



---

# INDICAÇÕES DOS CENTROS DE REFERÊNCIA PARA IMUNOS ESPECIAIS

FONTE: MANUAL DOS CRIE/2019/MS

---

CPI/SVS/SUBPAV/S

# Vacina inativada poliomielite (VIP)

- CRIANÇAS IMUNODEPRIMIDAS (COM DEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA CONGÊNITA OU ADQUIRIDA) NÃO VACINADAS OU QUE RECEBERAM ESQUEMA INCOMPLETO DE VACINAÇÃO CONTRA POLIOMIELITE.
- CRIANÇAS QUE ESTEJAM EM CONTATO DOMICILIAR OU HOSPITALAR COM PESSOA IMUNODEPRIMIDA.
- PESSOAS SUBMETIDAS A TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS OU DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (MEDULA ÓSSEA).
- RECÉM-NASCIDOS E LACTENTES QUE PERMANEÇAM INTERNADOS EM UNIDADE NEONATAL POR OCASIÃO DA IDADE DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE.
- CRIANÇAS COM HISTÓRIA DE PARALISIA FLÁCIDA ASSOCIADA À VACINA, APÓS DOSE ANTERIOR DE VOP

OBS.: FILHOS DE MÃE HIV POSITIVO ANTES DA DEFINIÇÃO DIAGNÓSTICA E CRIANÇAS COM HIV/AIDS DEVEM RECEBER A VIP E, QUANDO NÃO DISPONÍVEL ESTA VACINA, DEVE-SE UTILIZAR A VOP.

# Vacina hepatite B (HB)

PARA INDIVÍDUOS SUSCETÍVEIS:

- PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS.
- ASPLÊNIA ANATÔMICA OU FUNCIONAL E DOENÇAS RELACIONADAS.
- CONVÍVIO DOMICILIAR CONTÍNUO COM PESSOAS PORTADORAS DE VÍRUS DA HEPATITE B – VHB.
- DOADORES DE ÓRGÃOS SÓLIDOS OU DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (MEDULA ÓSSEA).
- IMUNODEFICIÊNCIA CONGÊNITA OU ADQUIRIDA.
- DIABETES MELLITUS.
- DOADORES DE SANGUE.
- DOENÇAS AUTOIMUNES.
- FIBROSE CÍSTICA (MUCOVISCIDOSE).
- PORTADORES DE HEPATOPATIAS CRÔNICAS E HEPATITE C.
- PORTADORES DE DOENÇAS RENAIS CRÔNICAS/DIÁLISE/HEMODIÁLISE/SÍNDROME NEFRÓTICA.
- TRANSPLANTADOS DE ÓRGÃOS SÓLIDOS OU DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (MEDULA ÓSSEA).
- VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL.
- VÍTIMAS DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO + OU FORTEMENTE SUSPEITO DE INFECÇÃO POR VHB.
- COMUNICANTES SEXUAIS DE PORTADORES DE VHB

# Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB)

- PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PERINATAL PELO VÍRUS DA HEPATITE B.
- VÍTIMAS DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO POSITIVO OU FORTEMENTE SUSPEITO DE INFECÇÃO POR VHB.
- COMUNICANTES SEXUAIS DE CASOS AGUDOS DE HEPATITE B.
- VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL.
- IMUNODEPRIMIDOS APÓS EXPOSIÇÃO DE RISCO, MESMO QUE PREVIAMENTE VACINADOS.

# Vacina hepatite A (HA)

- HEPATOPATIAS CRÔNICAS (QUALQUER ETIOLOGIA), INCLUSIVE PORTADORES DE HEPATITE C (VHC).
- PORTADORES CRÔNICOS DO VÍRUS DA HEPATITE B.
- COAGULOPATIAS.
- PACIENTES COM HIV/AIDS.
- IMUNODEPRESSÃO TERAPÊUTICA OU POR DOENÇA IMUNODEPRESSORA.
- DOENÇAS DE DEPÓSITO.
- FIBROSE CÍSTICA (MUCOVISCIDOSE).
- TRISSOMIAS.
- CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE ÓRGÃO SÓLIDO, CADASTRADOS EM PROGRAMAS DE TRANSPLANTES.
- TRANSPLANTADOS DE ÓRGÃO SÓLIDO OU DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (MEDULA ÓSSEA).
- DOADORES DE ÓRGÃO SÓLIDO OU DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (MEDULA ÓSSEA), CADASTRADOS EM PROGRAMAS DE TRANSPLANTES.
- HEMOGLOBINOPATIAS.

# Vacina varicela (VZ) – PRÉ-EXPOSIÇÃO

- PESSOAS IMUNOCOMPETENTES DE GRUPOS ESPECIAIS DE RISCO (PROFISSIONAIS DE SAÚDE, CUIDADORES E FAMILIARES) SUSCETÍVEIS À DOENÇA COM CONVÍVIO DOMICILIAR OU HOSPITALAR COM IMUNODEPRIMIDOS.
- MAIORES DE 1 ANO DE IDADE IMUNOCOMPETENTES E SUSCETÍVEIS À DOENÇA, NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO ONDE HAJA CASO DE VARICELA.
- CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, SUSCETÍVEIS À DOENÇA, ATÉ PELO MENOS TRÊS SEMANAS ANTES DO PROCEDIMENTO, DESDE QUE NÃO ESTEJAM IMUNODEPRIMIDOS.
- NEFROPATIAS CRÔNICAS.
- SÍNDROME NEFRÓTICA.
- DOADORES DE ÓRGÃOS SÓLIDOS E DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (MEDULA ÓSSEA).
- RECEPTORES DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (MEDULA ÓSSEA): PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS HÁ 24 MESES OU MAIS, SENDO CONTRAINDICADA QUANDO HOUVER DOENÇA ENXERTO VERSUS HOSPEDEIRO.
- CRIANÇAS E ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV SUSCETÍVEIS À VARICELA NAS CATEGORIAS CLÍNICAS (CDC) N, A E B COM CD4 > 15%. RECOMENDA-SE A VACINAÇÃO DE CRIANÇAS EXPOSTAS, MESMO JÁ EXCLUÍDA A INFECÇÃO PELO HIV, PARA PREVENIR A TRANSMISSÃO DA VARICELA EM CONTATO DOMICILIAR COM IMUNODEPRIMIDOS.

## Vacina varicela (VZ) – PRÉ-EXPOSIÇÃO

- PACIENTES COM DEFICIÊNCIA ISOLADA DE IMUNIDADE HUMORAL (COM IMUNIDADE CELULAR PRESERVADA).
- DOENÇAS DERMATOLÓGICAS GRAVES, TAIS COMO: ICTIOSE, EPIDERMÓLISE BOLHOSA, PSORÍASE, DERMATITE ATÓPICA GRAVE E OUTRAS ASSEMELHADAS.
- USO CRÔNICO DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (SUSPENDER USO POR SEIS SEMANAS APÓS A VACINAÇÃO).
- ASPLÊNIA ANATÔMICA E FUNCIONAL E DOENÇAS RELACIONADAS.
- TRISSOMIAS.

## Vacina varicela (VZ) – PÓS-EXPOSIÇÃO

- É INDICADA PARA CONTROLE DE SURTO EM AMBIENTE HOSPITALAR, NOS COMUNICANTES SUSCETÍVEIS IMUNOCOMPETENTES A PARTIR DE 9 MESES DE IDADE, ATÉ 120 HORAS (CINCO DIAS) APÓS O CONTATO.

# IMUNOGLOBULINA VARICELA - PÓS-EXPOSIÇÃO

## **A. QUE O COMUNICANTE SEJA SUSCETÍVEL, ISTO É:**

- IMUNOCOMPETENTES E IMUNODEPRIMIDAS SEM HISTÓRIA DA DOENÇA E/OU DE VACINAÇÃO ANTERIOR.
- PESSOAS COM IMUNODEPRESSÃO CELULAR GRAVE, INDEPENDENTEMENTE DE HISTÓRIA ANTERIOR DE VARICELA.

## **B. QUE TENHA HAVIDO CONTATO SIGNIFICATIVO COM O VÍRUS VARICELA ZOSTER, ISTO É:**

- CONTATO DOMICILIAR CONTÍNUO: PERMANÊNCIA COM O DOENTE DE PELO MENOS 1 HORA EM AMBIENTE FECHADO
- CONTATO HOSPITALAR: PESSOAS INTERNADAS NO MESMO QUARTO DO DOENTE OU QUE TENHAM MANTIDO COM ELE CONTATO DIRETO PROLONGADO, DE PELO MENOS 1 HORA.

## **C. QUE O SUSCETÍVEL SEJA PESSOA COM RISCO ESPECIAL DE VARICELA GRAVE, ISTO É:**

- CRIANÇAS OU ADULTOS IMUNODEPRIMIDOS
- GESTANTES
- MENORES DE 1 ANO, QUANDO CONTATO OCORRER NO HOSPITAL.
- RN DE MÃES NAS QUAIS O INÍCIO DA VARICELA OCORREU NOS CINCO ÚLTIMOS DIAS DE GESTAÇÃO OU ATÉ 48 HORAS DEPOIS DO PARTO.
- RN PREMATUROS, COM 28 OU MAIS SEMANAS DE GESTAÇÃO, CUJA MÃE NUNCA TEVE VARICELA.
- RN PREMATUROS, COM MENOS DE 28 SEMANAS DE GESTAÇÃO (OU COM MENOS DE 1.000 G AO NASCIMENTO), INDEPENDENTEMENTE DE HISTÓRIA MATERNA DE VARICELA.

# Imunoglobulina Humana Antirrábica (IGHR)

- INDIVÍDUOS QUE APRESENTARAM ALGUM TIPO DE HIPERSENSIBILIDADE QUANDO DA UTILIZAÇÃO DE SORO HETERÓLOGO (ANTITETÂNICO, ANTIRRÁBICO, ANTIDIFTÉRICO, ANTIOFÍDICO, ENTRE OUTROS).
- INDIVÍDUOS QUE NÃO COMPLETARAM ESQUEMA ANTIRRÁBICO POR EVENTOS ADVERSOS À VACINA.
- INDIVÍDUOS IMUNODEPRIMIDOS – NA SITUAÇÃO DE PÓS-EXPOSIÇÃO, SEMPRE QUE HOVER INDICAÇÃO DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA.

## Vacina Antirrábica de cultivo em embrião de galinha

- ALTERNATIVA NOS CASOS DE HIPERSENSIBILIDADE À VACINA ANTIRRÁBICA HUMANA EM CÉLULA VERO.

Fonte: Ofício SS/CVE/ADIM nº 02/2006

# Vacina influenza inativada – Gripe

- HIV/AIDS.
- TRANSPLANTADOS DE ÓRGÃOS SÓLIDOS E DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (MEDULA ÓSSEA).
- DOADORES DE ÓRGÃOS SÓLIDOS E DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (MEDULA ÓSSEA), DEVIDAMENTE CADASTRADO NO PROGRAMA DE DOAÇÃO.
- IMUNODEFICIÊNCIAS CONGÊNITAS.
- IMUNODEPRESSÃO DEVIDO AO CÂNCER OU À IMUNODEPRESSÃO TERAPÊUTICA.
- COMUNICANTES DOMICILIARES DE IMUNODEPRIMIDOS.
- TRABALHADORES DE SAÚDE.
- CARDIOPATIAS OU PNEUMOPATIAS CRÔNICAS.
- ASPLÊNIA ANATÔMICA OU FUNCIONAL E DOENÇAS RELACIONADAS.
- DIABETES MELLITUS.
- FIBROSE CÍSTICA.
- TRISSOMIAS.
- IMPLANTE DE CÓCLEA.
- DOENÇAS NEUROLÓGICAS CRÔNICAS INCAPACITANTES.
- USUÁRIOS CRÔNICOS DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO.
- NEFROPATIA CRÔNICA / SÍNDROME NEFRÓTICA.
- ASMA
- HEPATOPATIAS CRÔNICAS.

# Vacinas Pneumococo 23

- HIV/AIDS.
- ASPLENIA ANATÔMICA OU FUNCIONAL E DOENÇAS RELACIONADAS.
- PNEUMOPATIAS CRÔNICAS, EXCETO ASMA INTERMITENTE OU PERSISTENTE LEVE.
- ASMA PERSISTENTE MODERADA OU GRAVE.
- CARDIOPATIAS CRÔNICAS.
- NEFROPATIAS CRÔNICAS / HEMODIÁLISE / SÍNDROME NEFRÓTICA.
- TRANSPLANTADOS DE ÓRGÃOS SÓLIDOS OU DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (MEDULA ÓSSEA).
- IMUNODEFICIÊNCIA DEVIDO AO CÂNCER OU À IMUNODEPRESSÃO TERAPÊUTICA.
- DIABETES MELLITUS.
- FÍSTULA LIQUÓRICA.
- FIBROSE CÍSTICA (MUCOVISCIDOSE).
- DOENÇAS NEUROLÓGICAS CRÔNICAS INCAPACITANTES.
- IMPLANTE DE CÓCLEA.
- TRISSOMIAS.
- IMUNODEFICIÊNCIAS CONGÊNITAS.
- HEPATOPATIAS CRÔNICAS.
- DOENÇAS DE DEPÓSITO.

OBS.: NOS CASOS DE ESPLENECTOMIA ELETIVA, A VACINA DEVE SER APLICADA PELO MENOS DUAS SEMANAS ANTES DA CIRURGIA. EM CASOS DE QUIMIOTERAPIA, A VACINA DEVE SER APLICADA, PREFERENCIALMENTE, 15 DIAS ANTES DO INÍCIO DA QUIMIOTERAPIA (QT).

# Vacina *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib)

- A. NAS INDICAÇÕES DE SUBSTITUIÇÃO DE PENTAVALENTE POR DTP ACELULAR + HIB + HB.
- B. TRANSPLANTADOS DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (MEDULA ÓSSEA).
- C. NOS MENORES DE 19 ANOS, NÃO PREVIAMENTE VACINADOS, NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:
- HIV/AIDS.
  - IMUNODEFICIÊNCIA CONGÊNITA ISOLADA DE TIPO HUMORAL OU DEFICIÊNCIA DE COMPLEMENTO.
  - IMUNODEPRESSÃO TERAPÊUTICA OU DEVIDO AO CÂNCER.
  - ASPLÊNIA ANATÔMICA OU FUNCIONAL E DOENÇAS RELACIONADAS.
  - DIABETES MELLITUS.
  - NEFROPATIA CRÔNICA / HEMODIÁLISE / SÍNDROME NEFRÓTICA.
  - TRISSOMIAS.
  - CARDIOPATIA OU PNEUMOPATIA CRÔNICA.
  - ASMA PERSISTENTE MODERADA OU GRAVE.
  - FIBROSE CÍSTICA.
  - FÍSTULA LIQUÓRICA.
  - DOENÇAS DE DEPÓSITO.
  - TRANSPLANTADOS DE ÓRGÃOS SÓLIDOS.
  - TRANSPLANTADOS DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (MEDULA ÓSSEA).
  - DOENÇA NEUROLÓGICA INCAPACITANTE.
  - IMPLANTE DE CÓCLEA.

# Vacina tríplice acelular (DTPa)

## **A. APÓS OS SEGUINTE EVENTOS ADVERSOS GRAVES OCORRIDOS COM A APLICAÇÃO DA VACINA PENTA:**

- CONVULSÃO FEBRIL OU AFEBRIL NAS PRIMEIRAS 72 HORAS APÓS VACINAÇÃO.
- SÍNDROME HIPOTÔNICA HIPORRESPONSIVA NAS PRIMEIRAS 48 HORAS APÓS VACINAÇÃO.

## **B. PARA CRIANÇAS QUE APRESENTEM RISCO AUMENTADO DE DESENVOLVIMENTO DE EVENTOS GRAVES À VACINA PENTA:**

- DOENÇA CONVULSIVA CRÔNICA.
- CARDIOPATIAS OU PNEUMOPATIAS CRÔNICAS COM RISCO DE DESCOMPENSAÇÃO EM VIGÊNCIA DE FEBRE.
- DOENÇAS NEUROLÓGICAS CRÔNICAS INCAPACITANTES.
- CRIANÇAS COM NEOPLASIAS E/OU QUE NECESSITEM DE QUIMIO, RÁDIO OU CORTICOTERAPIA.
- RN QUE PERMANEÇA INTERNADO NA UNIDADE NEONATAL POR OCASIÃO DA IDADE DE VACINAÇÃO.
- RN PREMATURO EXTREMO (MENOR DE 1.000 G OU 31 SEMANAS).

## **C. PREFERENCIALMENTE, NAS SEGUINTE SITUAÇÕES DE IMUNODEPRESSÃO:**

- COM NEOPLASIAS E/OU QUE NECESSITEM DE QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA OU CORTICOTERAPIA
- COM DOENÇAS IMUNOMEDIADAS QUE NECESSITEM DE QUIMIOTERAPIA, CORTICOTERAPIA OU IMUNOTERAPIA
- TRANSPLANTADOS DE ÓRGÃOS SÓLIDOS E CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (MEDULA ÓSSEA).

## Vacina dupla infantil (DT)

- ENCEFALOPATIA NOS 07 DIAS SUBSEQUENTES À ADMINISTRAÇÃO DE DOSE ANTERIOR DE VACINA PENTA, DTP OU DTP ACELULAR.

## Imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT)

- INDIVÍDUOS QUE APRESENTARAM HIPERSENSIBILIDADE QUANDO DA UTILIZAÇÃO DE QUALQUER SORO HETERÓLOGO (ANTITETÂNICO, ANTIRRÁBICO, ANTIDIFTÉRICO, ANTIOFÍDICO, ENTRE OUTROS).

- IMUNODEPRIMIDOS, NAS INDICAÇÕES DE IMUNOPROFILAXIA, MESMO QUE VACINADO.

NOTA: OS IMUNODEPRIMIDOS RECEBERÃO IGHAT NO LUGAR DO SAT, DEVIDO À MEIA-VIDA MAIOR DOS ANTICORPOS.

- RN EM SITUAÇÕES DE RISCO PARA TÉTANO CUJAS MÃES SEJAM DESCONHECIDAS OU NÃO TENHAM SIDO ADEQUADAMENTE VACINADAS.

- RN PREMATUROS COM LESÕES POTENCIALMENTE TETANOGÊNICAS, INDEPENDENTEMENTE DA HISTÓRIA VACINAL DA MÃE.

NOTA: O USO DA IGHAT PARA A PROFILAXIA DE ROTINA DE FERIMENTOS TETANOGÊNICOS, EM ADOÇÃO NO BRASIL, DEVE SER SUPRIDA PELA REDE DE SAÚDE E NÃO PELOS CRIES, QUE ATENDERÃO

EXCLUSIVAMENTE AS INDICAÇÕES SUPRACITADAS.

# Vacina meningocócica C conjugada (MncC)

- ASPLENIA ANATÔMICA OU FUNCIONAL E DOENÇAS RELACIONADAS.
- IMUNODEFICIÊNCIAS CONGÊNITAS E ADQUIRIDAS.
- DEFICIÊNCIA DE COMPLEMENTO E FRAÇÕES.
- PESSOAS COM HIV/AIDS.
- IMPLANTE DE CÓCLEA.
- FÍSTULA LIQUÓRICA E DERIVAÇÃO VENTRÍCULO PERITONEAL (DVP).
- TRISSOMIAS.
- MICROBIOLOGISTA ROTINEIRAMENTE EXPOSTO A ISOLAMENTO DE NEISSERIA MENINGITIDIS.
- DOENÇAS DE DEPÓSITO.
- HEPATOPATIA CRÔNICA.
- DOENÇA NEUROLÓGICA CRÔNICA INCAPACITANTE.

OBS .: DEPENDENDO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA A VACINA CONJUGADA MENINGOCÓCICA C PODERÁ SER ADMINISTRADA PARA PACIENTES COM CONDIÇÕES DE IMUNODEPRESSÃO CONTEMPLADAS NESTE MANUAL.

# HPV quadrivalente

No grupo de 09 a 45 anos de idade:

- HOMENS E MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS
- TRANSPLANTADOS DE ÓRGÃOS SÓLIDOS, DE MEDULA ÓSSEA
- PACIENTES ONCOLÓGICOS

DESTACA-SE QUE MANTÉM-SE A NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO, NO ATO DA VACINAÇÃO, DE PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA HOMENS/MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS E PARA OS INDIVÍDUOS SUBMETIDOS A TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS SÓLIDOS, TRANSPLANTES DE MEDULA ÓSSEA E PACIENTES ONCOLÓGICOS

FONTE: OFÍCIO Nº 810/2022/CGPNI/DEIDT/SVS/MS DE 22 DE JUNHO DE 2022

## ENDEREÇOS DOS CRIE

- **Hospital Municipal Rocha Maia:** Rua General Severiano, 91 – Botafogo / Tel: 2275.6531 / 2295.2295 Ramal: 203 / Email: [criesmsdc@gmail.com](mailto:criesmsdc@gmail.com)

**Instituto Nacional de Infectologia:** Av. Brasil, nº 4.365, Manguinhos  
Tel: 3865-9124/3865-9125  
E-mail [crie.agenda@ini.fiocruz.br](mailto:crie.agenda@ini.fiocruz.br)



## COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES/SVS/SUBPAV/S

Email: [imunizacao@rio.rj.gov.br](mailto:imunizacao@rio.rj.gov.br)

---