



SÃO PAULO
DEPUTADO AFANASIO JAZADJI

PROTOCOLO
REGISTRO DO PROJETO DE LEI
820 de 31/10/1995
Autuado em 18 folhas
Ass. J

SÃO PAULO, ELEIÇÃO DE 15 DE NOVEMBRO DE 1986
558.138
A maior votação de um só Deputado Estadual em toda a história do Brasil
e o único candidato a receber voto em todos os 312 municípios do Estado.

Publique-se Inclua-se em
pauta por cinco sessões
30 março 95
RICARDO TRÍPOLI - Presidente

PROJETO DE LEI Nº 103 DE 1995.

" Estabelece normas para vacinação de recém-nascidos e lactentes, além de todos os profissionais da área da saúde e indivíduos de grupo de risco. "

PLS. N.º 01
PROC. 820
J

A ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO DECRETA:

Artigo 1º - Fica a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo obrigada a proceder, a partir de 1º de janeiro de 1996, a vacinação em massa contra a meningite pela bactéria *Haemophilus Influenzae* tipo b e contra a Hepatite B.

§ 1º- A vacinação contra a meningite pela bactéria *Haemophilus Influenzae* tipo b será aplicada na seguinte conformidade:

1- Act Hib

a) Crianças até 12 meses, três injeções com intervalo de um a dois meses, antes da idade de seis meses.

b) Duas injeções, com intervalo de um a dois meses, entre 6 a 12 meses.

c) Reforço aos 18 meses.

d) Crianças maiores de 12 meses, uma única dose.

2- Hib Titer

a) Será aplicada aos 2, 4 e 6 meses ou 3, 5, e 7 meses.

- c o n t i n u a -

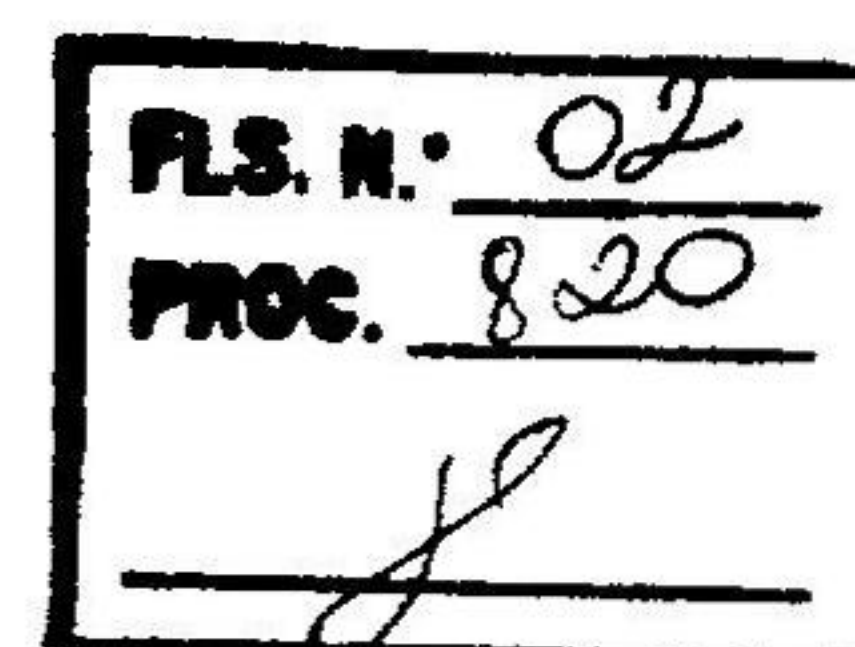
ENTREGUE À PRES. EM: 22588
23 MAR 1995

b) reforço aos 15 meses.

c) Se a vacinação começar após seis meses de idade, aplicam-se duas doses, com intervalo de dois meses e reforço aos 15 meses.

d) Entre 12 e 15 meses: duas doses, com intervalo de dois a três meses.

e) Após 15 meses: dose única.



3- Pedvax Hib

a) Em crianças menores de seis meses, aplicam-se duas doses, com intervalo de dois meses e reforço com um ano.

b) se a vacinação começar no segundo semestre ou no segundo ano de vida, esquema igual ao Hib Titer.

4- Prohibit

a) Será utilizada em dose única, para crianças com 18 meses até 6 anos de idade.

§ 2º - A vacinação contra a Hepatite B será aplicada na seguinte conformidade:

- 1- Lactentes e crianças.
- 2- Pessoal dos Serviços de Saúde.
- 3- Pessoas que recebem produtos de sangue com frequência.
- 4- Residentes e funcionários de instituições.
- 5- Pessoas em risco aumentado devido a seus comportamentos sexuais.
- 6- Usuários dependentes de drogas injetáveis ilícitas.
- 7- Viajantes para áreas de alta endemicidade de HBV.

- c o n t i n u a -

- 8- *Pecêm-nascidos de mães portadoras de HBV.*
- 9- *Pessoas oriundas de áreas de alta endemicidade de HBV.*
- 10- *Pessoal da Polícia, Corpo de Bombeiros, Forças Armadas e qualquer um que em seu trabalho ou atividade pessoal possa estar exposto ao HBV.*
- 11- *Pacientes com infecção aguda ou crônica por HBV.*

Artigo 2º

- *As vacinações especificadas no " caput " do artigo anterior deverão obrigatoriamente serem realizadas somente com seringas e agulhas descartáveis.*

Parágrafo único-*A abertura das embalagens das seringas e agulhas descartáveis deverá ser feita no momento da aplicação, à vista do indivíduo a ser vacinado.*

Artigo 3º

- *As despesas com a execução desta vacinação correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas no orçamento vigente, suplementadas, se necessário, devendo os orçamentos futuros destinar recursos específicos para o fiel cumprimento desta lei.*

Artigo 4º

- *Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.*

Sala das Sessões, em

Divisão de Ordenamento Legislativo
Esta proposição contém
assinaturas

SDC, 30/3 /1995

Chefe de Seção



Deputado AFANASIO JAZADJI

J U S T I F I C A T I V A

FLS. N.º	04
PROC.	820
	

As vacinas contra a meningite pela bactéria Haemophilus Influenzae tipo b e contra a Hepatite B, já são de uso rotineiro nos países de primeiro mundo.

Nossa iniciativa nesta propositura é obrigar e alertar nossas autoridades estaduais para a gravidade da situação e chamá-las para que venham buscar parcerias com Fundações e empresas privadas visando o mais rápido possível uma vacinação em massa contra ambas as moléstias que tanta mortes tem causado.

Queremos deixar claro que esta vacina contra a meningite não tem nada a ver com a meningite causada pelo meningococo tipo B, contra a qual foi tentada uma vacina cubana, há 3 anos, já comprovadamente ineficaz.

Para melhor compreensão de nossos pares e dos leitores do Diário Oficial dividiremos a nossa justificativa em dois tópicos. Abordaremos em ambos os aspectos práticos e a importância para a população paulista de cada uma das vacinas, que pretendemos ver o mais rápido possível em uso pelo Ministério da Saúde em todo o Brasil.

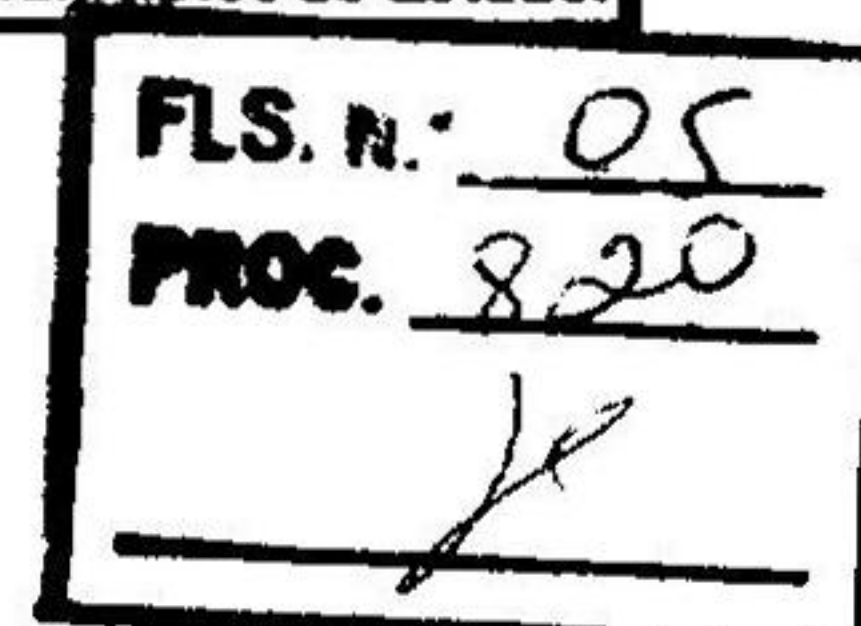
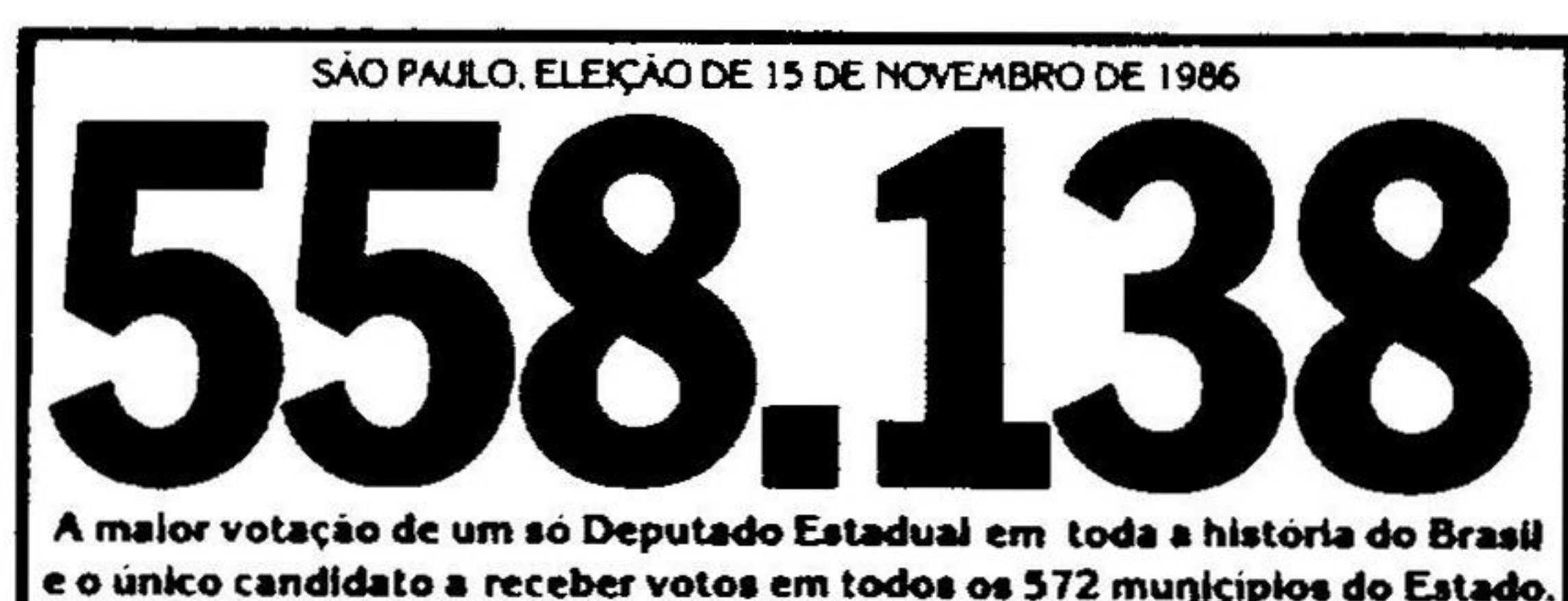
O Instituto Butantan - Fundação Butantan no dia 16 de junho de 1994, começou a produzir pela primeira vez no Brasil a vacina contra a hepatite B em laboratório recém-inaugurado com esta finalidade. Segundo pesquisadores que colaboraram para o sucesso da produção, o novo laboratório que tem capacidade de produzir 5 milhões de doses por ano. A vacina foi desenvolvida por uma equipe russo-brasileira através da tecnologia de engenharia genética. A vacina encontra-se agora em fase de implementação e começou a partir de agosto em fase considerada piloto, quando começou a ser testada em voluntários.

Conforme falamos acima, começaremos a discorrer sobre a imunização contra a hepatite B, em texto assinado pela Dra. M Á R C I A B A R S A N T I, pediatra especialista em Alergia e Imu-

- c o n t i n u a -



SÃO PAULO
DEPUTADO AFANASIO JAZADJI



Folha nº 5

nologia(HC-FMUSP)-São Paulo-SP, que faz breve introdução sobre a hepatite B, sua incidência, soroepidemiologia e as vacinas atualmente em uso, com especial referência à obtida por recombinação genética. O trabalho descreve as estratégias de imunização, visando a eliminação global de novos casos de hepatite B.

A conclusão é que a vacina contra hepatite B é eficaz e deveria ser usada em todos os recém-nascidos e lactentes, além de todos os profissionais de área de saúde e indivíduos de grupo de risco. A vacina é importante, também, na prevenção das hepatopatias crônicas e do carcinoma hepatocelular.

I N T R O D U Ç Ã O

A hepatite B é hoje reconhecida como um importante problema de saúde pública em numerosas partes do mundo.

A doença atinge qualquer faixa etária, embora sua incidência esteja levemente aumentada entre homens de 15 a 30 anos.

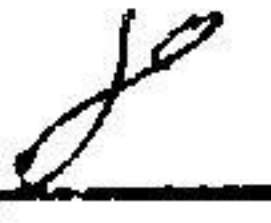
A transmissão da doença pode ocorrer por via oral ou, principalmente, parenteral. O vírus já foi encontrado em quase todos os líquidos orgânicos: saliva, lágrimas, líquido seminal, leite materno, suco gástrico, líquido, urina.

Pode a transmissão ocorrer de vários modos: -contato através de mucosas, uso de objetos (navalha, pincel de barbear, escova de dentes), relações sexuais, transmissão vertical da mãe portadora crônica para seu recém-nascido, através de injeções IM ou EV, transfusões de sangue ou derivados, diálise etc.

Existem duas formas de doença: a forma aguda, com considerável morbidade e mortalidade e a forma crônica. Existem mais de 300 milhões de portadores crônicos da doença, muitos dos quais poderão vir a desenvolver cirrose, hepatite crônica e carcinoma hepatocelular em razão da doença.

- c o n t i n u a -

A hepatite B é responsável por 80% dos casos de carcinoma hepatocelular primário e a causa mais comum de doença crônica do fígado.

FLS. N.º	06
PROC.	820
	

EPIDEMIOLOGIA

Em regiões altamente endêmicas (China, Sudeste Asiático, África, Região Amazônica e áreas da América Latina) a maior parte da população adulta já é infectada pelo HBV e são os lactentes e crianças que correm o maior risco.

Em áreas de baixa endemicidade, os indivíduos que correm maior risco de infecção são os envolvidos com atividades médicas e sanitárias, dentistas, internos e funcionários de prisões e instituições de deficientes mentais.

Os pacientes de risco são aqueles que necessitam receber regularmente derivados de sangue, como hemofílicos e pacientes oncológicos.

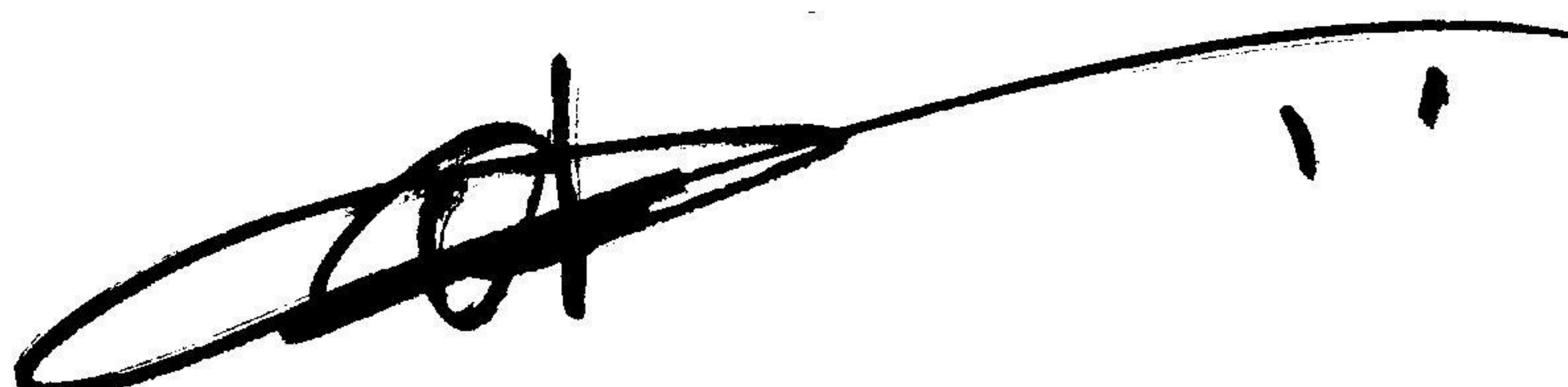
Adolescentes entrando na puberdade também correm grande risco de adquirir a doença, que é considerada, também, como sexualmente transmissível (DST).

Os recém-nascidos de mães portadoras apresentam risco bastante elevado de adquirir a infecção, no período perinatal ou durante a lactação.

Finalmente, os viciados em drogas de uso endovenoso, homossexuais masculinos sexualmente ativos, indivíduos promiscuos em geral e prostitutas são reconhecidamente grupos de alto risco de desenvolvimento da doença.

MARCADORES SOROLÓGICOS DO HBV

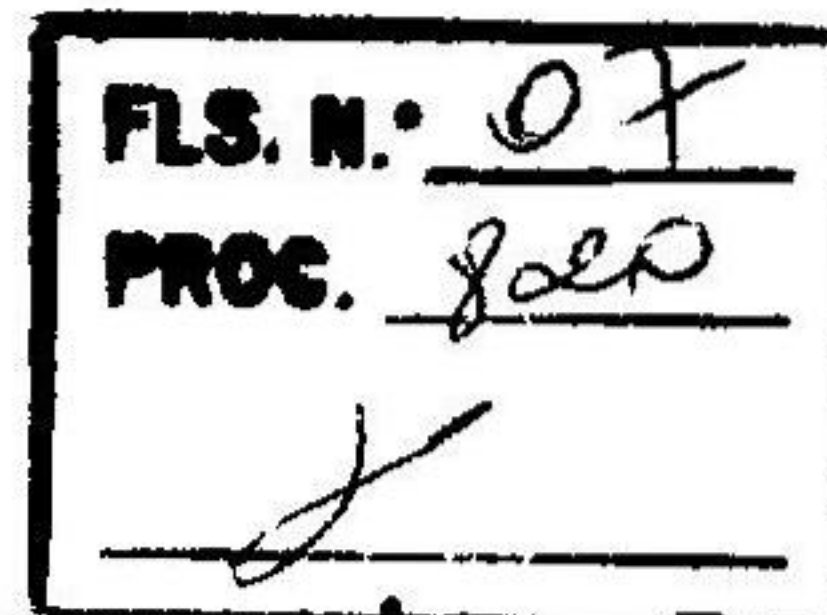
Na sorologia da infecção pelo vírus da hepatite



hepatite B, os marcadores são utilizados para que se determine o estágio da infecção, a infectividade da doença e o prognóstico da mesma.

Os três principais antígenos associados ao vírus da Hepatite B são:

- HBsAG: antígeno da superfície
- HBcAG: antígeno do "core" da hepatite B
- HBe AG: antígeno e da hepatite B



Cada um destes antígenos apresenta seu anticorpo correspondente.

Na infecção aguda, o HBsAG é o primeiro a aparecer na circulação sanguínea. Aparece no soro cerca de quatro semanas antes do quadro clínico. É detectado 4 a 12 semanas após o contágio. ————— O HBs AG permanece circulante nos portadores crônicos e nas formas crônicas ativas. O anti-HBsAG não é detectado nos casos de portadores crônicos.

O HBcAG raramente é detectado no sangue periférico. O anti-HBcAG surge, em média, cem dias após a exposição. Ele aparece, na maioria dos pacientes, na fase da doença em que ainda se encontra o HBsAG circulante. O título de anti HBcAG diminui gradualmente com o tempo, enquanto a taxa de anti-HBsAG o faz de modo muito mais lento, às vezes persistindo por toda a vida.

O HBeAG aparece na fase aguda e desaparece no início da convalescença. É o marcador indicativo de infectividade elevada e replicação viral. O surgimento de anti-HBeAG indica redução na infectividade do paciente.

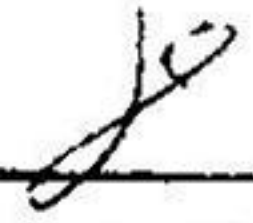
Um padrão distinto é observado nos pacientes que se tornam portadores crônicos.

Se o HBsAG e o HBeAG persistirem por 8 a 10 semanas, o indivíduo provavelmente se tornará um portador crônico (definido como permanência de HBsAG por mais de seis meses).



Folha nº 8

O PORTADOR CRÔNICO

FLS. N.º	08
PROC.	820
	

Em um pequeno percentual de adultos e adolescentes infectados (5% a 10%), o vírus HBsAG não é eliminado do organismo após seis meses do contágio. Esta condição é mais facilmente encontrada naqueles indivíduos que apresentaram a forma não icterícia da doença.

Os indivíduos do sexo masculino são mais propensos a se tornarem portadores crônicos.

Ao se fazer a história clínica deste indivíduos, nota-se que muitos deles não notaram sintomas de doença, de forma que a infecção assintomática deve ser comum. Nestes casos, a identificação dos portadores é puramente casual, geralmente quando os indivíduos se apresentam para uma doação de sangue. Os recém-nascidos de mães portadoras geralmente adquirem a doença ao nascimento ou logo após, dificilmente apresentam forma clínica de infecção e têm risco elevado de se tornarem portadores.

Concluimos, então, que devido a este grande número de portadores crônicos, a erradicação da doença torna-se muito difícil.

VACINAS CONTRA A HEPATITE B

As vacinas derivadas de plasma foram as primeiras a serem utilizadas em larga escala. São produzidas através da purificação do HBsAG, a partir de pools de plasmas de portadores crônicos. Têm sido amplamente utilizadas, são seguras e eficazes.

As vacinas obtidas por engenharia genética constituem a segunda geração no combate à hepatite B.

Testes imunológicos determinaram que tanto as vacinas derivadas de plasma como as obtidas por engenharia genética são antigenicamente similares em animais e humanos e estudos clínicos demonstram respostas de anticorpos comparáveis, qualitativa e quantitativamente.



Não há diferenças entre ambas, quanto a incidência e gravidade de efeitos colaterais. No entanto, o grau de aceitação e a continuidade do tratamento aumentaram bastante a partir da disponibilidade das vacinas desenvolvidas por recombinação genética.

A VACINA OBTIDA POR RECOMBINAÇÃO GENÉTICA

*Estas vacinas são produzidas a partir da introdução do plasmídeo de expressão (que encerra o gene codificador para HBsAg) em células de leveduras: *Saccharomyces cerevisiae*. As leveduras são então cultivadas e, após fermentação, o HBsAG é extraído dos fragmentos do fungo. O produto final contém 97% de HBsAG. São encontrados traços de contaminantes derivados de leveduras (menos de 3% do conteúdo protéico total) e o teor de DNA é menor que dez picogramas por dose de 20 mcg.*

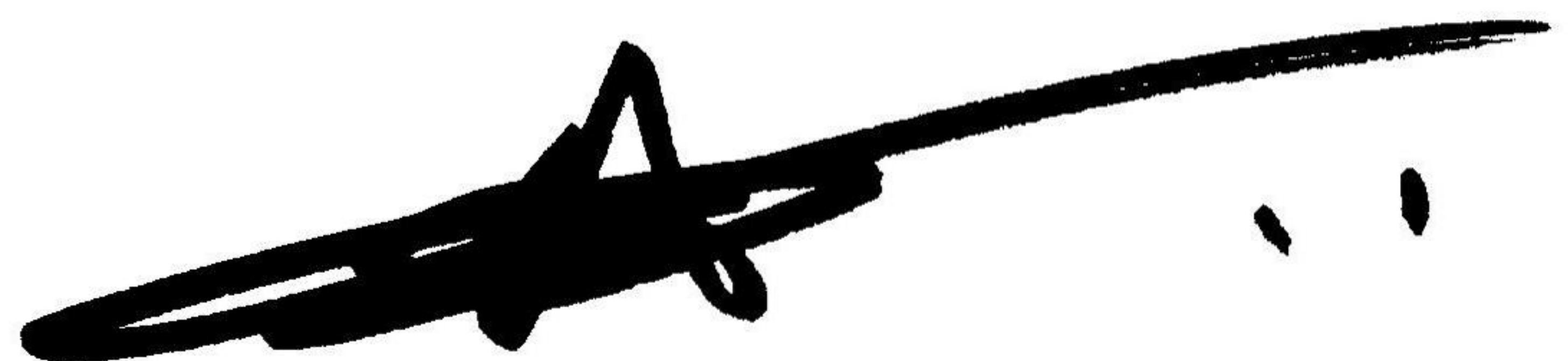
Os padrões de pureza determinados pela OMS são assim obtidos.

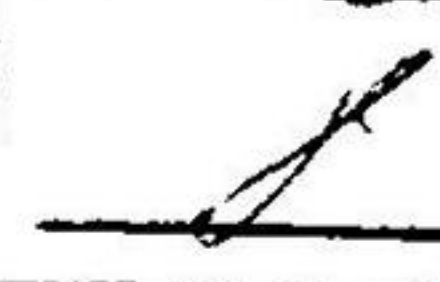
Não existe a possibilidade de risco de infecção pelo HBV, uma vez que nenhum vírus é utilizado no processo de produção e a levedura contém apenas o gene codificador para HBsAG e não o genoma viral completo.

ESQUEMA DE VACINAÇÃO

São utilizadas, rotineiramente, três doses de vacinação. O esquema de zero, um e seis meses é o preferido, já que obtemos títulos mais altos de anticorpos após a terceira dose.

O esquema de zero, um e dois meses é utilizado quando há necessidade de proteção rápida, em situações de alto risco. Neste caso obtemos altos títulos de anticorpos por três meses, porém é necessária uma dose de reforço 12 meses após a primeira do-



FLS. N.º	10
PROC.	820
	

se.

O intervalo mínimo recomendado é de um mês entre as doses. O momento de administração da terceira dose é menos crítico que o das duas primeiras; se a segunda e a terceira doses forem administradas com pequeno intervalo entre elas, os títulos de anticorpos alcançados serão mais baixos, o que implicará numa antecipação do reforço.

Em relação a recém-nascidos de mães portadoras de HBsAG, a conduta é a vacinação imediata após o nascimento, no esquema 0,1,2 e 12 meses. Nesse caso específico, deverá ser administrada ao mesmo tempo (em locais diferentes) a imunoglobulina específica para hepatite B, especialmente se a mãe for também HBeAG positiva.

Para recém-nascidos normais, a vacina contra a hepatite B pode ser administrada concomitantemente (em locais separados) às outras vacinas do calendário normal de imunização, com exceção da vacina contra sarampo e caxumba.

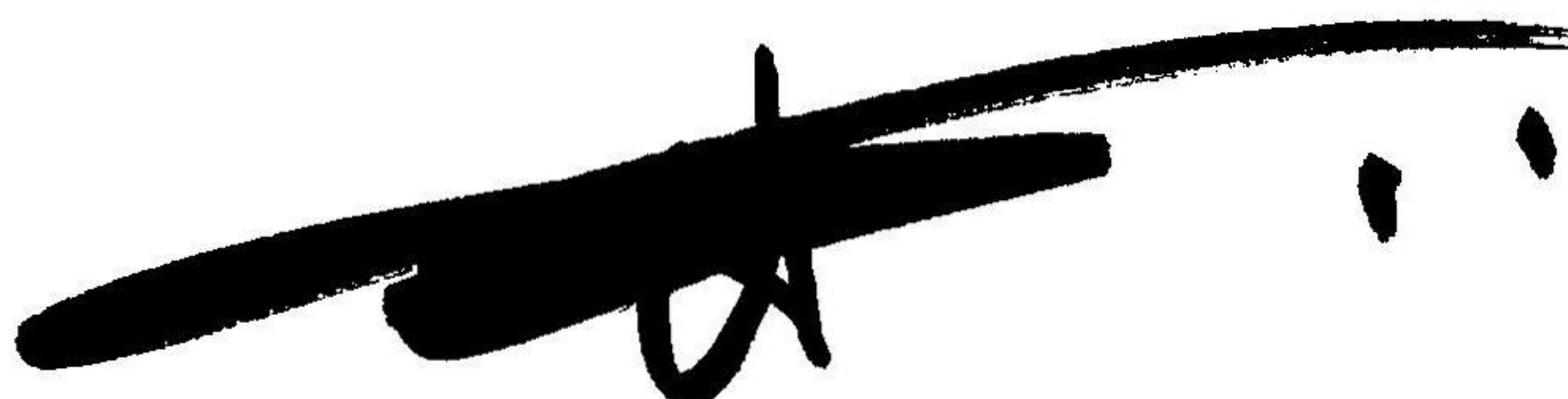
As vacinas obtidas por recombinação genética podem ser também utilizadas para completar um esquema de vacinação iniciado com vacina contra hepatite derivada de plasma.

Em relação às imunoglobulinas específicas para hepatite B, estas devem ser utilizadas em conjunto com a vacina, para o caso de necessidade de proteção imediata, diante de alto risco de infecção, como nos casos dos neonatos de mães portadoras, após exposição acidental a material contaminado (picada de agulha, por exemplo) e após relação sexual com indivíduo com infecção ou portador crônico.

A via de administração da vacina é intramuscular, somente. Outras vias (intradérmica por exemplo) implicam em menor taxa de soroconversão.

INDICAÇÕES

Nas áreas de alta prevalência, a vacinação das



crianças é prioritária.

Nas áreas de baixa prevalência, deve-se vacinar todos os indivíduos pertencentes a grupos de risco (pessoas da área de saúde, paciente de unidades de hemodiálise e oncologia, crianças com talassemia e hemofilia, nacies e equipes de prisões e instituições para deficientes mentais, contatantes de portadores do vírus B, viciados, prostitutas, homossexuais etc..)

Além desses grupos deve ser feita a vacinação de pré-púberes, adolescentes e adultos com vida sexual ativa (principalmente se já apresentaram uma DST prévia)

Os programas de imunização contra hepatite B devem objetivar, primariamente, a prevenção do transporte crônico do vírus e devem ser considerados para todos os grupos populacionais com mais de 2% de portadores crônicos do vírus da hepatite B. Em populações com taxas superiores a 10%, tais programas constituem prioridade máxima de saúde pública.

CONTRA - INDICAÇÕES

A vacina não deve ser administrada a pacientes com hipersensibilidade a quaisquer dos seus componentes, nem em casos de infecções febris prolongadas. Está contra-indicada, também, em gestantes.

EFEITOS COLATERAIS

Predominantemente locais, como dor no local da injeção, algumas vezes acompanhadas de eritema, edema e induração.

Reações gerais, como cefaléia, fadiga, febre e desconforto gastrointestinal leve, são pouco comuns. Estas reações tendem a diminuir com a sucessão das doses.

RESPOSTAS À VACINAÇÃO E REFORÇOS



Após o esquema de três doses padrão - zero, um e seis meses - os títulos de anticorpos permanecem no organismo em níveis protetores por cinco anos, em média. Após este período seria aconselhável uma dose de reforço.

Após o esquema de imunização primária de zero, um e dois meses (situações de alto risco), recomenda-se dose de reforço aos 12 meses após a primeira dose. Um segundo reforço só necessitará ser feito após oito anos.

Pacientes submetidos a hemodiálise devem ser monitorizados com muito cuidado, em relação a níveis séricos de anticorpos. Reforços da vacina deverão ser aplicados quando os níveis de anticorpos forem menores que 10 mUI/ML.

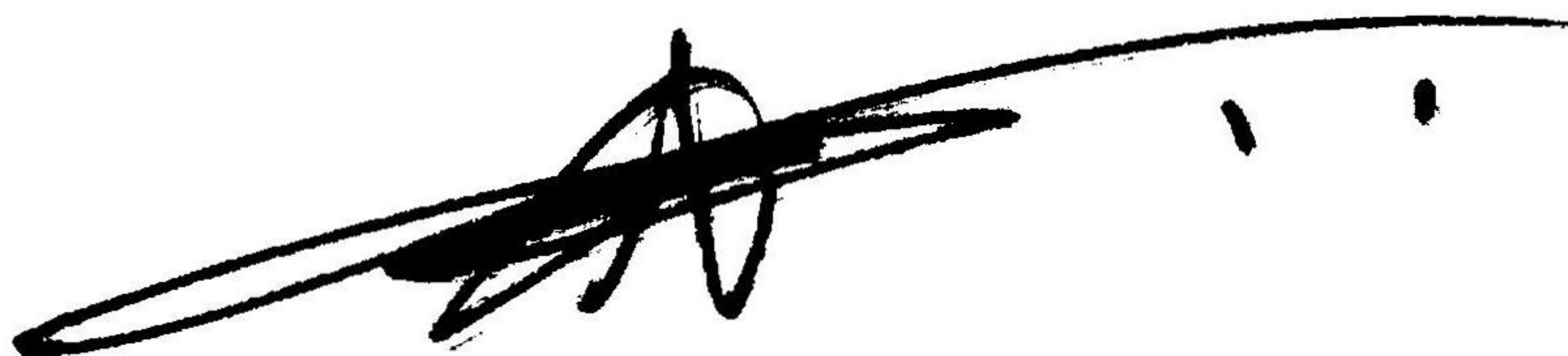
Estes mesmos cuidados deverão ser estendidos aos pacientes de grupo de risco.

Em relação à dosagem sérica de anticorpos pós-vacinação, esta só necessitará ser feita em casos onde é imperativo o controle da imunidade do paciente: filhos de mães HBsAG positivas, infectados por HIV, pacientes em diálise (já citados) e funcionários de serviços médicos deste setor. A sorologia deverá, nestes casos, ser feita de um a seis meses após o término da série vacinal.

Em relação aos fatores que diminuem a resposta imunitária, estão a idade avançada, excesso de peso, presença de genes que podem ter efeito supressor na resposta ao HBsAG (comuns na população japonesa), pacientes infectados por HIV e pacientes em hemodiálise.

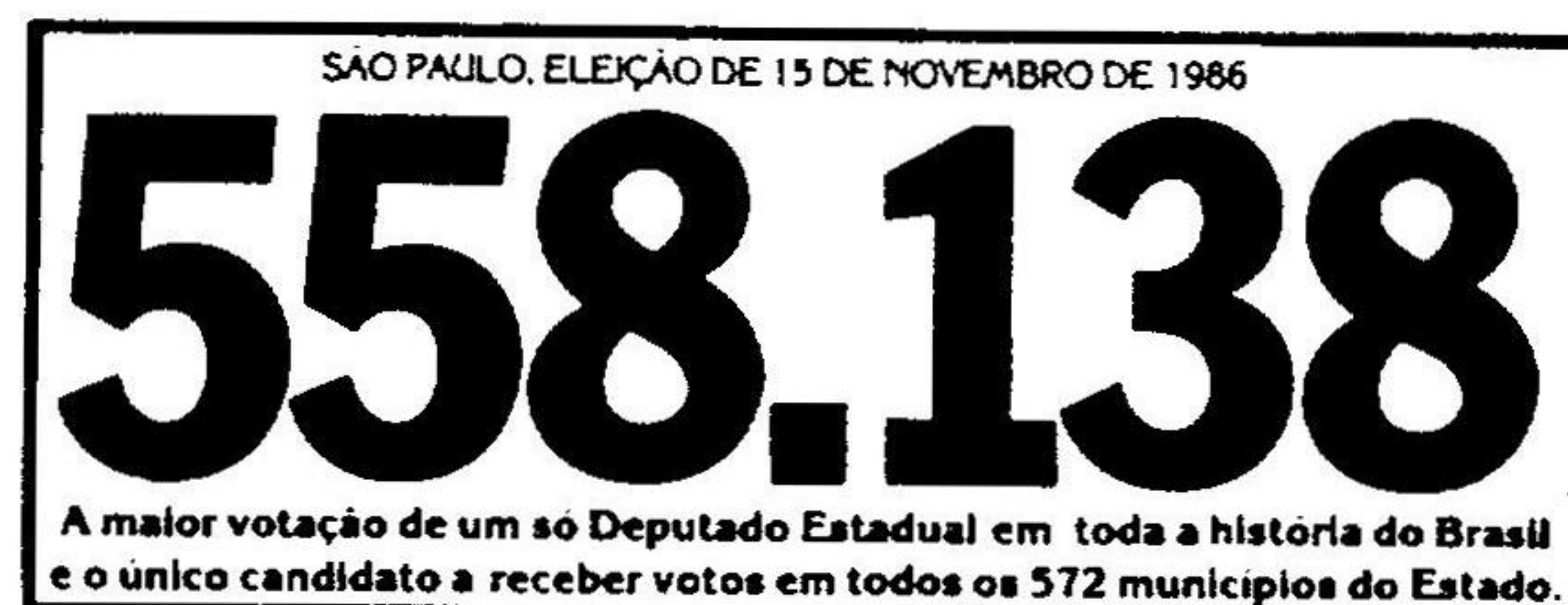
VACINAÇÃO DE PACIENTES HIV POSITIVOS

Os pacientes infectados por HIV têm, obviamente uma resposta comprometida após a vacinação para hepatite B. Nos casos estudados foi observada taxa de soroconversão de 70%, após série básica de três doses de vacina.





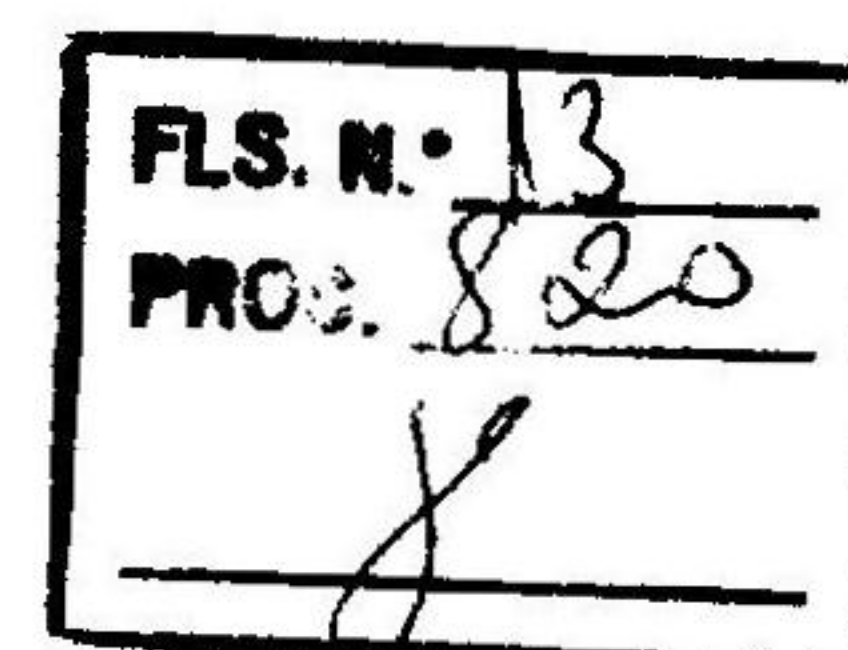
SÃO PAULO
DEPUTADO AFANASIO JAZADJI



Folha nº 13

A administração de doses adicionais ou a duplicação das doses para 40 mcg podem aumentar a taxa de resposta, mas são medidas que precisam ser estudadas caso a caso.

C O N C L U S ã O



A infecção e suas sequelas permanecem como importantes problema de saúde pública, no âmbito internacional, embora existam técnicas sensíveis para localizar o HBsAG no sangue e seus derivados e vacinas bastante eficazes. Uma vez que não existe reservatório de VHB humano em animais, um programa de imunização abrangendo todos os recém-nascidos e crianças no âmbito do Programa Ampliado de Vacinação da OMS, combinado à vacinação dos indivíduos de alto risco, bem como à pesquisa sistemática do HBsAG em todos os produtos de sangue, devem eliminar a hepatite B a longo prazo.

Um problema que ainda permanece é o grande número de portadores crônicos da doença: a erradicação completa só poderá ser conseguida após a cura ou o falecimento destes portadores.

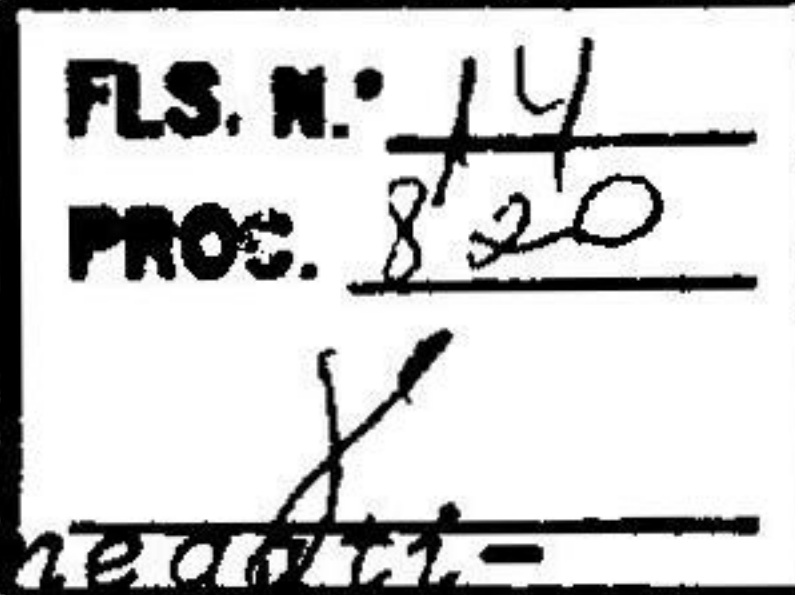
De qualquer maneira, as vacinas são fundamentais no controle da hepatite B e, ao evitar a condição de portador, as vacinas estarão prevenindo muitos casos de cirrose e carcinoma hepatocelular, induzidos pela doença.

HAEMOPHILUS INFLUENZAE tipo b

Agora passaremos a discorrer sobre o artigo " Aspectos práticos na vacinação contra " HAEMOPHILUS INFLUENZAE tipo b " (MENINGITE) publicado na revista " Pediatria Moderna " pela Dra. MARCIA BARSANTI.

I N T R O D U Ç ã O

Um dos tópicos mais comentados, ultimamente, no que diz respeito à imunização infantil, é a vacinação contra o *Haemophilus influenzae* tipo b - Hib.



Os *Haemophilus influenzae* são bacilos gram-negati-
vos, aeróbicos ou anaeróbicos facultativos, imóveis e cujo modo
de transmissão é através de gotículas respiratórias.

As cepas não capsuladas do *Haemophilus influenzae*
e não tipáveis são causa de otites médias, sinusites, infecções
respiratórias e raramente provocam doença bacterêmica. Em contras-
te, as cepas capsuladas e tipáveis - a, b, c, d, e, f - provocam as
formas invasivas e muito mais graves da doença. Destaca-se, por sua
extrema virulência, o *Haemophilus influenzae* tipo b-Hib.

A manifestação clínica mais comum da doença invasi-
va pelo HIB é a meningite, que representa 67% do total das doenças
invasivas em crianças.

Outras formas clínicas incluem septicemia, pneumo-
nia, epigloteite, celulite, artrite séptica, osteomielite e pericar-
dite.

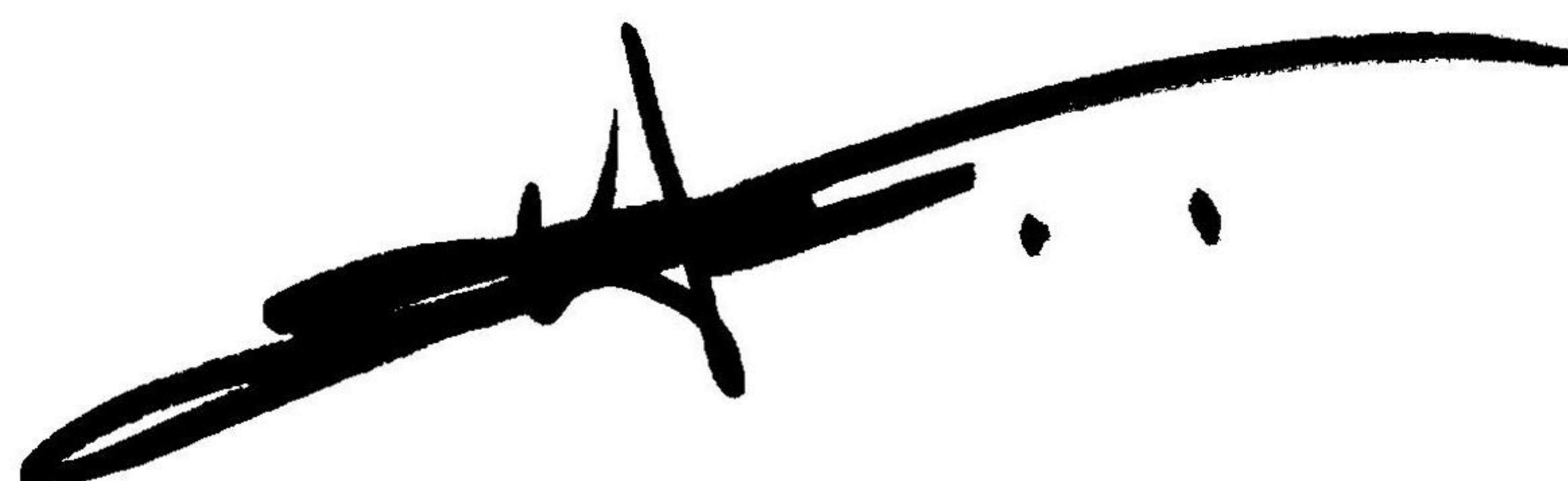
As cepas de Hib são responsáveis por apenas 5% a 10%
das otites médias por *Haemophilus influenzae*.

I N C I D Ê N C I A

A maioria dos dados disponíveis no Brasil referem-
se a casos do Hospital Emílio Ribas, que é um hospital de referên-
cia para esta patologia.

O *Haemophilus influenzae* é causa muito importante
de meningite purulenta em nosso meio, principalmente entre dois me-
ses e cinco anos de idade.

Estudos nos EUA relatam, em crianças abaixo de cin-
co anos, 50 a 77 casos de meningite por Hib em cem mil crianças por
ano, sendo as outras formas invasivas não meningícas causadas pelo



Hib - epiglotite, celulite, artrite séptica, pericardite-responsáveis por 24 a 75 casos por cem mil crianças por ano.

Na faixa etária de zero a cinco anos, a possibilidade de contrair uma dessas doenças seria, portanto, de uma em 200 crianças.

Nos EUA, o Hib é responsável por cerca de 12 mil casos de meningite por ano, em menores de cinco anos, sendo o pico máximo entre seis meses e dois anos (transmissão de anticorpos pela placenta retarda a ocorrência da doença invasiva até 6-7 meses de idade.)

A doença invasiva é extremamente incomum após cinco anos de idade, em consequência da aquisição precoce de imunidade natural, na forma de anticorpos específicos contra a polissacarídeo capsular.

MORTALIDADE / COMPLICAÇÕES

Apesar da disponibilidade de antimicrobianos para o tratamento da doença invasiva pelo Hib, 10% das crianças infectadas morrem; as sequelas neurológicas, de gravidade variada, são relativamente comuns nos sobreviventes de meningite por Hib, ocorrendo em 19% a 45% das crianças.

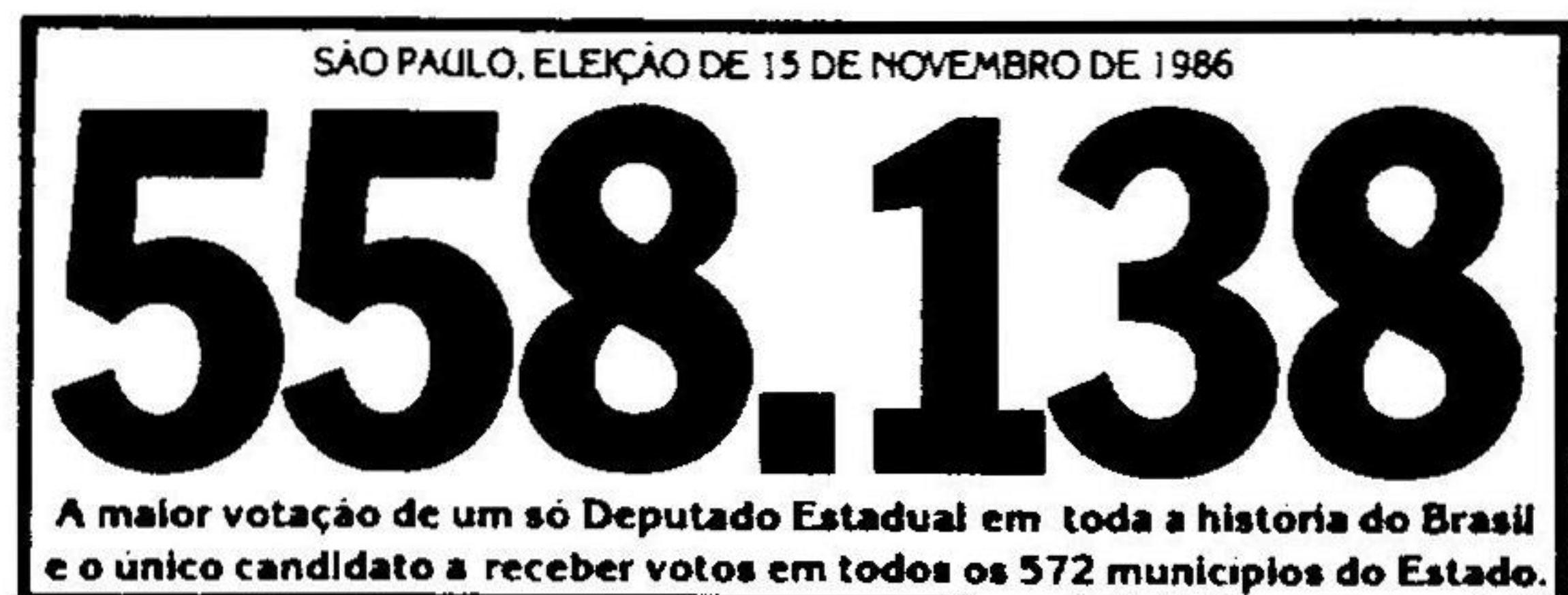
As sequelas neurológicas mais importantes são: -surdez, alterações da fala, retardo mental, alterações motoras e cegueira.

Em vista de tudo que foi exposto, depreende-se a importância e sua necessidade de uma proteção eficaz contra as formas invasivas da doença por Hib. Em 1985, foi licenciada nos EUA uma vacina polissacarídica contra o Hib, com três apresentações, todas contendo 25 mg de polissacarídeo liofilizado por dose de 0,5 ml. As primeiras vacinas produzidas apresentavam, no entanto, bai-





SÃO PAULO
DEPUTADO AFANASIO JAZADJI



Folha nº 16

o poder imunogênico, principalmente em crianças menores de 24 meses, isto devido ao fato de o polissacarídeo capsular ser pouco eficaz na estimulação da produção de anticorpos.

Isto foi superado ao serem desenvolvidas novas apresentações, conjugando-se o polissacarídeo capsular a diferentes proteínas. Estas vacinas, por sua vez, são altamente eficazes na indução de proteção contra doenças invasivas pelo Hib. As vacinas conjugadas mais utilizadas no momento estão no Quadro abaixo:-

QUADRO			
Vacina	Laboratório	Nome comercial	Prot. carregadora
PPR - D	Connaught	Pro-Hibit	Toxóide diftérico
HB - OC	Praxis-Lederle	Hib Titer	CRM-Toxina diftérica não tóxica
PRP - OMP	Merck-Sharp-Dohme	Pedvax Hib	Membrana externa <i>Neisseria meningitidis</i>
PRP - T	Pasteur-Merieux	Act Hib	Toxóide tetânico

FLS. N.º 16
PROC. 820
J

ESQUEMA VACINAL

O esquema de vacinação depende da vacina utilizada e da idade da criança. O pediatra pode encaminhar seu paciente ao centro de imunização de duas formas:

- 1- Solicitar a aplicação de determinada vacina anti-Hib, de sua escolha.
- 2- Encaminhar a criança e o médico imunologista, que a atende, determina, de acordo, principalmente, com a idade e antecedentes, o esquema vacinal mais adequado ao caso em questão. O ideal é iniciarmos a aplicação o mais cedo possível.

VACINAS ANTI-HIB

- 1- Act Hib
- A- Crianças até 12 meses.

- três injeções com intervalo de um a dois meses, antes da idade de seis meses.
- duas injeções, com intervalo de um a dois meses, entre 6 e 12 meses.
- reforço aos 18 meses.

- B - Crianças maiores de 12 meses
- uma única dose.

FLS. N.º	17
PROC.	820

2- Hib Titer

- Aos 2, 4 e 6 meses ou 3, 5 e 7 meses.

Reforço aos 15 meses.

- Se a vacinação começar após seis meses de idade, aplicam-se duas doses, com intervalo de dois meses e reforço aos 15 meses.
- Entre 12 e 15 meses: duas doses, com intervalo de dois a três meses.
- Após 15 meses: dose única.

3- Pedvax Hib

- Em crianças menores de seis meses, aplicam-se duas doses, com intervalo de dois meses e reforço com um ano.
- Se a vacinação começar no segundo semestre ou no segundo ano de vida, esquema igual ao Hib Titer.
- Proibit
- utilizada em dose única, para as crianças com 18 meses até 6 anos de idade. Não se recomenda o uso em crianças menores de 15 meses.

COMENTÁRIOS FINAIS

A idade máxima para a aplicação da vacina é até



FLS. N.º	18
PROS.	820

os seis anos, pois a incidência da doença invasiva em crianças maiores é pequena não justificando o seu uso.

As exceções são as doenças crônicas, que aumentaram o risco de doença invasiva pelo Hib, tais como anemia falciforme, crianças esplenectomizadas ou crianças submetidas a quimioterapia. Os bebês prematuros podem receber a primeira dose de vacina aos dois meses de idade cronológica. Mesmo as crianças que tiverem doença invasiva pelo Hib antes dos dois anos devem receber a vacina. A vacina anti-Hib pode ser aplicada concomitantemente à vacina tríplice DPT- ou à vacina contra sarampo, caxumba e rubéola.

A via de administração é preferencialmente intramuscular. Os efeitos colaterais são poucos frequentes e leves: dor, eritema, induração no local da injeção, irritabilidade, choro e muito raramente febre, diarreia ou vômitos.

C O N C L U S ã O

Diante de tudo que foi exposto nestes dois trabalhos apresentados pela Dra. Márcia Barsanti, Pediatra especialista em Alergia e Imunologia (HC-FMUSP) São Paulo, Capital, temos certeza que os médicos, a sociedade e principalmente o pequeno paciente esperam que mais este tipo de imunização que pretendemos com a nossa propositura, não se restrinja somente às camadas sociais mais elevadas e possa alcançar também os mais carentes, os menos favorecidos e, com certeza, aqueles que mais necessitam das vacinas.

Certo do acolhimento de nosso Projeto de Lei, submetemo-lo a consideração de nossos nobres pares.



Deputado AFANASIO JAZADJI

Divisão de Ordenamento Legislativo
SEÇÃO DE EXPEDIENTE
Publicado no "DIÁRIO OFICIAL"
DE 31-3-95

os fôr. 3.º Parágrafo único do artigo 149 da VII
consolidação do Reg. do Trib. a proposição esteve
pausa nos dias 25.º 33.º Sess.
ord. 3.º 7.º 4.º 95), não t.
recebido substitutivo
que seguem juntados às ls. de nº 2.

D. O. L. 10/ 4 195

P

As Comissões de:
☒ Constituinte e Justiça;
☒ Saúde e Higiene;
☒ Finanças e Orçamentos.
10/abr/95
EXC. MO. Trib. Trib. - Presidência

EXPEDIENTE DAS COMISSÕES

ENTRADA

EM 10/5/95

ERQJ

COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA
ENTRADA
EM 11/05/95

COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA
DISTRIBUIÇÃO
ao Senhor Dep. Dionis Rivaldo
com prazo para devolução dentro de 10 dias
21/06/95
Presidente

27/06/95
Recu. 5/27
Hut