A, Redd JT, Hancock K, Branch A, Steward-Clark E, Katz JM, et al. American Indian and Alaska Native Pandemic Influenza A (H1N1) Investigation Team. Severe acute respiratory infections caused by 2009 pandemic influenza A (H1N1) among American Indians-southwestern United States, May 1-July 21, 2009. Influenza Other Respi Viruses. 2013 Nov;7(6):1361-9.
28. Cates CJ, Rowe BH. Vaccines for preventing influenza in people with asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Feb;2:CD000364.
29. Obuchi M, Adachi Y, Takizawa T, Sata T. Influenza A(H1N1)pdm09 virus and asthma. Front Microbiol. 2013 Oct;4:207.
30. Mertz D, Kim TH, Johnstone J, Lam PP, Science M, Kuster SP, et al. Populations at risk for severe or complicated influenza illness: systematic review and meta-analysis. BMC. 2013 Aug;347:e061.
31. Fisher-Hoch SP, Mathews CE, McCormick JB. Obesity, diabetes and pneumonia: the menacing interface of non-communicable and infectious diseases. Trop Med Int Health. 2013 Dec;18(12):1510-9.
32. Reichert TA, Simonsen L, Sharma A, Pandey CA, Radon DS, and Miller MA. Influenza and the winter increase in mortality in the United States, 1959-1999. Am J Epidemiol. 2004;160(5):492-502.
33. Goff AL, Farkouh ME, Blitt DL, Cannon CP. Influenza vaccination and reduction of cardiovascular events - a systematic review and meta-analysis. Canadian Journal of Cardiology. 2012 Sep;(28)5 (Suppl):S161.
34. Johnstone J, Loeb M, Teo FK, Gao P, Dyal L, Liu L, et al. Influenza vaccination and major adverse vascular events in high-risk patients. Circulation. 2012 Jul 17;126(3):278-86.
35. Zelotusca I, Jorgensen P, Popovici O, Pictel A, Popovici F, Widdowson MA, et al. Risk factors associated with fatal influenza, Romania, October 2009 - May 2011. Influenza Other Respi Viruses. 2014 Jan;8(1):8-12.
36. Mitchell R, Ogunremi T, Astrakianakis G, Dryce E, Garvais R, Gravel D, et al. Impact of the 2009 influenza A (H1N1) pandemic on Canadian health care workers: a survey on vaccination, illness, absenteeism, and personal protective equipment. Am J Infect Control. 2012 Sep;40(7):611-6.
37. Nichol KL, Nordin JD, Nelson DB, Mullooly JP, Hak E. Effectiveness of influenza vaccine in the community-dwelling elderly. N Engl J Med. 2007; 357:1373-81.
38. Nair H, Brooks WA, Katz M, Roca A, Berkley JA, Madhi SA, et al. Global burden of respiratory infections due to seasonal influenza in young children: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2011 Dec;378(9807):1917-30.
39. Michiels B, Govaerts F, Remmen R, Vermeire E, Coenen S. A systematic review of the evidence on the effectiveness and risks of inactivated influenza vaccines in different target groups. Vaccine. 2011 Nov;29(49):9159-70.
40. Manzoli L, Ioannidis JP, Flacco ME, De Vito C, Villari P. Effectiveness and harms of seasonal and pandemic influenza vaccines in children, adults and elderly: a critical review and re-analysis of 15 meta-analyses. Hum Vaccin Immunother. 2012 Jul;8(7):851-62.

41. Black S, Eskola J, Siegrist CA, Halsey N, Macdonald N, Law B, et al. Importance of background rates of disease in assessment of vaccine safety during mass immunisation with pandemic H1N1 influenza vaccines. *Lancet*. 2009 Dec;374(9707):2115-22.
42. Poland GA, Poland CM, Howe CL. Influenza vaccine and Guillain-Barré syndrome: making informed decisions. *Lancet*. 2013 Apr 27;381(9876):1437-9.
43. Karve S, Misurski DA, Meier G, Davis KL. Employer-incurred health care costs and productivity losses associated with influenza. *Hum Vaccin Immunother*. 2013 Jan 15;9(4).
44. Beyer WE, McElhaney J, Smith DJ, Monto AS, Nguyen-Van-Tam JS, Osterhaus AD. Cochrane re-arranged: support for policies to vaccinate elderly people against influenza. *Vaccine*. 2013 Oct 3. pii: S0264-410X(13)01339-X.
45. Daufenbach, L. Z et al. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Mar 2009, vol.18, no.1, p.29-44. ISSN 1679-4974
46. Committee on Infectious diseases. Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2013-2014. *Pediatrics*. 2013 132; Oct 4, 1-15.
47. Antonova EN, Rycroft CE, Ambrose CS, Heikkinen T, Principi N. Burden of paediatric influenza in Western Europe: a systematic review. *BMC Public Health*. 2012 Nov 12;12:963.
48. Jain S, Kamimoto L, Bramley AM, Schmitz AM, Benoit SR, Louie J, et al. Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in the United States, April-June 2009. *N Engl J Med*. 2009 Nov 12;361(20):1935-44.
49. Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, Brammer L, Bridges CB, Cox NJ, et al. Influenza-associated hospitalizations in the United States. *JAMA*. 2004 Sep;292(11):1333-40.
50. Silvennoinen H, Peltola V, Vainionpää R, Ruuskanen O, Heikkinen T. Incidence of influenza-related hospitalizations in different age groups of children in Finland: a 15-year study. *Pediatr Infect Dis J*. 2011 Feb;30(2):e24-8.
51. Glatman-Freedman A, Portelli I, Jacobs SK, Mathew JJ, Slutzman JE, Goldfrank LR, Smith SW. Attack rates assessment of the 2009 pandemic H1N1 influenza A in children and their contacts: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(11):e50228. doi: 10.1371/journal.pone.0050228. Epub 2012 Nov 30.
52. Ortega-Sanchez IR, Molinari NA, Fairbrother G, Szilagyi PG, Edwards KM, Griffin MR et al. Indirect, out-of-pocket and medical costs from influenza-related illness in young children. *Vaccine*. 2012 Jun 13;30(28):4175-81.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Morbidade hospitalar do SUS por local de Internação. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 31 out. 2013.
54. CDC. Fluview. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/flu/weekly/>>. Acesso em: 08 fev. 2013.
55. WHO vaccines against influenza WHO position paper – November 2012 *Wkly Epidemiol Rec*. 2012 Nov 23;87(47):461-76.
56. Ailes EC, Newsome K, Williams JL, McIntyre AF, Jamieson DJ, Finelli L, et al. CDC pregnancy flu line: monitoring severe illness among pregnant women with influenza. *Matern Child Health J*. 2013 Dec 25.
57. Cantey JB, Bascik SL, Heyne NG, Gonzalez JR, Jackson GL, Rogers VL, et al. Prevention of mother-to-infant transmission of influenza during the postpartum period. *Am J Perinatol*. 2013 Mar;30(3):233-40.
58. Eick AA, Uyeki TM, Klimov A, Hall H, Reid R, Santosham M, et al. Maternal influenza vaccination and effect on influenza virus infection in young infants. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011 Feb;165(2):104-11.
59. Lindsey B, Kampmann B, Jones C. Maternal immunization as a strategy to decrease susceptibility to infection in newborn infants. *Curr Opin Infect Dis*. 2013 Jun;26(3):248-53.
60. Swamy GK, Garcia-Putnam R. Vaccine-preventable diseases in pregnancy. *Am J Perinatol*. 2013 Feb;30(2):89-97.
61. Kharbanda EO, Vazquez-Benitez G, Lipkind H, Naleway A, Lee G, Nordin JD; Vaccine Safety Datalink Team. Inactivated influenza vaccine during pregnancy and risks for adverse obstetric events. *Obstet Gynecol*. 2013 Sep;122(3):659-67.
62. Manske JM. Efficacy and effectiveness of maternal influenza vaccination during pregnancy: a review of the evidence. *Matern Child Health J*. 2013 Nov 24.

63. Moro PL, Museru OI, Broder K, Cragan J, Zheteyeva Y, Tepper N, et al. Safety of influenza A (H1N1) 2009 live attenuated monovalent vaccine in pregnant women. *Obstet Gynecol*. 2013 Dec;122(6):1271-8.
64. Luteijn JM, Brown MJ, Dolk H. Influenza and congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*. 2013 Dec 22.
65. Munoz FM. Maternal immunization: an update for pediatricians. *Pediatr Ann*. 2013 Aug;42(8):153-8.
66. Poehling KA, Szilagyi PG, Staat MA, Snively BM, Payne DC, Bridges CB, et al. Impact of maternal immunization on influenza hospitalizations in infants. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Jun;204(6 Suppl 1):S141-8.
67. Rasmussen SA, Watson AK, Kennedy ED, Broder KR, Jamieson DJ. Vaccines and pregnancy: past, present, and future. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2013 Dec. pii: S1744-165X(13)00123-6.
68. Stockwell MS, Westhoff C, Kharbanda EO, Vargas CY, Camargo S, Vawdrey DK, et al. Influenza vaccine text message reminders for urban, low-income pregnant women: a randomized controlled trial. *Am J Public Health*. 2014 Feb;104(Suppl 1):e7-e12.
69. Rogers KC, Wallace JP, Foster SL, Finks SW. Annual influenza vaccination: offering protection beyond infection. *South Med J*. 2012 Jul;105(7):379-86.
70. Thompson MG, Li DK, Shifflett P, Sokolow LZ, Ferber JR, Kurosky S, et al; for the Pregnancy and Influenza Project Workgroup. Effectiveness of seasonal trivalent influenza vaccine for preventing influenza virus illness among pregnant women: a population-based case-control study during the 2010-2011 and 2011-2012 influenza seasons. *Clin Infect Dis*. 2013 Dec 19.
71. Zalczewski L, Sur DK, Agrawal N. Staff versus physician vaccine protocols for influenza infection during pregnancy. *J Am Board Fam Med*. 2014 Feb;27(1):55-60.
72. Zapata LB, Kendrick JS, Jamieson DJ, MacFarlane K, Shealy K, Barfield WD. Prevention of novel influenza infection in newborns in hospital settings: considerations and strategies during the 2009 H1N1 pandemic. *Disaster Med Public Health Prep*. 2012 Jun;6(2):97-103.
73. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 46/2013, que trata sobre as determinações que deverão ser adotadas para as vacinas da gripe que serão utilizadas no Brasil em 2014.

Outras informações podem ser obtidas nos seguintes endereços:

www.saude.gov.br/svs (Secretaria de Vigilância em Saúde/MG)
www.who.int/en/ (Organização Mundial de Saúde)
www.paho.org (Pan American Health Organization)
www.cdc.gov (Centers Diseases Control)
www.anvisa.gov.br (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)
www.eswi.org (European Scientific Working Group On Influenza)
www.nih.gov (U.S. National Institute of Health)
www.nejm.com (The New England Journal of Medicine)

Folha nº 30 do proc.
 Nº 01-00228 de 2014
 O funcionário
 Maria José de Oliveira
 Técnico Administrativo-RF 10.940

EXPEDIENTE

Ministro da Saúde

Ademar Arthur Chioro dos Reis

Secretário de Vigilância em Saúde

Jarbas Barbosa da Silva Júnior

Diretor Adjunto do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques

Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

Carla Magda A.S. Domingues

Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

Ana Goretti Kalume Maranhão (Substituta)

Coordenação Geral das Doenças Transmissíveis

José Ricardo Pio Marins

Elaboração

Ana Carolina Cunha Marreiros - CGPNI/DEVIT/SVS/MS

Antonia Maria da Silva Teixeira - CGPNI/ DEVIT /SVS/MS

Daiana Araújo da Silva - URI/CGDT/ DEVIT /SVS/MS

Maria Cristina Willemann - CGPNI/ DEVIT /SVS/MS

Líbia Roberta de Oliveira Souza- URI/CGDT/ DEVIT /SVS/MS

Lúcia Ferro Bricks - Médica Pediatra -MD, PhD

Regina Célia Mendes dos Santos Silva - CGPNI/ DEVIT /SVS/MS

Sandra Maria Deotti Carvalho - CGPNI/ DEVIT /SVS/MS

Sirlene de Fátima Pereira - CGPNI/ DEVIT /SVS/MS

Walquiria Aparecida Ferreira de Almeida- URI/CGDT/ DEVIT /SVS/MS

Colaboração

Ana Goretti Kalume Maranhão - CGPNI/ DEVIT /SVS/MS

Cristiane Pereira de Barros - CGPNI/ DEVIT /SVS/MS

Erik Vaz da Silva Leocádio - CGPNI/ DEVIT /SVS/MS

Karla Calvette Costa - CGPNI/ DEVIT /SVS/MS

Karla Rosane de Alarcão - CGPNI/ DEVIT /SVS/MS

Katia Goduy Cruz - CGPNI/ DEVIT /SVS/MS

Luana Alves d'Almeida- CGPNI/ DEVIT /SVS/MS

Mara El-Corab Moreira de Oliveira - CGPNI/ DEVIT /SVS/MS

Marcelo Pinheiro Chaves - CGPNI/ DEVIT /SVS/MS

Vanessa Cristina Fragoso Farias - CGPNI/ DEVIT /SVS/MS

Sugestões, Dúvidas e Colaborações

Endereço: SCS Quadra 04, bloco A, 4º andar

Brasília/DF. CEP 70.304-000

Fones: 61 3213-8296/ 8297. Fax: 61 3213-8343/8383

Endereço eletrônico: cgpni@saude.gov.br

Nos estados: Coordenações Estaduais de Imunizações/Secretarias Estaduais de Saúde

Nos municípios: Secretarias Municipais de Saúde, Postos de Vacinação, Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.

Técnico Administrativo - O-RE 10.940
Marta José de Oliveira
O funcional nº 1502 de 8220-150
1502 de 8220-150
1502 de 8220-150

Base de dados : legis

Pesquisa : 12326

Total de referências : 1

1/1

Título: LEI Nº 12.326 16/04/1997 ([ver documento](#))

Sem revogação expressa

Ementa: Cria o dia municipal de vacinação do idoso e o programa de vacinação em idosos internados ou recolhidos em instituições geriátricas.

Projeto: Projeto de Lei Nº 669/1996 ([ver documento](#))

Autor(es): Jose Eduardo Martins Cardozo

Regulamentação: Decreto nº 36.851/1997 - Regulamenta esta Lei. ([ver documento](#))
PARA VERIFICAR SE HÁ ALTERAÇÕES PARA OS ATOS E DECRETOS DE
REGULAMENTAÇÃO DESTA NORMA, FAÇA NOVA PESQUISA PELO NÚMERO DE CADA ATO
OU DECRETO DE REGULAMENTAÇÃO.

Notas: - O Dia Municipal de Vacinação do Idoso sera realizado no mes de abril de cada ano.

[[Back](#)]

Folha nº 33 do proc. fls. 34
 Nº 01-0228 de 2014
 O funcionário
 Maria José da Oliveira
 Técnico Administrativo-RF 10.940

LEI N. 12.326 - DE 16 DE ABRIL DE 1997

Cria o dia municipal de vacinação do idoso e o programa de vacinação em idosos internados ou recolhidos em instituições geriátricas.

(Projeto de Lei n. 669/96, do Vereador José Eduardo Martins Cardozo)

Nelo Rodolfo, Presidente da Câmara Municipal de São Paulo, faz saber que a Câmara Municipal de São Paulo, de acordo com o § 7º do artigo 42 da Lei Orgânica do Município de São Paulo, promulga a seguinte Lei:

Art. 1º Será realizado em toda a rede pública municipal de saúde no mês de abril de cada ano o Dia Municipal de Vacinação do Idoso.

§ 1º Para cumprimento do disposto no "caput" deste artigo, o Executivo providenciará, na data afixada no Decreto que regulamentar a presente Lei, a aplicação das vacinas antigripal, antipneumococo e antitetânica em pessoas com idade superior a 60 anos.

§ 2º Todas as vacinas deverão estar disponíveis na rede pública municipal de saúde durante todo o ano, independentemente do período destinado ao programa previsto nesta Lei.

Art. 2º O Executivo providenciará a vacinação dos idosos internados em instituições municipais, conveniadas ou contratadas da rede pública, bem como dos residentes ou internados em instituições asilares, casas de repouso e casas geriátricas.

Art. 3º Será fornecida a todos os que forem vacinados em obediência ao disposto nesta Lei a respectiva Carteira de Vacinação do Idoso, em que se agendarão os retornos para os eventuais reforços de vacinação julgados necessários.

Parágrafo único. Os Profissionais de Saúde que trabalham em instituições que tratam de idosos também terão direito a receberem a vacinação.

Art. 4º O Executivo promoverá ampla divulgação da campanha de vacinação, respeitado o disposto no artigo 37, § 1º da Constituição Federal.

Art. 5º As despesas para execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 6º O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei no prazo de 30 (trinta) dias.

Art. 7º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Câmara Municipal de São Paulo

Folha nº 34 do proc. fls. 35
Nº 01-02228 de 2014
O funcionário
Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo-RF 10.940

Base de dados : **legis**Pesquisa : **36851**Total de referências : **1****1/1**Título: DECRETO Nº 36.851 15/05/1997 (ver documento)

Sem revogação expressa

Ementa: Regulamenta a Lei nº 12.326, de 16 de abril de 1997, que criou o Dia Municipal de Vacinação do Idoso, e da outras providências.

Alterações: Dec. 37.318/1998 - Altera a redação do artigo 1º deste Decreto. (ver documento)[[Back](#)]

DECRETO N. 36.851 - DE 15 DE MAIO DE 1997

Regulamenta a Lei n. 12.326, de 16 de abril de 1997, que criou o Dia Municipal de Vacinação do Idoso, e dá outras providências.

Celso Pitta, Prefeito do Município de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei, decreta:

Art. 1º Fica designado o último sábado do mês de abril de cada ano para realização da campanha do "Dia Municipal de Vacinação do Idoso", criada pela Lei n. 12.326, de 16 de abril de 1997.

Art. 2º No Dia Municipal de Vacinação do Idoso a Secretaria Municipal da Saúde - SMS providenciará a aplicação das vacinas Influenza, Infecção Pneumocócica e Tétano para a população do Município, com idade superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 3º A coordenação das ações do Dia Municipal de Vacinação do Idoso caberá ao Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - CEPI, da Secretaria Municipal da Saúde - SMS.

Art. 4º Os Módulos do Plano de Atendimento à Saúde - PAS participarão do Dia Municipal de Vacinação do Idoso, colocando à disposição da Secretaria Municipal da Saúde - SMS os Postos de Vacinação fixos e volantes, bem assim recursos humanos.

Art. 5º A Secretaria Municipal da Saúde - SMS providenciará, também, a vacinação dos idosos internados em instituições municipais, conveniadas ou contratadas da rede pública, bem como dos residentes ou internados em instituições asilares, casas de repouso e casas geriátricas.

Art. 6º Durante os demais meses do ano, a Secretaria Municipal da Saúde - SMS deverá manter à disposição dos munícipes, em toda rede municipal, as vacinas de que trata o artigo 2º deste Decreto.

Art. 7º Serão considerados de natureza relevante os serviços prestados no Dia Municipal de Vacinação do Idoso, por convocação ou trabalho voluntário.

Parágrafo único. Os servidores municipais terão consignado em seus assentamentos funcionais a prestação de serviços de natureza relevante, comprovados mediante "Certificado de Participação".

Art. 8º As despesas com a execução deste Decreto correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 9º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Folha nº 36 do proc.
nº 01-0228 de 2014
O funcionário
Maria José de Oliveira
Maria José de Oliveira
Assessoria Administrativa-RF 10.940

DECRETO N. 37.318 - DE 16 DE FEVEREIRO DE 1998

Altera a redação do artigo 1º do Decreto n. 36.851, de 15 de maio de 1997, regulamentador da Lei n. 12.326, de 16 de abril de 1997, que criou o Dia Municipal de Vacinação do Idoso.

CELSO PITTA, Prefeito do Município de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei, decreta:

Art. 1º Fica designado o primeiro sábado do mês de abril de cada ano para o início da realização da Campanha do "Dia Municipal de Vacinação do Idoso", criada pela Lei n. 12.326, de 16 de abril de 1997.

Art. 2º Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Câmara Municipal de São Paulo

folha nº 37 do proc. nº 01-0228 de 2014 fls. 38
funcionário Maria José de Oliveira
Assessor Administrativo-RF 10.940

Base de dados : legis

Pesquisa : 12940

Total de referências : 1

1/1

Título: LEI Nº 12.940 07/12/1999 (ver documento)

Sem revogação expressa

Ementa: Institui o Programa "Terceira Idade em Movimento", e da outras providencias.

Projeto: Projeto de Lei Nº 315/1998 (ver documento)

Autor(es): Jose Eduardo Martins Cardozo

Regulamentação: Decreto nº 42.218/2002 - Regulamenta esta Lei. (ver documento)
PARA VERIFICAR SE HÁ ALTERAÇÕES PARA OS ATOS E DECRETOS DE
REGULAMENTAÇÃO DESTA NORMA, FAÇA NOVA PESQUISA PELO NÚMERO DE CADA ATO
OU DECRETO DE REGULAMENTAÇÃO.

[Back]

LEI Nº 12.940, 7 DE DEZEMBRO DE 1999

(Projeto de Lei nº 315/98, do Vereador José Eduardo Martins Cardozo - PT)

Maria José de Oliveira
Secretaria de Administração - RF 10.940

Institui o Programa "Terceira Idade em Movimento", e dá outras providências.

CELSO PITTA, Prefeito do Município de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei.

Faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 09 de novembro de 1999, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - Fica criado, o Programa "Terceira Idade em Movimento" no âmbito do Município de São Paulo, destinado à realização de atividades físicas e esportivas em equipamentos públicos municipais, para pessoas com idade superior a 45 (quarenta e cinco) anos.

§ 1º - O Programa será realizado, preferencialmente, em equipamentos públicos municipais vinculados à Secretaria Municipal de Esportes.

§ 2º - Poderá ainda, ser realizado em praças, ruas, avenidas, parques, escolas e áreas verdes, desde que compatíveis ou adaptadas para tal finalidade.

Art. 2º - O Programa será coordenado pela Secretaria Municipal de Esportes, contando com o apoio de outras Secretarias afins na sua execução, e terá como objetivos principais:

I - coordenar, orientar, organizar e estimular práticas diárias de exercício físico, como caminhadas, além de alongamento e relaxamento, nos períodos matutino e vespertino;

II - realizar campanhas educativas a respeito de temas tais como a vacinação de idosos, prevenção de câncer de pele, de mama e de próstata, o combate ao tabagismo e ao alcoolismo;

III - realizar atividades de controle periódicos de diabetes, peso, pressão arterial, colesterol e outros.

Parágrafo único - O Programa será realizado por equipes móveis compostas por profissionais de diversas áreas, coordenadas por Professor de Educação Física.

Art. 3º - Fica autorizado o Poder Executivo Municipal a celebrar convênios e estabelecer parcerias com universidades e escolas, visando a realização de estágios e pesquisas em benefício da melhoria da qualidade de vida da população com mais de 45 (quarenta e cinco) anos de idade.

Art. 4º - Compete à Secretaria das Administrações Regionais a manutenção dos logradouros destinados à realização dos exercícios físicos deste Programa.

Art. 5º - Compete à Guarda Civil Metropolitana realizar a segurança dos locais públicos destinados à prática de exercícios físicos deste Programa.

Art. 6º - Caberá à Companhia de Engenharia de Tráfego - CET a devida sinalização dos logradouros públicos destinados à prática dos exercícios físicos deste Programa.

Art. 7º - As despesas com a execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 8º - O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta lei no prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 9º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 7 de dezembro de 1999, 446º da fundação de São Paulo.

CELSO PITTA, PREFEITO

EDVALDO PEREIRA DE BRITO, Secretário dos Negócios Jurídicos

DENIZ FERREIRA RIBEIRO, Secretário das Finanças

JOÃO GUALBERTO DE CARVALHO MENESES, Secretário Municipal de Educação

FAUSTO EDUARDO PINHO CAMUNHA, Secretário Municipal de Esportes, Lazer e Recreação

JORGE ROBERTO PAGURA, Secretário Municipal da Saúde

GETÚLIO HANASHIRO, Secretário Municipal de Transportes

NAOR GUELFY, Secretário das Administrações Regionais

RICARDO ITSUO OHTAKE, Secretário Municipal do Verde e do Meio Ambiente

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 7 de dezembro de 1999.

CARLOS AUGUSTO MEINBERG, Secretário do Governo Municipal

Base de dados : legis

Pesquisa : 13725

Total de referências : 1

1/1

Título: LEI Nº 13.725 09/01/2004 ([ver documento](#))

Sem revogação expressa

Ementa: Institui o Codigo Sanitario do Municipio de Sao Paulo.

Projeto: Projeto de Lei Nº 718/2003 ([ver documento](#))

Autor(es): EXECUTIVO; Marta Suplicy

Regulamentação: Decreto nº 44.577/2004 - Regulamenta esta Lei.; ([ver documento](#))

Decreto nº 50.079/2008 - Regulamenta esta Lei, revogando a regulamentação anterior. ([ver documento](#))

PARA VERIFICAR SE HÁ ALTERAÇÕES PARA OS ATOS E DECRETOS DE REGULAMENTAÇÃO DESTA NORMA, FAÇA NOVA PESQUISA PELO NÚMERO DE CADA ATO OU DECRETO DE REGULAMENTAÇÃO.

Revogação: Revoga a Lei nº 10.153/1986.; ([ver documento](#))

Revoga a Lei nº 10.770/1989.; ([ver documento](#))

Revoga a Lei nº 11.728/1995.; ([ver documento](#))

Revoga a Lei nº 12.039/1996.; ([ver documento](#))

Revoga a Lei nº 12.268/1996.; ([ver documento](#))

Revoga a Lei nº 12.369/1997.; ([ver documento](#))

Revoga a Lei nº 12.371/1997.; ([ver documento](#))

Revoga a Lei nº 13.456/2002.; ([ver documento](#))

Revoga a Lei nº 12.580/1998.; ([ver documento](#))

Revoga os arts. 2º, 3º e 35 a 39 da Lei nº 10.309/1987. ([ver documento](#))

Alterações: Lei 15.299/2010 - Acrescenta o art. 50-A a esta Lei. ([ver documento](#))

[[Back](#)]

LEI Nº 13.725, DE 9 DE JANEIRO DE 2004

(Projeto de Lei nº 718/03, do Executivo, aprovado na forma do Substitutivo do Legislativo)

Institui o Código Sanitário do Município de São Paulo.

MARTA SUPLICY, Prefeita do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 19 de dezembro de 2003, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

TÍTULO I

CÓDIGO SANITÁRIO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

PRINCÍPIOS, PRECEITOS E DIRETRIZES GERAIS

Art. 1º - Fica instituído o Código Sanitário do Município de São Paulo, fundamentado nos princípios expressos na Constituição Federal, na Constituição do Estado de São Paulo, nas Leis Orgânicas da Saúde - Leis Federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, no Código de Defesa do Consumidor - Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, no Código de Saúde do Estado de São Paulo - Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995, e na Lei Orgânica do Município de São Paulo, com os seguintes preceitos:

I - descentralização, preconizada nas Constituições Federal e Estadual, bem como na Lei Orgânica do Município de São Paulo, observando-se as seguintes diretrizes:

- a) direção única no âmbito municipal;
- b) municipalização dos recursos, serviços e ações de saúde, estabelecendo-se em legislação específica os critérios de repasse de verbas das esferas federal e estadual;
- c) integração das ações e serviços, com base na regionalização e hierarquização do atendimento individual e coletivo, adequado às diversas realidades epidemiológicas;
- d) universalização da assistência com igual qualidade e acesso da população urbana e rural a todos os níveis dos serviços de saúde;

II - participação da sociedade, por meio de:

- a) conferências de saúde;
- b) conselhos de saúde;
- c) representações sindicais;
- d) movimentos e organizações não-governamentais;

III - articulação intra e interinstitucional, mediante o trabalho integrado e articulado entre os diversos órgãos que atuam ou se relacionam com a área de saúde;

IV - publicidade, para garantir o direito à informação, facilitando seu acesso mediante sistematização, divulgação ampla e motivação dos atos;

V - privacidade, devendo as ações de vigilância sanitária e epidemiológica preservar este direito do cidadão, que só poderá ser sacrificado quando não existir outra maneira de evitar perigo atual ou iminente para a saúde pública.

TÍTULO II

OBJETIVO, CAMPO DE AÇÃO E METODOLOGIA

Art. 2º - Para os efeitos deste Código, entende-se por Vigilância em Saúde as ações de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador, que compõem um campo integrado e indissociável de práticas, fundado no conhecimento interdisciplinar e na ação intersetorial, desenvolvidos por meio de equipes multiprofissionais, com a participação ampla e solidária da sociedade, por intermédio de suas organizações, entidades e movimentos, estruturando, em seu conjunto, um campo de conhecimento.

§ 1º - As ações de vigilância sanitária abrangem o conjunto de medidas capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, inclusive o do trabalho, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

§ 2º - As ações de vigilância epidemiológica abrangem o conjunto de atividades que

Folha nº 41 do proc.
Nº 01-0228 de 2014
O funcionário
Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo-RF 10.940

exames complementares, conforme norma técnica específica.

Art. 72 - É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência, comprovada ou presumível, de doença e agravos à saúde de notificação compulsória, nos termos do artigo 71.

Art. 73 - A notificação compulsória de casos de doenças e agravos tem caráter sigiloso, obrigando-se a autoridade sanitária a mantê-lo.

Parágrafo único - Excepcionalmente, a identificação do paciente fora do âmbito médico-sanitário poderá ser feita em caso de grande risco à comunidade, a critério da autoridade e com conhecimento prévio do paciente ou de seu responsável, estando o ato formalmente motivado.

Art. 74 - As informações essenciais à notificação compulsória, bem como as instruções sobre o processo de notificação, constarão de normas técnicas.

CAPÍTULO II

INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E MEDIDAS DE CONTROLE

Art. 75 - Recebida a notificação, a autoridade sanitária deve proceder à investigação epidemiológica pertinente.

§ 1º - A autoridade sanitária pode exigir e executar investigações, inquéritos e levantamentos epidemiológicos junto a indivíduos e a grupos populacionais determinados, sempre que julgar oportuno, visando à proteção da saúde, mediante justificativa por escrito.

§ 2º - Quando houver indicação e conveniência, a autoridade sanitária pode exigir a coleta de amostra de material para exames complementares, mediante justificativa por escrito.

Art. 76 - Em decorrência dos resultados parciais ou finais das investigações, dos inquéritos ou levantamentos epidemiológicos de que trata o artigo 75, fica a autoridade sanitária obrigada a adotar, prontamente, as medidas indicadas para controle da doença ou agravo à saúde, no que concerne a indivíduos, grupos populacionais e ao meio ambiente.

Parágrafo único - De acordo com a doença, as ações de controle devem ser complementadas por medidas de combate a vetores biológicos e seus reservatórios.

Art. 77 - As instruções sobre o processo de investigação epidemiológica em cada doença ou agravo à saúde, bem como as medidas de controle indicadas, serão objeto de normas técnicas.

Art. 78 - Em decorrência das investigações epidemiológicas, a autoridade sanitária local deve adotar medidas pertinentes, podendo, inclusive, providenciar o fechamento total ou parcial de estabelecimentos, centros de reunião ou diversão, escolas, creches e quaisquer locais abertos ao público, durante o tempo julgado necessário, observada a legislação vigente.

CAPÍTULO III

VACINAÇÃO DE CARÁTER OBRIGATÓRIO

Art. 79 - A direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com o órgão competente de vigilância em saúde, é responsável pela coordenação e execução dos programas de imunizações de interesse da saúde pública.

Parágrafo único - A relação das vacinas de caráter obrigatório no Município deverá ser regulamentada por norma técnica, em consonância com a legislação federal e estadual.

Art. 80 - É dever de todo cidadão submeter-se à vacinação obrigatória, assim como os menores sob sua guarda ou responsabilidade.

Parágrafo único - Só deve ser dispensada da vacinação obrigatória a pessoa que apresentar atestado médico e contra-indicação explícita de aplicação da vacina.

Art. 81 - O cumprimento da obrigatoriedade das vacinações deve ser comprovado mediante atestado da vacinação, adequado à norma técnica referida no parágrafo único do artigo 80, emitido pelos serviços de saúde que aplicarem as vacinas.

Art. 82 - Os atestados de vacinação obrigatória não podem ser retidos por qualquer pessoa, natural ou jurídica.

Art. 83 - Todo estabelecimento de saúde, público ou privado, que aplique vacinas, obrigatórias ou não, deve cadastrar-se perante a autoridade sanitária competente.

Parágrafo único - A autoridade sanitária deve regulamentar, em norma técnica, o funcionamento dos estabelecimentos referidos no "caput", bem como o fluxo de informações, cabendo-lhe, ainda, a responsabilidade por sua supervisão periódica.

Art. 84 - As vacinas fornecidas pelo Sistema Único de Saúde - SUS são gratuitas, inclusive quando aplicadas por estabelecimentos de saúde privados, assim como os atestados que comprovem sua aplicação.

Art. 85 - Todo e qualquer estabelecimento de assistência à saúde que desenvolva atividades de imunização, independentemente de sua natureza jurídica e forma de gerenciamento, é obrigado a enviar, trimestralmente, aos órgãos de vigilância em saúde, o número de doses aplicadas por mês, segundo o tipo de imunobiológico aplicado e faixa etária.

CAPÍTULO IV

ATESTADO DE ÓBITO

Art. 86 - O atestado de óbito é documento indispensável para o sepultamento e deverá ser fornecido por médico, em impresso especialmente destinado a esse fim.

Art. 87 - Quando o óbito for decorrente de acidente, violência ou causa suspeita, segundo determinação legal, o atestado será fornecido por perito legista, após necropsia no Instituto Médico Legal.

Art. 88 - Quando o óbito for decorrente de causa mal definida ou ocorrer sem assistência médica, o corpo deve ser encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbitos para necropsia, conforme disposto na legislação vigente.

CAPÍTULO V

INUMAÇÕES, EXUMAÇÕES, TRASLADAÇÕES E CREMAÇÕES

Art. 89 - As inumações, exumações, trasladações e cremações deverão ser disciplinadas em normas técnicas, em consonância com a legislação federal e estadual pertinente.

TÍTULO VIII

PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

CAPÍTULO I

FUNCIONAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE E DOS ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS, DE PRODUÇÃO, EMBALAGEM E MANIPULAÇÃO DE PRODUTOS E SUBSTÂNCIAS DE INTERESSE DA SAÚDE

Art. 90 - Todos os estabelecimentos de interesse da saúde e os estabelecimentos comerciais, de produção, embalagem e manipulação de produtos e substâncias de interesse da saúde, antes de iniciarem suas atividades, devem encaminhar à autoridade sanitária declaração de que suas atividades, instalações, equipamentos e recursos humanos obedecem à legislação sanitária vigente, para fins de obtenção do Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde.

§ 1º - Os estabelecimentos devem comunicar à autoridade sanitária competente as modificações nas instalações e equipamentos, bem como a inclusão de atividades e quaisquer outras alterações que repercutam na identidade, qualidade e segurança dos produtos ou serviços oferecidos à população.

§ 2º - Os estabelecimentos comerciais que pretendam vender ou possibilitar o consumo de bebidas alcoólicas deverão informar tal pretensão à autoridade sanitária competente, em formulário próprio.

§ 3º - Constatando que a declaração e a comunicação previstas no "caput" e no parágrafo 1º deste artigo são inverídicas, deverá a autoridade sanitária comunicar o

Base de dados : legis

Pesquisa : 14725

Total de referências : 1

1/1

Título: LEI Nº 14.725 15/05/2008 (ver documento)

Sem revogação expressa

Ementa: Institui, no âmbito do Município de São Paulo, o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos, e dá outras providências.

Projeto: Projeto de Lei Nº 353/2007 (ver documento)

Autor(es): Jorge Borges

Regulamentação: Decreto nº 49.853/2008 - Regulamenta esta Lei. (ver documento)
PARA VERIFICAR SE HÁ ALTERAÇÕES PARA OS ATOS E DECRETOS DE
REGULAMENTAÇÃO DESTA NORMA, FAÇA NOVA PESQUISA PELO NÚMERO DE CADA ATO
OU DECRETO DE REGULAMENTAÇÃO.[[Back](#)]

Folha nº 44 do proc. fls. 45
 Nº 01-0228 de 2014
 O funcionário
 Maria José de Oliveira
 Técnico Administrativo-RF 10.940

LEI Nº 14.725, DE 15 DE MAIO DE 2008

(Projeto de Lei nº 353/07, do Vereador Jorge Borges - PP)

Institui, no âmbito do Município de São Paulo, o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos, e dá outras providências.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 9 de abril de 2008, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Município de São Paulo, o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos.

Art. 2º O programa instituído no art. 1º desta lei será destinado a cidadãos e cidadãs com 60 (sessenta) anos ou mais, nos termos desta lei, que solicitem, por si mesmos, por familiares ou terceiros por eles responsáveis, a aplicação das vacinas nesta lei especificadas no seu próprio domicílio.

Parágrafo único. O direito a que se refere o "caput" deste artigo aplica-se exclusivamente aos idosos que comprovadamente estejam impossibilitados de se deslocar até os locais de vacinação.

Art. 3º São as seguintes vacinas a serem aplicadas dentro do programa de que trata esta lei:

- I - vacina contra gripe (influenza);
- II - vacina contra pneumonia (pneumococo);
- III - vacina contra difteria e tétano (dupla adulto - dt);
- IV - vacinas tornadas obrigatórias, eventualmente, por força de lei;
- V - doses de reforço, inclusive de outros tipos de vacina, quando for o caso.

Art. 4º (VETADO)

§ 1º (VETADO)

§ 2º (VETADO)

Art. 5º O programa instituído nesta lei poderá ocorrer durante todo o ano, mas sua realização será executada prioritariamente durante o outono ou no período de campanha de vacinação de idosos fixado pelo Poder Público.

Art. 6º As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 7º Esta lei será regulamentada pelo Poder Executivo, no que couber, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contado de sua publicação.

Art. 8º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 15 de maio de 2008, 455º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 15 de maio de 2008.

CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal

Câmara Municipal de São Paulo

Folha nº 45 do procs. 46
Nº 01-0228 de 2014
O funcionário
Me José
Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo-RF 10.940

Base de dados : **legis**Pesquisa : **49853**Total de referências : **1**

1/1Título: DECRETO Nº 49.853 30/07/2008 (ver documento)

Sem revogação expressa

Ementa: Regulamenta a Lei nº 14.725, de 15 de maio de 2008, que institui o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos no âmbito do Município de São Paulo.

[[Back](#)]

DECRETO Nº 49.853, DE 30 DE JULHO DE 2008

Regulamenta a Lei nº 14.725, de 15 de maio de 2008, que institui o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos no âmbito do Município de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei,

D E C R E T A:

Art. 1º. O Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos, instituído no âmbito do Município de São Paulo pela Lei nº 14.725, de 15 de maio de 2008, fica regulamentado na conformidade das disposições constantes deste decreto.

Parágrafo único. O Programa de que trata este decreto destina-se exclusivamente ao atendimento de cidadãos e cidadãs com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos que, comprovadamente, estejam impossibilitados de se deslocar até os locais de vacinação.

Art. 2º. A aplicação, em domicílio, das vacinas especificadas no artigo 3º deste decreto poderá ser solicitada pelos próprios beneficiários, por seus familiares, por terceiros por eles responsáveis ou por instituições de abrigo, por meio da Central 156.

Art. 3º. O serviço de atendimento indicará a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima do domicílio do beneficiário.

Art. 4º. O solicitante deverá formular o pedido de vacinação domiciliar mediante requerimento, por escrito, dirigido à Unidade Básica de Saúde mencionada no artigo 3º, o qual poderá ser entregue pessoalmente ou encaminhado por fac-símile, aos cuidados da assistente social ou enfermeira.

Art. 5º. Do requerimento deverão constar, obrigatoriamente:

I - nome completo do beneficiário, idade e tipo de incapacidade;

II - endereço completo do local onde deverá ser realizada a vacinação;

III - nome completo do solicitante e telefone para contato.

Art. 6º. De posse do requerimento, a Unidade Básica de Saúde terá o prazo de 3 (três) dias úteis para agendar, de comum acordo com o solicitante, a data e o horário da realização da vacinação.

Art. 7º. Compete à Unidade Básica de Saúde providenciar o transporte da equipe de vacinação até o domicílio do beneficiário.

Art. 8º. A vacina contra gripe somente poderá ser aplicada durante o período do outono, de 21 de março a 21 de junho de cada ano.

Art. 9º. As vacinas contra pneumonia, difteria e tétano e outras que vierem a se tornar obrigatórias poderão ser aplicadas durante todo o ano, porém, sua aplicação deverá ser priorizada pelas Unidades Básicas de Saúde também durante o outono.

Art. 10. As despesas decorrentes da execução deste decreto correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 11. Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 30 de julho de 2008, 455º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

JANUARIO MONTONE, Secretário Municipal da Saúde

Publicado na Secretaria do Governo Municipal, em 30 de julho de 2008.

STELA GOLDENSTEIN, Secretária do Governo Municipal - Substituta

Folha nº 47 do proc. fls. 48
Nº 01-0228 de 2014
O funcionário
M^a José
Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo-RF 10.940

PROJETO DE LEI 01-0706/2003 do Vereador Wadih Mutran (PP)

"Introduz § único ao artigo 2º da Lei nº 12.326, de 16 de abril de 1997, e dá outras providências.

A CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, decreta:

Art. 1º - Fica introduzido § único ao artigo 2º da Lei nº 12.326, de 16 de abril de 1997, a qual passará a conter a seguinte redação:

"Parágrafo único - Nos casos em que os idosos comprovadamente não possam deslocar-se até os postos de vacinação, o Executivo estará autorizado a proceder a vacinação em suas residências."

Art. 2º - As despesas com a execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias suplementadas se necessário.

Art. 3º- Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, produzindo efeitos a partir de 1º de Abril de 2003.

Sala das Sessões, Às Comissões competentes."

Folha nº 48 do proc. N° 01-0228 de 2014
O funcionário
Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo-RF 10.940

fls. 49

PROJETO DE LEI 01-0336/2009 do Vereador Toninho Paiva (PR)

"Cria a campanha municipal de vacinação anti-gripal (anti-influenza) em crianças acima de três anos e pacientes acometidos de doenças crônicas, no município de São Paulo.

A CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO decreta:

Art. 1º - Será realizada em toda a rede pública municipal de saúde, no mês de maio de cada ano, a "Campanha de Vacinação Anti-Gripal (anti-influenza)" em crianças acima de três anos de idade e pacientes acometidos de doenças crônicas, tais como diabéticos, cardiopatas, pulmonares e imunodeprimidos do tipo - oncológicos, transplantados e infectados pelo HIV/AIDS (grupos de risco).

Art. 2º - Serão considerados de natureza relevante os serviços prestados na "Campanha de Vacinação Anti-Gripal", por convocação ou trabalho voluntário.

Parágrafo Único - Os servidores municipais terão consignados em seus assentamentos funcionais a prestação de serviços de natureza relevante, comprovados mediante "Certificado de Participação".

Art. 3º - O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta lei no prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 4º - As despesas para execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 5º - Esta lei entrará em vigor a partir da data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, Às Comissões competentes.

Folha nº 49 do proc. fls. 50
Nº 01-0228 de 2014
O funcionário
Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo-RF 10.940



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

LEI Nº DE DE DE 2011

PL nº 100/10
Ver. Milton Ferreira

Dispõe sobre a postura proativa do Poder Público Municipal no aperfeiçoamento das campanhas de vacinação contra a gripe - "vírus influenza", e dá outras providências.

Faço saber que a Câmara, em sessão de 02 de agosto de 2011, decretou a seguinte lei:

Art. 1º O Poder Público Municipal envidará esforços para sensibilizar os entes responsáveis pelo planejamento das campanhas de vacinação contra a gripe - "vírus influenza", com a finalidade de:

I - ser contemplados também os alunos e servidores da rede pública municipal de ensino, independente da faixa etária;

II - que seja realizada ampla divulgação, informando acerca da importância e dos benefícios da medida, no período que anteceder às campanhas de vacinação;

III - que a medida seja incorporada ao calendário anual de vacinação, devendo ser preferencialmente realizada em período anterior à época de maior incidência da doença.

Art. 2º As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Câmara Municipal de São Paulo, 03 de agosto de 2011.

O Presidente,

José Police Neto

JCSS/okm

PUBLICADO DOC 01/09/2011, PÁG. 03

RAZÕES DE VETO

Projeto de Lei nº 100/10

Ofício ATL nº 109, de 31 de agosto de 2011

Ref.: OF-SGP23 nº 2714/2011

Senhor Presidente

Por meio do ofício acima referenciado, ao qual ora me reporto, Vossa Excelência encaminhou à sanção cópia autêntica do Projeto de Lei nº 100/10, de autoria do Vereador Milton Ferreira, aprovado na sessão de 2 de agosto do corrente ano, que objetiva dispor sobre a postura proativa do Poder Público Municipal no aperfeiçoamento das campanhas de vacinação contra a gripe (vírus "influenza").

Nesse sentido, prevê a mensagem que incumbirá ao Executivo envidar esforços para sensibilizar os responsáveis pelo planejamento das referidas campanhas de vacinação, com a finalidade de: 1) contemplar também os alunos e servidores da rede pública municipal de ensino, independentemente da faixa etária; 2) realizar ampla divulgação, informando acerca da importância e dos benefícios da medida, no período que anteceder as campanhas de vacinação; e 3) incorporar a iniciativa ao calendário anual de vacinação, preferencialmente em período anterior à época de maior incidência da doença.

Contudo, embora reconhecendo o mérito da propositura, vejo-me na contingência de vetar o seu inteiro teor, fazendo-o com supedâneo no artigo 42, § 1º, da Lei Orgânica do Município, na conformidade das razões a seguir explicitadas.

No Brasil, por força do disposto na Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, regulamentada pelo Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, a aquisição e a administração de imunológicos são coordenados pelo Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI), sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, o qual tem por objetivo contribuir para o controle, eliminação e/ou erradicação de doenças imunopreveníveis, utilizando estratégias básicas de vacinação de rotina e de campanhas anuais, desenvolvidas de forma hierarquizada e descentralizada, mediante o estabelecimento de competências e/ou atribuições e responsabilidades à União, aos Estados-membros, ao Distrito Federal e aos Municípios, consoante previsto na Portaria GM/MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, e na Instrução Normativa SVS nº 1, de 19 de agosto de 2004.

Assim, de acordo com essa sistemática, as vacinações são realizadas em todo o País em consonância com as recomendações advindas do Ministério da Saúde. No caso específico da "Campanha de Influenza", a definição do público-alvo deve ser feita a partir da situação epidemiológica da doença (etiologia, incidência, gravidade e mortalidade), avaliada a cada ano, de modo que os grupos populacionais de maior vulnerabilidade possam receber a vacina. Para o ano de 2011, o Ministério da Saúde definiu, como público-alvo, os seguintes grupos populacionais: os trabalhadores da área da saúde, a população indígena aldeada, as gestantes em qualquer idade gestacional, as crianças com idade entre seis e vinte e três meses de idade, a população com idade igual ou superior a sessenta anos e os grupos de risco em virtude de doenças de base.

Outrossim, em tal cenário, incumbe ao Ministério da Saúde proceder à aquisição das vacinas, nos mercados nacional e internacional, nos laboratórios produtores, assim como promover a absorção da tecnologia necessária à autossuficiência na produção de referidos imunobiológicos. Na sequência, as vacinas são repassadas às Secretarias Estaduais de Saúde, cabendo a estas, por sua vez, distribuí-las aos Municípios, os quais devem executar as ações em conformidade com as diretrizes e critérios previamente estabelecidos.

Folha nº 51 do proc. fls. 52
Nº 01-0228 de 2014
O funcionário
M. José de Oliveira
Técnico Administrativo - RF 10.940

Por conseguinte, a vacinação de alunos e servidores da rede pública municipal de ensino, independentemente da faixa etária, na forma preconizada no inciso I do artigo 1º do projeto de lei aprovado, não se enquadra em nenhum dos critérios atualmente estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a vacinação contra o vírus "influenza" com base em dados epidemiológicos. Como consequência dessa impossibilidade, ficam prejudicadas as previsões insertas nos incisos II e III do aludido dispositivo, relativas à ampla divulgação da importância e dos benefícios da medida, bem como à sua incorporação ao calendário anual de vacinação.

Como se vê, em face dessas circunstâncias limitadoras e até mesmo impeditivas, consubstancia-se inócua e ineficaz qualquer providência ou postura proativa do Poder Público Municipal no sentido de sensibilizar os "entes responsáveis pelo planejamento das campanhas de vacinação contra a gripe", para nelas contemplar os alunos e servidores da rede pública municipal de ensino, independentemente da faixa etária, porquanto de antemão já se sabe que esse desiderato não poderá ser alcançado sem a concordância do Governo do Estado e da União, a qual, aliás, se permitida, acarretaria a sua extensão a todos os cidadãos brasileiros que se encontrassem na mesma situação, isso em decorrência do princípio do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde (artigo 2º da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde - SUS).

Concluindo, afigura-se contrária ao interesse público a conversão em lei de proposição que, como acima evidenciado, apenas criará uma expectativa no seio da sociedade, dada a sua remota possibilidade de concretização pelo Município.

Nessas condições, assentadas as razões que me conduzem a vetar integralmente o projeto de lei em apreço, devolvo o assunto ao reexame dessa Colenda Casa de Leis.

Na oportunidade, renovo a Vossa Excelência meus protestos de apreço e consideração.

GILBERTO KASSAB, Prefeito

Ao Excelentíssimo Senhor

JOSÉ POLICE NETO

Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de São Paulo

Folha nº 52 do proc.
Nº 01-0228 de 2014
O funcionário
Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo-RF 10.940

PUBLICADO DOC 06/02/2013, PÁG 76

PROJETO DE LEI 01-00005/2013 do Vereador Wadih Mutran (PP)

"Dispõe sobre a criação e inclusão do programa "PROJETO CIDADANIA APRENDER BRINCANDO", a ser implantado na rede ensino público no Município de São Paulo, e dá outras providências.

A CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, decreta:

Art. 1º - Torna obrigatória a inclusão nas comunidades mais carentes da rede de ensino público do Município de São Paulo, o programa "PROJETO CIDADANIA APRENDER BRINCANDO", que deverá levar aos alunos do ensino fundamental conhecimento e desenvolvimento de questões de temas sobre a valorização da vida, meio ambiente, drogas, violência, racismo, combate a dengue e também como se prevenir da gripe influenza A (H1N1).

Art. 2º - O referido programa educacional deverá ser levado para as crianças e adolescentes nas comunidades mais carentes, por intermédio de materiais didáticos, como jogos, revistas em quadrinhos, etc., levando conhecimento e esclarecendo dúvidas aos pais e alunos da rede de ensino público do Município de São Paulo.

Art. 3º - As despesas com a execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias suplementadas se necessária.

Art. 4º - O Poder Executivo editará os Atos cabíveis com vista à regulamentação do disposto nesta lei.

Art. 5º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, às Comissões competentes."

PUBLICADO DOC 28/08/2013, PÁG 70

PROJETO DE LEI 01-00561/2013 da Vereadora Patrícia Bezerra (PSDB)

"Institui Plano Municipal de vacinação contra a gripe para doadores de sangue e dispõe sobre a administração da vacina na Cidade de São Paulo, e dá outras providências.

Art. 1º Todo doador de sangue tem direito a receber a vacina contra gripe por parte da Rede Pública de Saúde do Município de São Paulo, integrante do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º Para os efeitos desta Lei, é considerado Doador de Sangue, a pessoa que doou sangue nos hospitais públicos nos últimos 24 meses anteriores ao início da Campanha Anual de vacinação e que passou por todo o processo de triagem e conscientização das condições de doação de sangue, determinada pelo Protocolo da Fundação Pró-Sangue;

Art. 3º São princípios da vacinação contra a gripe:

I - caráter facultativo ao receptor;

II- A garantia da saúde e bem-estar favorável ao doador de sangue, para que ele tenha condições de doação com maior frequência.

III - O acesso fácil e desburocratizado aos locais públicos de vacinação ou nos postos de coleta de sangue, mediante o protocolo oficial de doação de sangue com validade inferior a 24 meses a contar da data da doação do sangue.

IV - A observação de intervalo de 48 horas entre a doação de sangue e a vacinação contra a gripe.

V - A ciência e conscientização de que a aplicação da vacina somente ocorrerá durante o Calendário público da Campanha Anual de vacinação contra a gripe.

Parágrafo único. Fica sob a responsabilidade do doador de sangue ou seu médico de confiança, a avaliação da restrição da aplicação da vacina;

Art. 4º O Poder Público Municipal publicará, periodicamente, protocolos descrevendo as rotinas e procedimentos de vacinação específicos aos doadores de sangue;

Art. 5º O Poder Público Municipal disponibilizará ao público em geral, periodicamente atualizados, os dados estatísticos sobre os índices de frequência de doação de sangue aos doadores que são receptores da vacina;

Art. 6º E facultado ao Poder Público Municipal estimular a vacinação contra a gripe ao grupo de doadores de sangue já cadastrados nos hemocentros ou bancos de sangue da Cidade de São Paulo, utilizando-se dos instrumentos já utilizados pelos mesmos, como cartas, emails e mensagens de texto pelo celular.

Art. 7º O Poder Público regulamentará a presente Lei no prazo de 90 (noventa) dias, contados da data de sua publicação.

Art. 8º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas, se necessário.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data da publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, 20 de agosto de 2013. Às Comissões competentes."

RECEBIDO
Comissão de Constituição, Justiça
e Legislação Participativa
Em 11/06/14 às 18h
RF 11.197
CARMEN CRISTINA MALAVAZZI

Ao Nobre Vereador / À Nobre Vereadora

Gloriano Tesaro

Para relatar,

Sala da Comissão de Constituição, Justiça
e Legislação Participativa

Em 16/06/2014

Presidente

Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias.
Os termos do § 3º artigo 63 do RI.

EM 16/06/14 às 18:50
POR Ixo
26/06/14 14:30 M. José

RECEBIDO NA PROCURADORIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SETOR DO PROCESSO LEGISLATIVO
EM 24/10/14 às 16:50h
POR Ixo
SAÍDA 31/10/14 AS: 14 h ASS: Je

Segue m juntado 5, nesta data documento(s)
e papel de informação rubricado 5 sob folha(s)
nº 54 e 55 Em 13/11/14

Carmen Cristina Malavazzi C
RF. 11.197 - SGP-12

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**16 - PAR
16- 01485/2014

PI0228-14

Folha nº 54 de 56
Processo nº 01- 228/14
Carmen Cristina Malavazzi *lg*
RF. 11.197 - SGP-12**PARECER Nº DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E
LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 0228/14.**

Trata-se de projeto de lei, de iniciativa do nobre Vereador Eduardo Tuma, que visa instituir o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos.

De acordo com a proposta, o referido Programa será desenvolvido por meio da Secretaria Municipal de Saúde, que deverá fornecer as vacinas e os profissionais para sua aplicação.

Sob o aspecto jurídico o projeto pode prosseguir em tramitação, eis que apresentado no exercício da competência legislativa desta Casa, nos termos dos artigos 13, I; 37 e 215 todos da Lei Orgânica do Município.

Outrossim, sob o aspecto material, o projeto se encontra em consonância com os mandamentos da Constituição Federal e da Lei Orgânica do Município, destacando-se que a determinação veiculada na propositura no sentido da obrigatoriedade da vacinação situa-se na seara da prestação de serviços públicos, tema para o qual não mais há reserva da iniciativa de leis ao Executivo.

Tanto na Carta Magna (art. 196) quanto na Lei Fundamental do Município (artigos 213 e 216, I), existe expresse mandamento no sentido de que o Poder Público garantirá a todos o acesso universal e igualitário à saúde, sob os aspectos de promoção, preservação e recuperação.

Vale lembrar que o idoso é um daqueles sujeitos especiais – assim como as crianças e adolescentes e as pessoas com deficiência – aos quais o ordenamento jurídico determina que seja dada proteção especial. Exatamente neste sentido dispõe a Constituição Federal em seu art. 230 que é dever do Estado amparar as pessoas idosas, sendo que os programas de amparo serão efetuados preferencialmente em seus lares, nos termos do § 1º do citado artigo.

Ainda nessa linha o Estatuto do Idoso, tratando do direito à saúde, estabelece que a prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas pelo atendimento domiciliar para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, dentre outros meios (art. 15, §1º, IV). Também na Lei Orgânica do Município há expressa e especial menção ao direito dos idosos em ter acesso integral à saúde (art. 225, II).

Importante registrar, por fim, que a Constituição Federal estabelece como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde a prioridade para as atividades preventivas (art. 197, II). Tal posicionamento do legislador constituinte se deve ao claro fato de que adotando ações preventivas certamente a incidência da doença diminuirá e, conseqüentemente, os gastos



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

PI0228-14

Fls. 57
Folha nº 55
Processo nº 01-228/14
Carmen Cristina Malavazzi
RF. 11.197 - SGP-12

com tratamentos, medicamentos, internações e afins serão reduzidos desonerando os cofres públicos, isso, sem mencionar o ganho em qualidade de vida para a população.

Para ser aprovado o projeto depende de voto favorável da maioria absoluta dos membros desta Casa, nos termos do art. 40, § 3º, XII, da Lei Orgânica do Município.

Ante o exposto, somos pela **LEGALIDADE**.

Sala da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, em 12/11/14


ARSELINO TATTO

CONTE LOPES

EDUARDO TUMA

X FLORIANO PESARO

GOULART

GEORGE HATO

JULIANA CARDOSO

ROBERTO TRIPOLI


SANDRA TADEU

17 - RELCOM
17- 01530/2014

Carmen Cristina Malovecki
RF 11.197

Em 13/11/14
Carmen Cristina Malavazzi
RF. 11.197

Ass. Lucio de Oliveira Sousa
Assistente Parlamentar
RF. 100.823

Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias, nos termos do § 3º artigo 63 do RI

Presidente

~~SECRET~~
SECRETARIA
RF - 100



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

PL 0228/14

PAR

309/2015

PARECER

DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOBRE O

PROJETO DE LEI Nº 0228/2014.

Trata-se de Projeto de Lei, de iniciativa do Nobre Vereador Eduardo Tuma, que "institui o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos".

Nos termos da propositura, institui-se, no âmbito do Município de São Paulo, o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos, que se destinará ao atendimento de cidadãos com 60 anos ou mais, cujo estado de saúde os impeçam de se deslocarem até os locais de vacinação.

O cadastro no Programa poderá ser feito pelo próprio idoso, por seus familiares ou por terceiro responsável. Consta, ainda, no projeto a relação de vacinas que serão disponibilizadas: i – contra gripe (influenza); ii - contra pneumonia (pneumococo); iii - contra difteria e tétano (dupla adulto – dt); iv – aquelas obrigatórias, por força de Lei; e v – doses de reforço, inclusive de outros tipos, não constante desta relação, quando for o caso.

Responsabilizar-se-á pelo desenvolvimento e implementação do Programa a Secretaria Municipal de Saúde, a qual deverá fornecer as vacinas, assim como disponibilizar profissionais aptos a realizarem sua aplicação.

Conforme a exposição de motivos que acompanha a iniciativa, "o idoso, em alguns casos, fica com seu estado de saúde debilitado e muitas vezes não tem condições físicas e financeiras de locomoção."

A Digníssima Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa manifestou-se pela **Legalidade** do projeto.

Em vista do exposto, a Comissão de Administração Pública é **FAVORÁVEL** ao projeto.

Sala da Comissão de Administração Pública, em 11/03/15

MARIO COVAS NETO

ANDREA MATARAZZO

CORONEL CAMILO

JOSÉ AMÉRICO

PASTOR EDEMILSON CHAVES

VALDECIR CABRABON

RELCOM

LAÉRCIO BENKO

316/2015

Folha nº 56 do proc.
nº 01-228 de 2014
Elaine Gonçalves Gavioli
RF 100465

fls. 59

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL

DE 12/03/15

Pág. 87 Col. 2ª

Conferido [assinatura]

À Comissão de Saúde, Promoção Social,
Em 13/03/15
Elaine Gonçalves Gavioli
RF. 100488 [assinatura] Trabalho e Mulher

RECEBIDO
Comissão de Saúde, Promoção
Social, Trabalho e Mulher

Em 01/04/15 às 15h

[assinatura]
Liliane Jun Ogura
Técnico Administrativo
RF. 11.095

Ao Vereador / A Vereadora
Patricia Bezerra

Para relatar.
Sala da Comissão de Saúde, Promoção Social,
Trabalho e Mulher
Em [assinatura]
[assinatura]
Presidente

Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias, nos
termos do § 3º artigo 63 do RI.

Segue [assinatura] juntado [assinatura] neste dia documento(s)
e papel de informação rubricado [assinatura] sob rubrica(s)
nº 57 Em 19/06/15

Liliane Jun Ogura [assinatura]
RF. 11.095 - Técnico Administrativo



CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

PAR
F 1045/2015 DA COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO
E MULHER SOBRE O PROJETO DE LEI 228/2014

O presente projeto de lei, de autoria do vereador Eduardo Tuma, institui o programa de vacinação domiciliar de idosos.

A Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa exarou parecer de legalidade.

A Comissão de Administração Pública manifestou parecer favorável ao projeto.

A Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher, no âmbito de sua competência, entende que a propositura é meritória e deve prosperar, sendo, portanto, **favorável o parecer nos termos do substitutivo da Comissão de Educação Cultura e Esportes.**

O projeto propõe o "Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos" que será destinado a cidadãos com 60 (sessenta) anos ou mais, que solicitem por si mesmos, por familiares ou terceiros por eles responsáveis, a aplicação das vacinas contra a gripe (influenza), pneumonia (pneumococo), difteria e tétano (dupla adulto dt), vacinas tornadas obrigatórias eventualmente por força de lei e doses de reforço, inclusive de outros tipos de vacina, no próprio domicílio.

A Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher, no âmbito de sua competência, entende que a propositura é meritória e deve prosperar, sendo, portanto **favorável o parecer.**

Sala da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher, 14/06/15

Aníbal de Freitas

Netinho de Paula

Patricia Bezerra relatora

CALVO
Presidente

Natalini

Noemi Nonato

Wadih Mutran

RELCOM
1084/2015

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL
DE 19/06/15
Pág. 104 Col. 32
Conferido 22

Liliane Jun Ogura
Técnico Administrativo
RF. 11.094

Comissão de Finanças
em 19/06/15
Liliane Jun Ogura 22
RF. 11.095

RECEBIDO
Comissão de Finanças e Orçamento
Em 24/6/15 às 17:26
RF 11.261
Vinícius Moreira do Nascimento
RF. 11.261

Do Vereador / A Vereadora

Para relatar.
Sela da Comissão de Finanças e Orçamento
Em 26/06/15

Presidente
Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias, nos
termos do § 3º artigo 63 do RI.

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Seguem, juntados nesta data, 58/59 folhas de nºs 58/59 em 27/8/15
Papel para Informação rubricados sob
Documento

Danillo Nunes da Silva
Técnico Administrativo
RF. 11.313



Folha	58
Proc. Nº	07-228/2014
Danillo Nunes da Silva	
RF. 11.313	

PARECER Nº **PAR** **DA COMISSÃO DE FINANÇAS E**
1381/2015
ORÇAMENTO SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 228/2014

O presente projeto de lei, de autoria do nobre Vereador Eduardo Tuma, visa instituir o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos.

O art. 2º da propositura determina que o mencionado Programa será destinado a cidadãos com 60 (sessenta) anos ou mais, que solicitem por si mesmos, por familiares ou terceiros por eles responsáveis, a aplicação das vacinas especificadas no art. 3º, no próprio domicílio, aplicando-se esse direito exclusivamente aos idosos que comprovadamente estejam impossibilitados de se deslocar até os locais de vacinação.

As vacinas a serem aplicadas dentro do programa, conforme o art. 3º, serão:

- I- vacina contra a gripe (influenza);
- II - vacina contra a pneumonia (pneumococo);
- III - vacina contra difteria e tétano (dupla adulto - dt);
- IV - vacinas tornadas obrigatórias eventualmente, por força de lei; e
- V - doses de reforço, inclusive de outros tipos de vacina, quando for o caso.

A Secretaria Municipal da Saúde disponibilizará para a vacinação, no mínimo, uma equipe de apoio e um veículo para a plena consecução dos objetivos nela visados, todos devidamente habilitados.

O art. 5º estabelece que o Programa poderá ocorrer durante todo o ano, mas sua realização será executada prioritariamente no período de campanha de vacinação de idosos fixado pelo Poder Público.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha	59
Proc. Nº	07-228-12014
Danillo Nunes da Silva	
RF. 11/313	

Quanto ao aspecto financeiro, nada há a opor à propositura, visto que as despesas de sua execução serão cobertas por dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Favorável, portanto, é o parecer.

Sala da Comissão de Finanças e Orçamento, em 14/8/2015.

Ver. José Police Neto
Presidente

Ver. Abou Anni
Relator

Ver. Adilson Amadeu

Ver. Aurélio Nomura

Ver. Jar Tatto

Ver. Milton Leite

Ver. Ota

Ver. Paulo Fiorilo

Ver. Ricardo Nunes

RELCOM
1443/2015

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL
DE 27 / 8 / 2015
Pág. 93 Col. 3
Conferido _____

Danillo Nunes da Silva
Técnico Administrativo
RF. 41.813

À SGP 27

São Paulo 24 / 8 / 15

Danillo Nunes da Silva
Técnico Administrativo
RF. 11.313

Segue(m) juntado(s) nesta
data, documento(s) rubricado(s)
sob nº(s) <u>60</u> a <u>60</u>
folha de informação sob
nº <u>2</u> / <u>01</u> / <u>12</u>

Rodrigo A. Tomaz
Técnico Administrativo
RF 11.401



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

fls. 66

Papel para informação, rubricado como folha nº 60

do processo nº **01-0228** de **2014**.

02/01/2017 (a)

Rodrigo Abílio Tomaz
RF 11.401

À SGP - 33

Sr. Supervisor,

Encaminho os presentes autos para arquivamento em
face ao disposto no Art.275 do Regimento Interno da C.M.S.P.

02/01/2017

Rodrigo Abílio Tomaz
RF 11.401
Técnico Administrativo
SGP.21

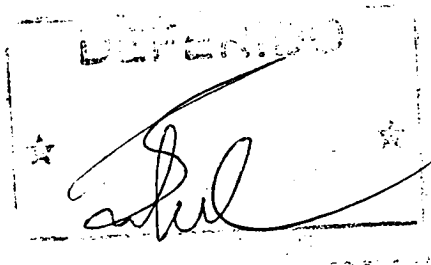
117715

SECRETARIA DE DOCUMENTAÇÃO SUPERVISÃO DE ARQUIVO GERAL	
Proc. encerrado com	60 fls.
Arquivado em	05/01/2017
O Func.º	

CIRO SOL PAVAN MONTAUT
Técnico Administrativo
RF: 11.329

Segue(m) juntado(s), nesta data, documento(s) rubricado(s) sob n.º 61 e folha de informação sob n.º 62 21/02/2017	
--	--

Ellete L.S.
Ellete Lopes Silvério
RF 11.393 - SGP-33



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

REQUERIMENTO

Folha nº 61 do Processo
nº 01-228 de 2014

115. 68

Ellete L. S.
Ellete Lopes Silvério
RF 11.393 - SGP-33

Senhor Presidente,

RDS

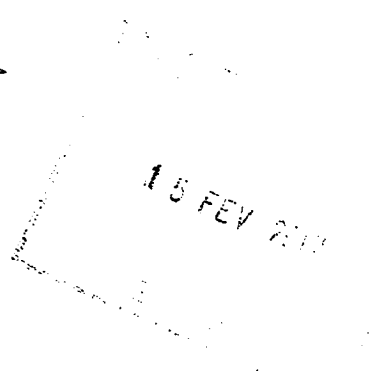
135/2017

REQUEIRO, nos termos do art. 275 do Regimento Interno, o retorno à tramitação das proposições elencadas a seguir: PDL 30/2015; PDL 56/2015; PL 2/2014; PL 4/2014; PL 8/2014; PL 15/2014; PL 16/2011; PL 17/2011; PL 21/2014; PL 23/2013; PL 36/2014; PL 42/2013; PL 52/2013; PL 59/2014; PL 63/2013; PL 63/2014; PL 65/2010; PL 69/2014; PL 70/2014; PL 81/2013; PL 82/2016; PL 87/2014; PL 120/2013; PL 126/2016; PL 128/2014; PL 137/2014; PL 151/2013; PL 155/2013; PL 156/2013; PL 168/2013; PL 176/2013; PL 181/2014; PL 194/2013; PL 195/2014; PL 201/2013; PL 213/2013; PL 214/2013; PL 228/2014; PL 229/2014; PL 245/2014; PL 251/2014; PL 256/2013; PL 266/2013; PL 268/2012; PL 276/2013; PL 290/2013; PL 294/2016; PL 304/2014; PL 313/2013; PL 315/2013; PL 316/2014; PL 325/2014; PL 328/2013; PL 329/2013; PL 330/2013; PL 330/2014; PL 331/2014; PL 332/2013; PL 337/2013; PL 339/2014; PL 348/2014; PL 363/2013; PL 366/2015; PL 394/2013; PL 396/2013; PL 398/2012; PL 399/2014; PL 400/2014; PL 401/2014; PL 404/2015; PL 419/2013; PL 429/2014; PL 430/2014; PL 434/2014; PL 441/2014; PL 454/2015; PL 472/2014; PL 474/2014; PL 485/2013; PL 490/2014; PL 496/2012; PL 506/2015; PL 513/2013; PL 519/2013; PL 520/2013; PL 524/2015; PL 526/2013; PL 527/2013; PL 528/2013; PL 531/2013; PL 533/2013; PL 545/2013; PL 546/2013; PL 555/2013; PL 557/2013; PL 570/2015; PL 572/2013; PL 573/2013; PL 585/2013; PL 600/2013; PL 600/2015; PL 601/2011; PL 610/2013; PL 623/2013; PL 644/2013; PL 678/2013; PL 679/2013; PL 761/2013; PL 762/2013; PL 764/2013; PL 781/2013; PL 782/2013; PL 810/2013; PL 811/2013; PL 820/2013; PL 823/2013; PL 844/2013; PL 854/2013; PL 859/2007; PL 868/2013; PL 879/2013; PL 898/2013; PL 899/2013; PLO 1/2014; PLO 2/2013; PLO 5/2015; PLO 6/2013; PLO 8/2013; PLO 19/2001; PR 3/2014; PR 13/2015; PR 18/2015; PR 19/2013; PR 20/2013;

15:45 14/02/2017 017167 - Protocolo Legislativo - SGP-22

Sala das Sessões, 14 de fevereiro de 2017

Adriana Ramalho
PSDB





**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 62

do processo nº 01-228 de 2014, 21, 02, 2017 (a) Eliete L.S.

Eliete Lopes Silvério
RF 11.393 - SGP-33

À SGP.33

Sr. Supervisor,

Encaminho o presente requerimento para as providências pertinentes.

17/02/2017


ANTONIO ISOLDI CALEARI
Supervisor da Equipe de Controle do Processo Legislativo
SGP.22

À SGP.-22

Sr. Supervisor,

Conforme solicitado pelo RDS nº 13-135/2017, segue o presente expediente para volta à tramitação.

21/02 2017


UBIRAJARA DE FARIAS PRESTES FILHO
Supervisor da Equipe de Arquivo Geral
SGP.33

A SGP - 21

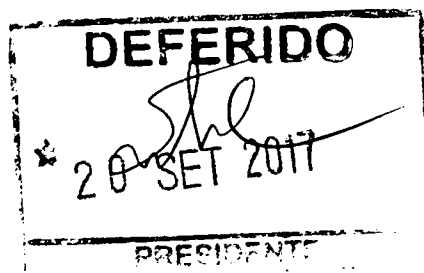
02/03/17

[Handwritten signature]

Antonio Isoldi Caleari
Supervisor - SGP. 22
RF 11.300

Segue(m) juntado(s), nesta
data, documento(s) rubricado(s)
sob nº(s) 63 e
folha de informação sob
nº 25/09/17

Marcia Gazy
Auxiliar Técnico Administrativo
RF 51.539



CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

autuado em 30/09/2015 00:00:00.

Folha nº 63 do processo
nº 228 de 2014 fls. 71

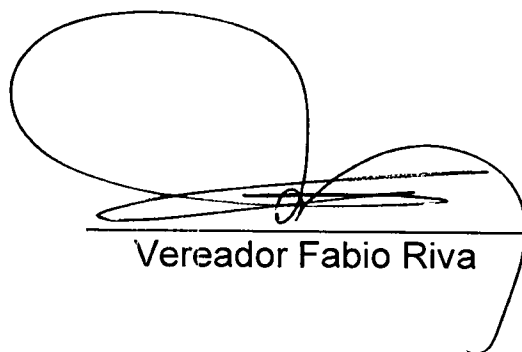
Marcia G. G. G.
11/09/2017

REQUERIMENTO

RDS
1178/2017

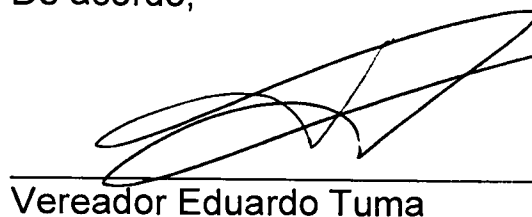
Senhor Presidente,

Requeiro que seja admitida a minha coautoria ao PL nº 228/2014, de autoria do Eduardo Tuma que INSTITUI O PROGRAMA DE VACINAÇÃO DOMICILIAR DE IDOSOS.

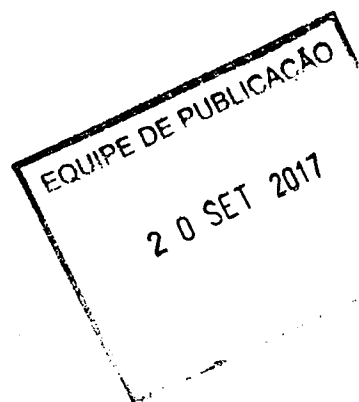


Vereador Fabio Riva

De acordo,



Vereador Eduardo Tuma



16:09 19/09/2017 019795 - Protocolo Legislativo - SSP-22

Matéria PL 228/2014. O arquivo migrado do ECM não contém assinaturas.

A SGP-21

21, 09, 17

[Handwritten Signature]

Antonio Isoldi Caleari
Supervisor - SGP. 22
RF 11.300

Segue em anexo nesta
data, documento nº(s) 64 e
sob nº(s) 25 09 17
folha nº 1

Marcia Da Silva
Auxiliar Técnico Administrativo
RF 51.989

Folha nº 64 do processo nº 228 de 2014
Mônica Gazotti
Secretária

próxima pauta, números iguais de projetos.

O SR. PRESIDENTE (Milton Leite - DEM) – Basta que solicitasse aqui, nobre Vereador, não tem nenhum problema, em primeira.

O SR. DAVID SOARES (DEM) – (Pela ordem) - Agradeço.

O SR. PRESIDENTE (Milton Leite - DEM) – Vamos seguir a pauta.

Até porque o acordo cabe perfeitamente sobre a pauta, não aos itens.

Passemos ao item seguinte.

- “PL 228/2014, do Vereador EDUARDO TUMA (PSDB). Institui o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos. FASE DA DISCUSSÃO: 1ª. Aprovação mediante voto favorável da maioria absoluta dos membros da Câmara.”

O SR. PRESIDENTE (Milton Leite - DEM) – Em discussão. Há um orador inscrito.

Tem a palavra, para discutir, o nobre Vereador Eduardo Tuma.

O SR. EDUARDO TUMA (PSDB) – (Pela ordem) - Sr. Presidente, retiro minha inscrição.

O SR. PRESIDENTE (Milton Leite - DEM) – Não há mais oradores inscritos; está encerrada a discussão. A votos o PL 228/14. Os Srs. Vereadores favoráveis permaneçam como estão; os contrários, ou aqueles que desejarem verificação nominal de votação, manifestem-se agora. (Pausa) Aprovado em primeira discussão, volta em segunda.

Passemos ao item seguinte.

65
26.09.17
Marcia Gayon
Auxiliar Técnico Administrativo
RF 51489

próxima pauta, números iguais de projetos.

O SR. PRESIDENTE (Milton Leite - DEM) – Basta que solicitasse aqui, nobre Vereador, não tem nenhum problema, em primeira.

O SR. DAVID SOARES (DEM) – (Pela ordem) - Agradeço.

O SR. PRESIDENTE (Milton Leite - DEM) – Vamos seguir a pauta.

Até porque o acordo cabe perfeitamente sobre a pauta, não aos itens.

Passemos ao item seguinte.

- “PL 228/2014, do Vereador EDUARDO TUMA (PSDB). Institui o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos. FASE DA DISCUSSÃO: 1ª. Aprovação mediante voto favorável da maioria absoluta dos membros da Câmara.”

O SR. PRESIDENTE (Milton Leite - DEM) – Em discussão. Há um orador inscrito.

Tem a palavra, para discutir, o nobre Vereador Eduardo Tuma.

O SR. EDUARDO TUMA (PSDB) – (Pela ordem) - Sr. Presidente, retiro minha inscrição.

O SR. PRESIDENTE (Milton Leite - DEM) – Não há mais oradores inscritos; está encerrada a discussão. A votos o PL 228/14. Os Srs. Vereadores favoráveis permaneçam como estão; os contrários, ou aqueles que desejarem verificação nominal de votação, manifestem-se agora. (Pausa) Aprovado em primeira discussão, volta em segunda.

Passemos ao item seguinte.