Vacinação e saúde infantil

Versão 2026

Redação e Supervisão: Orientações sobre a Vacinação Comitê de Discussão de Diretrizes de Vacinação
Publicação: Fundação Pública do Centro de Pesquisa de Vacinação

Introdução

As crianças são vulneráveis às doenças e podem ser afetadas gravemente, dependendo de suas condições físicas. A vacinação pode protegê-las de diversas doenças graves.

Este folheto informativo foi criado para fornecer informações sobre a vacina que seu filho receberá, permitindo que ele seja vacinado de forma segura.

Desejamos que este folheto contribua para o crescimento saudável de seu filho.

Índice

1 Vacine seu filho! 2
2 O que é vacinação? 2
3 Validade da vacinação 3
4 Sobre as vacinações de rotina e vacinações voluntárias 3
5 Desenvolvendo um plano de vacinação para seu filho 4
6 Antes da vacinação de seu filho 9
7 Doenças prevenidas pela vacinação e vacinas 12
Infecção por rotavírus 12
Hepatite B 14
Infecção pneumocócica pediátrica 16
Difteria, coqueluche, tétano e pólio (poliomielite aguda) e infecção pelo Hib 18
Tuberculose 25
Sarampo e Rubéola 27
Varicela (catapora) 30
Encefalite japonesa 32
Infecção pelo Papilomavírus Humano 34
Infecção pelo vírus sincicial respiratório (VSR) em mulheres grávidas (imunização materna) 38
8 O que fazer caso seu filho apresente sinais de efeitos colaterais causados pela vacinação ... 40
[Referência 1] Infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) 42
[Referência 2] Doenças prevenidas por vacinação voluntária e descrição geral das vacinas... 45
Vacina contra influenza sazonal 45
Vacina contra caxumba 46
[Referência 3] Questionário de avaliação para vacinação 47
[Referência 4] Pesquisa do estado de saúde pós-vacinação 48

A edição de 2026 é baseada nas revisões de fevereiro de 2026.

Você poderá solicitar as últimas informações a seu município (incluindo distritos especiais, e a seguir, aplicá-las ao mesmo). Estas informações também estão disponíveis nos sites do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar Social e do Instituto Japonês de Segurança Sanitária (portal de informações sobre doenças infecciosas).

Se houver alterações na legislação ou regulamentação, a Notificação de Revisão e afins serão publicados em nosso site (https://www.yoboseshu-rc.com).

1. Vacine seu filho!

A imunidade contra doenças que os bebês herdam de suas mães desaparece quase completamente 3 meses após o nascimento, no caso da coqueluche, e 12 meses, no caso do sarampo. Consequentemente, após esses períodos, é necessário proteger os bebês dessas doenças, produzindo sua própria imunidade. A vacinação reforça essa defesa.

À medida que a criança se desenvolve, ela tem mais oportunidades de sair e entrar em contato com outras pessoas e é mais provável que seja infectada. Recomendamos que você se informe sobre a vacinação e vacine seu filho para o bem de sua saúde.

● Infecções

Infecções são doenças que ocorrem quando patógenos, como vírus e bactérias, entram no corpo e se multiplicam. Dependendo do tipo de patógeno, podem ocorrer diversos sintomas, como febre, tosse, dor de cabeça, erupção cutânea e diarreia.

2. O que é vacinação?

"Vacinação" refere-se à administração de uma vacina — normalmente por injeção, via oral ou via nasal — para ajudar o corpo a desenvolver ou aumentar a imunidade contra doenças. Existem dois tipos principais de vacinas: vacinas vivas atenuadas, que utilizam formas enfraquecidas de vírus infecciosos ou bactérias, e vacinas inativadas, que são produzidas pela inativação de vírus ou pela eliminação da toxicidade de bactérias e das toxinas que elas produzem. Recentemente, foram desenvolvidas vacinas contra a COVID-19 utilizando mRNA (RNA mensageiro), que serve como modelo para a produção da proteína spike encontrada na superfície do vírus da COVID-19. A vacinação envolve a administração de vacinas para proteger os indivíduos contra doenças infecciosas e prevenir sua disseminação na comunidade. Mesmo que contraiam uma doença infecciosa, os indivíduos vacinados têm maior probabilidade de evitar o desenvolvimento de sintomas graves. As vacinas não podem ser preparadas para todas as doenças infecciosas. Devido à sua natureza, vacinas contra alguns vírus e bactérias não podem ser produzidas atualmente, mas a pesquisa para o desenvolvimento de vacinas continua em todo o mundo.

3. Validade da vacinação

A vacinação é realizada para prevenir uma doença-alvo ou reduzir sua gravidade caso seja contraída; no entanto, a imunidade não é estabelecida em algumas crianças devido às suas características e condições físicas. Se você quiser saber se desenvolveu resistência (imunidade), também pode medir os anticorpos no sangue através de um exame de sangue.

Além disso, com algumas vacinas, a imunidade diminui gradualmente mesmo depois de estabelecida, e tais vacinas exigem reforços em intervalos específicos para manter a imunidade a longo prazo. (Vide "5. (3) Tipos e características das vacinas", na pág. 5)

4. Sobre as vacinações de rotina e vacinações voluntárias

Existem várias formas de vacinação. Quanto à vacinação de rotina e voluntária, a Lei de Vacinação Preventiva define as doenças-alvo, os indivíduos e os cronogramas de vacinação.

A vacinação é realizada no tempo apropriado para cada doença. Consulte a "lista do cronograma de vacinações de rotina (doenças do Grupo A)" na página 8 para conferir a época apropriada para cada vacinação (cronograma padrão de vacinação).

Periódica

As vacinações definidas pela "Lei de Vacinação Preventiva" são divididas entre vacinações para doenças do Grupo A e B. Como regra geral, o custo é pago pelo governo local para vacinações contra doenças do Grupo A, logo é possível receber a vacina pela iniciativa pública. A vacinação contra doenças do Grupo B pode ser parcialmente financiada por fundos públicos. Em 30 de janeiro de 2013, foram estabelecidas medidas especiais para crianças que não puderam receber vacinas regulares devido a doenças graves de longo prazo. Para mais informações, consulte o departamento de vacinação em seu município.

Doenças do Grupo A	O foco está principalmente na prevenção em massa e na prevenção de doenças graves. O indivíduo está obrigado a se esforçar para receber a vacinação, e o pai/responsável está obrigado a se esforçar para garantir que o indivíduo (criança) seja vacinado. Em ambos os casos, há uma recomendação governamental para que a vacinação seja recebida.
・Infecção por rotavírus ・Hepatite B ・Infecção pneumocócica pediátrica ・Difteria ・Coqueluche ・Tétano ・Pólio (poliomielite aguda) ・Infecção pelo Hib ・Tuberculose (BCG) ・Sarampo ・Rubéola ・Varicela ・Encefalite japonesa ・Infecção pelo papilomavírus humano (HPV) ・Infecção pelo vírus sincicial respiratório (para mulheres grávidas)	

Doenças do Grupo B	O foco está principalmente na prevenção pessoal. O indivíduo não está obrigado a se esforçar para receber a vacinação, e o pai/responsável não está obrigado a se esforçar para garantir que o indivíduo (criança) seja vacinado. Em ambos os casos, não há uma recomendação governamental para que a vacinação seja recebida.
・Gripe sazonal* ・Infecção pneumocócica em idosos ・Infecção por COVID-19 em idosos ・Herpes-zóster em idosos	

*A vacinação contra a gripe sazonal e a infecção por COVID-19 em crianças é voluntária.

Opcional

É o tipo de vacinação diferente da "Vacinação de rotina" estipulada pela "Lei de Vacinação Preventiva". Como regra geral, o custo necessário da vacinação é arcado pelo próprio vacinado. Dependendo da necessidade de vacinação, alguns governos locais podem arcar parte ou de forma integral os custos da vacina. Confirme com o centro de saúde / departamento responsável do seu município.

5. Desenvolvendo um plano de vacinação para seu filho

(1) Aviso de realização de vacinação

A vacinação de rotina é realizada pela prefeitura municipal, de acordo com a Lei de Vacinação Preventiva. Normalmente, o aviso de vacinação é enviado aos pais/responsáveis individualmente, exceto em casos excepcionais. Como o aviso é enviado com base no Atestado de Residência e no Cartão de Residência, não se esqueça de enviar uma notificação quando um bebê nascer ou quando você se mudar.

(2) Estabelecer um cronograma aproximado para receber a vacinação

A vacinação de rotina é, em princípio, aplicada individualmente. Determine um cronograma e uma ordem específicos para as vacinas em consulta com seu médico de família, após considerar os programas municipais, a condição física do seu filho e a prevalência de doenças.

Note que alguns municípios podem oferecer vacinação em massa (realizada em datas e locais específicos, como postos de saúde) da vacina BCG.

(3) Tipos e características das vacinas

As vacinas utilizadas para imunização incluem vacinas vivas; vacinas inativadas; e vacina de mRNA para a COVID-19.

Vacina viva

As vacinas vivas são feitas de bactérias e vírus vivos atenuados (bactérias e vírus vivos cuja patogenicidade foi enfraquecida). A resistência (imunidade) à doença é estabelecida de forma semelhante aquando ocorre uma infecção. Após a vacinação, o crescimento de bactérias e vírus que têm toxicidade reduzida (patogenicidade) começa no corpo e, dependendo da natureza de cada vacina, podem ocorrer sintomas leves de febre e erupção cutânea. Demora cerca de um mês para ter resistência suficiente (imunidade). No entanto, em alguns casos é necessária uma vacina de reforço devido a imunidade enfraquecer e diminuir gradualmente.

Types of live vaccines	・Rotavirus vaccine ・BCG vaccine ・Measles-rubella (MR) vaccine ・Measles vaccine ・Rubella vaccine ・Varicella (chicken pox) vaccine ・Mumps vaccine ・Yellow fever vaccine ・Intranasal influenza vaccine ・Smallpox vaccine (mpox prevention)

Vacina inativada

É produzida pela eliminação da toxicidade (patogenicidade) usando os ingredientes necessários para matar bactérias e vírus e criar resistência (imunidade). Como as bactérias e os vírus não crescem no corpo, a resistência (imunidade) pode ser obtida pela vacinação várias vezes. Após 2 a 3 vacinações a intervalos regulares e após a resistência mínima necessária (imunidade básica) ter sido alcançada, o reforço da vacinação será administrado após vários meses a 1 ano para se conseguir resistência suficiente (imunização). No entanto, a resistência (imunidade) diminui progressivamente. Para manter a resistência (imunidade) por um longo período, serão necessários reforços em intervalos predeterminados, dependendo das características da vacina.

Tipos de vacinas inativadas e toxoides	・Vacina contra hepatite B ・Vacina pneumocócica ・Vacina 5 em 1 (DPT-IPV-Hib) ・Vacina 3 em 1 (DPT) ・Vacina 2 em 1 (DT) ・Vacina contra a poliomielite (IPV) ・Vacina Hib ・Vacina contra a encefalite japonesa ・Vacina contra o vírus do papiloma humano ・Vacina contra a gripe sazonal ・Vacina meningocócica ・Vacina contra a hepatite A ・Vacina antirrábica ・Toxoide tetânico (T) ・Vacina contra a encefalite transmitida por carrapatos ・Vacina contra a febre tifoide ・Vacina contra o herpes-zóster ・Vacina contra o vírus sincicial respiratório ・Vacina contra a COVID-19

Vacina de mRNA

As vacinas contra a COVID-19 incluem novas vacinas de mRNA, que são fabricadas de forma diferente dos métodos convencionais. Essas vacinas encapsulam o mRNA (RNA mensageiro) — servindo como um modelo para o antígeno proteico encontrado na superfície do vírus da COVID-19 — dentro de nanopartículas lipídicas. Como não se enquadram nas categorias tradicionais de vacinas vivas atenuadas ou inativadas, são classificadas separadamente. Vacinas inativadas contra a COVID-19 também são administradas. Vacinas vivas também estão em desenvolvimento.

Tipos de vacinas de mRNA	・Vacina contra a COVID-19

(4) Intervalos entre os diferentes tipos de vacinas

A partir de 1 de outubro de 2020, o intervalo de vacinação para diferentes vacinas foi revisado. Não há mais restrições quanto ao intervalo entre as vacinações, exceto quando são administradas duas vacinas vivas injetáveis.

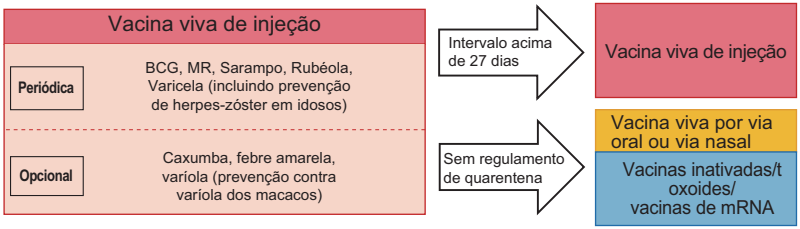
Vacinas utilizadas para imunização incluem vacinas vivas, inativadas e de mRNA. Ao administrar uma vacina viva, é necessário manter um certo intervalo antes de injetar outra vacina viva.

Em certos casos, mais de um tipo de vacina pode ser administrado simultaneamente. Por favor, consulte seu médico.

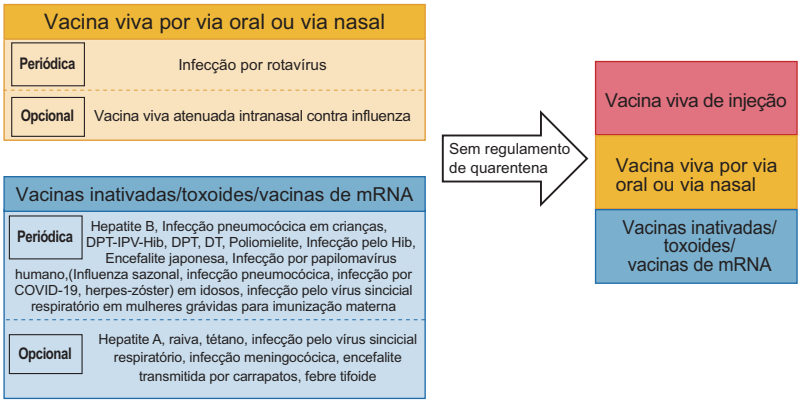
Se seu filho precisar receber várias doses da mesma vacina, certifique-se de que os intervalos especificados sejam cumpridos.

Intervalos entre diferentes tipos de vacinas

・Siga as instruções fornecidas no informativo e em outros materiais relevantes sobre os intervalos entre as doses da mesma vacina.



* Deve haver um intervalo de pelo menos 27 dias entre as duas vacinas vivas injetadas, a partir do dia seguinte à primeira aplicação.
* Não há um intervalo específico necessário entre a aplicação de uma vacina viva injetável e a aplicação subsequente de uma vacina viva oral ou nasal, vacina inativada, toxoide ou vacina de mRNA.



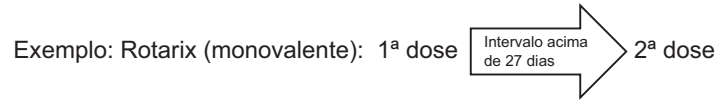
(Observação)

・Sintomas como febre e inchaço no local podem ocorrer por vários dias após a vacinação. Mesmo dentro do período de vacinação permitido, certifique-se de que o indivíduo esteja em boas condições de saúde — sem sintomas como febre ou inchaço no local da injeção — antes de prosseguir com a vacinação.

・As vacinas podem ser administradas simultaneamente somente com aprovação médica específica.

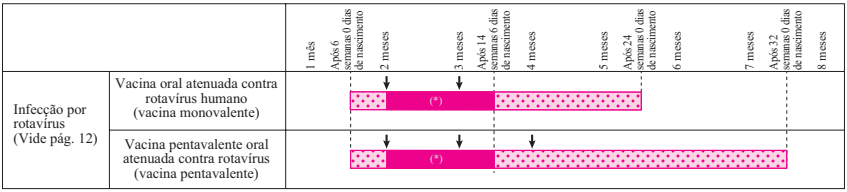
Intervalos de vacinação ao receber múltiplas doses da mesma vacina

・Ao receber múltiplas doses da mesma vacina, é necessário observar os intervalos especificados para cada vacina.

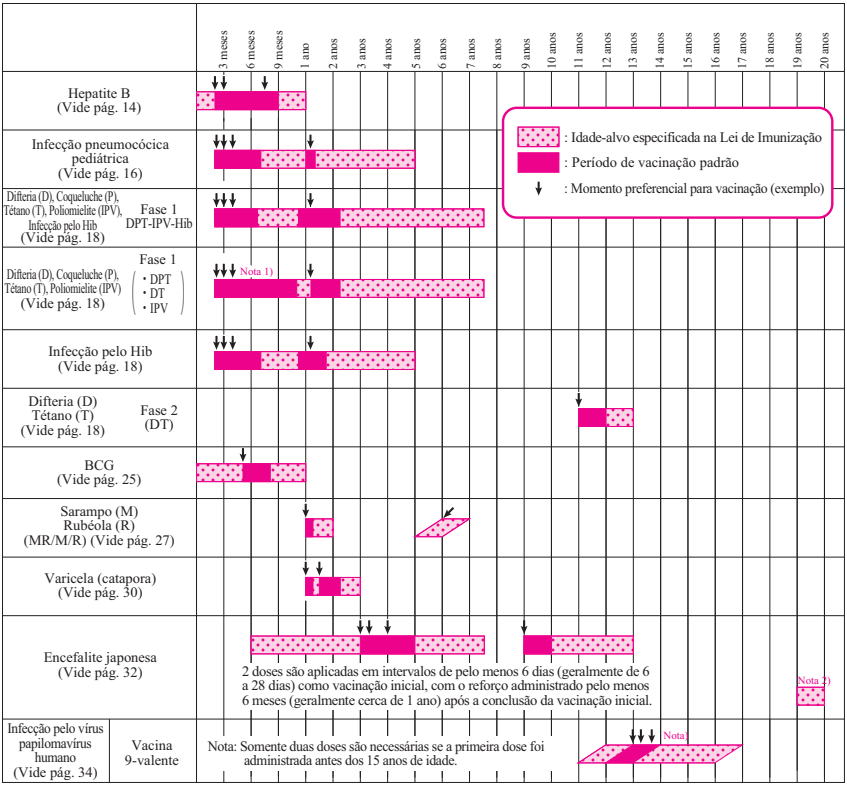


Lista do cronograma de vacinações de rotina (doenças do Grupo A)

(Observação) A data de início da contagem do intervalo de vacinação é o dia seguinte à vacinação. O intervalo de vacinação é determinado na legislação e portarias. Por exemplo, "um intervalo de uma semana" significa "no mesmo dia da semana seguinte ou em data posterior".



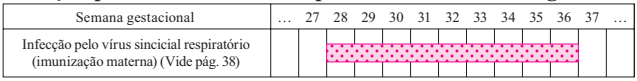
*: Para a primeira vacinação, o período de vacinação padrão é a partir do segundo mês após o dia do nascimento ou até 14 semanas e 6 dias após o nascimento



Nota 1: Caso a DT seja utilizada na fase 1, ela não deve ser administrada antes de 3 meses após o nascimento.

Nota 2: Pessoas nascidas entre 2 de abril de 1995 e 1 de abril de 2007 que não puderam receber as vacinas de fase 1 ou 2 poderão receber as doses perdidas como vacinação de rotina, se tiverem menos de 20 anos.

Infecção pelo vírus sincicial respiratório em mulheres grávidas



※ Gestantes entre 28 semanas e 0 dias e 36 semanas e 6 dias de gestação são elegíveis

6. Antes da vacinação de seu filho

Confirme os seguintes itens antes da vacinação

1 Seu filho está com boa saúde?
2 Você compreende a necessidade, a eficácia e os possíveis efeitos colaterais da vacina que será administrada ao seu filho hoje?
Se tiver dúvidas, anote-as.
3 Tem em mãos a caderneta de saúde da criança?
4 Respondeu ao questionário de avaliação para a vacinação?

(1) Cuidados gerais

A vacinação deve ser realizada quando seu filho estiver gozando de boa saúde. Procure anotar, de forma constante, o estado de saúde de seu filho, como, por exemplo, as características e as condições físicas do momento. Se você tiver alguma dúvida, não hesite em consultar seu médico, o posto de saúde ou a secretaria municipal responsável.

Para que seu filho seja vacinado com segurança, recomendamos que você decida se ele deve ser vacinado ou não no dia da vacinação, levando em consideração os seguintes pontos:

a) Na manhã do dia da vacinação, observe seu filho com atenção e tenha certeza de que ele está bem.
Se seu filho estiver com a vacinação agendada, mas não estiver se sentindo bem, consulte seu médico de família para decidir se deve ou não prosseguir com a vacinação.
b) Leia todas as informações sobre a vacinação fornecidas pela secretaria municipal, para que você entenda bem a necessidade e as reações colaterais das vacinas. Se tiver qualquer dúvida, antes de vacinar seu filho, converse com o médico responsável pela vacinação.
c) Lembre-se de levar a caderneta de saúde da criança.
d) O questionário de avaliação fornece informações importantes ao médico responsável pela vacinação. Preencha o formulário de forma completa e precisa.
* A partir de junho de 2026, nos municípios que iniciaram a digitalização da administração da vacinação, o questionário de avaliação poderá ser preenchido no Mynaportal.

e) Recomendamos que a criança a ser vacinada esteja acompanhada pelo pai/mãe/responsável que conheça bem as condições físicas normais da criança.

Uma criança poderá ser vacinada somente se o pai/mãe/responsável estiver plena consciência da eficácia e das potenciais reações adversas à vacinação e concordar em vaciná-la.

(2) Casos de impedimentos da vacinação:

a) Crianças que exibem sinais claros de febre (via de regra, superior a 37,5 ºC)
O(A) médico(a) vacinador e o(a) responsável (paciente) devem verificar minuciosamente o estado de saúde das pessoas que apresentarem uma temperatura corporal ligeiramente superior a 37,5 °C devido a razões como uma temperatura corporal basal elevada, e julgar se devem ou não realizar a vacinação.

b) Crianças com doença aguda grave.
Via de regra, crianças com alguma doença aguda e grave na data da vacinação não devem receber a vacina, pois não é possível prever a evolução da doença.

c) Crianças que apresentaram reação anafilática a qualquer componente contido na preparação da vacina a ser ministrada naquele dia.
A “anafilaxia” é uma reação alérgica sistêmica grave, que geralmente surge 30 minutos após a vacinação, com sintomas como, por exemplo, transpiração excessiva, inchaço da face, urticária sistêmica grave, náusea, vômito, rouquidão e desconforto respiratório, resultando no estado de choque do paciente.

d) Mulheres que deveriam receber vacina de sarampo, rubéola, varicela (catapora) e caxumba, e que estejam grávidas.
(Esta regulamentação não diz respeito diretamente a crianças, mas é importante para pessoas que receberão vacinação voluntária.)

e) Com relação à vacinação BCG (doravante denominada BCG), crianças com predisposição a queloides

f) Crianças que são vacinadas contra a infecção por rotavírus e que têm uma história clara de intussuscepção, crianças com distúrbios gastrointestinais congênitos (exceto as que completaram o tratamento) e pacientes complexos graves. Crianças com resultados de imunodeficiência.

g) Outras condições que o médico considerar inadequadas.
Mesmo que seu filho não se enquadre nos critérios "a)" a "f)" mencionados acima, e você deseja obtê-lo, faça a vacinação com seu médico ou obtenha um atestado médico ou declaração de opinião antes de receber a vacinação em outra instituição médica.

- Crianças que são elegíveis para a vacinação contra hepatite B e que receberam a imunoglobulina contra hepatite B e a vacina contra hepatite B após o nascimento sob cobertura de seguro de saúde como parte do programa de prevenção da transmissão de mãe para filho são excluídas do programa de vacinação de rotina. No entanto, as vacinações subsequentes e os tratamentos relacionados continuarão a ser cobertos pelo seguro de saúde.

(3) Crianças que necessitam de atenção especial antes da vacinação

Os pais e responsáveis com crianças que se enquadrem em algum dos casos abaixo devem consultar o médico da criança antes da vacinação, para receber instruções adequadas quanto à possibilidade da vacinação. Nos casos em que a vacinação for confirmada, ela deverá ser ministrada pelo próprio médico ou por um outro médico, mediante atestado ou parecer emitido pelo médico da criança.

a) Crianças em tratamento por distúrbios de origem cardíaca, renal, hepática, hematológica ou distúrbios de desenvolvimento.

b) Crianças que tiveram febre nos dois primeiros dias após uma vacinação, bem como as que manifestaram alguma reação alérgica, incluindo erupção cutânea e urticária.

c) Crianças que tenham sofrido convulsões no passado.
O critério de decisão pela vacinação depende da idade em que a convulsão ocorreu, da ocorrência ou ausência de febre, das convulsões subsequentes e do tipo de vacina. Consulte o médico da criança antes de vacinar.

d) Crianças que tenham sido diagnosticadas com imunodeficiência no passado ou que tenham membros da família ou parente próximo com imunodeficiência primária (Por exemplo, pessoas que apresentaram com frequência abcesso perianal quando bebês).

e) Crianças alérgicas aos componentes da vacina, como ovos, agentes antibacterianos e estabilizantes, que podem ser usados no processo de cultura na fabricação da vacina.

f) No caso da vacina BCG, uma criança que tenha a suspeita de ter sido infectada com tuberculose no passado, como por exemplo, por ter tido contato prolongado com um paciente de tuberculose na família.

g) Na vacinação contra a infecção por rotavírus, crianças com distúrbios gastrointestinais, como doenças gastrointestinais ativas e diarreia.

h) Na vacinação contra a infecção pelo vírus sincicial respiratório (VSR), devem ser consideradas pessoas com histórico de distúrbios hipertensivos da gravidez ou que apresentem alto risco de desenvolver tais condições.

(4) Cuidados gerais após a vacinação

a) Durante 30 minutos após a vacinação, observe seu filho na instituição médica (unidade de saúde) ou certifique-se de que um médico possa ser contatado imediatamente. Reações colaterais repentinas podem ocorrer, de forma rara, neste intervalo.

b) Fique atento a possíveis reações adversas por até 4 semanas (para vacinas vivas e vacinas de mRNA) ou 1 semana (para vacinas inativadas) após a vacinação.

c) Mantenha limpo o local onde a vacina foi aplicada. É permitido tomar um banho, mas não esfregue a área da vacinação.

d) Evite movimentos muito bruscos no dia da vacinação.

e) Se a criança apresentar alguma reação anormal no local onde a vacina foi aplicada ou apresentar mudanças nas condições físicas após a vacinação, consulte um médico imediatamente.

7. Doenças prevenidas pela vacinação e vacinas

Cada criança possui uma constituição fisiológica única. Em casos raros, podem ocorrer reações adversas de distintos graus. O importante é consultar um médico que conheça bem o estado de saúde de seu filho, discutir bastante sobre a possibilidade da vacinação e decidir se a criança será ou não vacinada.

◆ Infecção por rotavírus

(1) Sobre a doença

O rotavírus é o vírus causador da gastroenterite aguda observada em todo o mundo, principalmente em bebês e crianças menores de 5 anos. Os principais sintomas são diarreia, vômito, febre, etc. e, às vezes, pode ocorrer desidratação, convulsões, disfunção hepática, insuficiência renal e, raramente, encefalopatia aguda. As infecções ocorrem muitas vezes, independentemente da idade, mas a primeira infecção na infância é a mais grave e, em seguida, torna-se mais branda à medida que a infecção se repete.

(2) Vacina contra rotavírus (vacina viva)

Há duas vacinas contra o rotavírus: a vacina oral atenuada de rotavírus humano vivo (Rotarix®, doravante denominada vacina monovalente), que utiliza rotavírus atenuado; e a vacina oral atenuada de rotavírus humano pentavalente (RotaTeq®, doravante denominada vacina pentavalente), que utiliza rotavírus recombinante humano-bovino. Ambas as vacinas

são eficazes na prevenção de gastroenterite devido à infecção por rotavírus em cerca de 80% e cerca de 95% das infecções graves por rotavírus.

As infecções por rotavírus podem ocorrer muitas vezes, independentemente da idade, mas o objetivo principal é prevenir essa infecção inicial, já que a infecção inicial na infância é a mais grave e depois se torna mais branda com infecções repetidas. Como resultado, vacinaremos os bebês precocemente.

A comercialização da primeira vacina contra o rotavírus introduzida nos Estados Unidos foi descontinuada porque foi descoberto que apresentava muitos efeitos colaterais de intussuscepção, que são graves para crianças. As duas vacinas contra o rotavírus atualmente em uso em todo o mundo demonstraram, em grandes ensaios clínicos, um risco menor de desenvolver intussuscepção do que a primeira vacina contra o rotavírus introduzida nos Estados Unidos.

Dentro de uma semana após a primeira vacinação contra o rotavírus, há risco de desenvolver intussuscepção.

É considerado vantajoso para crianças prevenir a infecção por rotavírus comparando os riscos (início de reações colaterais, como intussuscepção) e benefícios (prevenção de infecção grave por rotavírus) devido à vacinação contra rotavírus. Mais e mais países ao redor do mundo estão introduzindo vacinas contra rotavírus.

Se após a vacinação contra o rotavírus se observar alguma dor periódica, mau humor, dor abdominal, vômito recorrente ou choro intenso, ou fezes com sangue, considere a possibilidade de intussuscepção e consulte um médico.

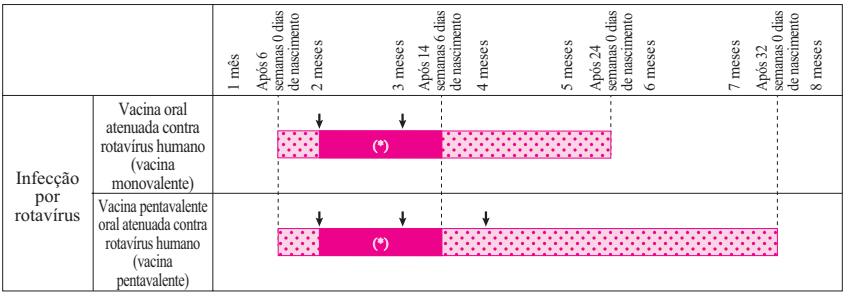
A vacina contra o rotavírus foi adicionada ao programa de vacinação de rotina a partir de 1 de outubro de 2020, e, desde então, as crianças nascidas em ou após 1 de agosto de 2020 são elegíveis para a vacinação de rotina.

As idades de inoculação e o número de inoculação diferem de acordo com o tipo de vacina utilizado. A vacina monovalente (Rotarix®) é administrada 2 vezes em intervalos de 27 dias ou mais para crianças entre 6 semanas e 0 dias após o nascimento e 24 semanas e 0 dias após o nascimento. A vacina pentavalente (RotaTeq®) é administrada 3 vezes com um intervalo de 27 dias ou mais para crianças entre 6 semanas e 0 dias após o nascimento e 32 semanas e 0 dias após o nascimento. Recomenda-se que a primeira vacinação seja concluída até 14 semanas e 6 dias após o nascimento para evitar a prevalência de intussuscepção.

A frequência de casos graves (aqueles julgados pelo relator como graves) entre os notificados pelas instituições médicas como casos suspeitos de reação colateral (eventos adversos) foi de 0,0030% para a vacina monovalente (Rotarix®), e 0,0021% para a vacina pentavalente

(RotaTeq®). (Incidência relatada de 1º de abril de 2013 a 30 de setembro de 2025. Fonte: materiais da 110ª reunião do Subcomitê de Imunizações e Vacinas do Conselho de Saúde e Ciência de fevereiro de 2026, a partir de 2-27 a 2-28).

(3) Cronograma da Vacinação



*: Para a primeira vacinação, o período de vacinação padrão é a partir do segundo mês após o dia do nascimento ou até 14 semanas e 6 dias após o nascimento

◆ Hepatite B

A vacina contra hepatite B (HB) tem sido rotineiramente administrada a partir de outubro de 2016 para todas as crianças nascidas a partir de 1º de abril de 2016. O custo da vacinação em recém-nascidos de mães portadoras do vírus da hepatite B (antígeno HBs), continua sendo coberto pelo seguro de saúde, e em caso de entrar em contato acidentalmente com sangue contaminado pelo vírus da hepatite B, a vacinação segue sendo coberta pelo seguro de acidente de trabalho ou pelo seguro de saúde.

(1) Sobre a doença

Ao ser contaminado pelo vírus da hepatite B (HB), o paciente pode desenvolver uma hepatite aguda e se curar ou ela pode se tornar uma hepatite crônica. Em alguns casos, pode ocorrer hepatite fulminante com sintomas graves e que pode levar à morte. Em outros casos, quando os sintomas não se tornam muito evidentes, o vírus se esconde no interior do fígado e depois de vários anos pode causar hepatite crônica, cirrose hepática, câncer do fígado, etc. Particularmente, é sabido que quanto menor a idade do contaminado, os sintomas da hepatite aguda são mais leves ou não são muito evidentes, mas por outro lado o vírus se esconde no fígado e acaba por tomar a forma de infecção persistente. A infecção ocorre em recém-nascidos, no contato com o sangue ou fluido corporal de mães com HBV positivo (antígeno HBs), ou por contato sexual com pessoas que são HBV positivo.

(2) Vacina Hepatite B (Vacina inativada)

A vacinação contra a hepatite B, especialmente em crianças, tem como objetivo principal prevenir a infecção persistente pelo vírus e a possível ocorrência futura de hepatite crônica, cirrose ou câncer hepático, e não a prevenção da hepatite a curto prazo.

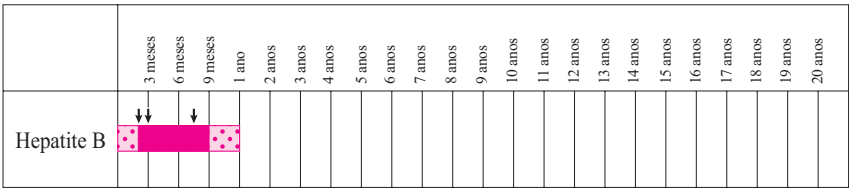
Anteriormente, crianças nascidas de mães com HBV positivo recebiam a vacina contra hepatite B juntamente com imunoglobulina humana contra hepatite B o mais rápido possível após o nascimento para prevenir a transmissão da mãe para o filho. mas agora mais pessoas estão recebendo a vacinação contra HB, para reduzir ao máximo o número de pessoas que sofrem de hepatite crônica / cirrose / câncer de fígado no futuro, além do projeto de prevenção de infecções mãe-filho, todas as crianças nascidas de 1º de abril de 2016 a outubro de 2016 é realizada a vacinação regular.

O projeto de prevenção de transmissão de mãe para filho que foi realizado até agora ainda é coberto pelo seguro de saúde.

As crianças elegíveis para a vacinação de rotina contra a HB são aquelas nascidas em ou após 1º de abril de 2016 e menores de 1 ano de idade, que não estão sujeitas ao projeto de prevenção da transmissão mãe-filho. É considerado período padrão de vacinação a idade de 2 meses completos até os 9 meses, no qual duas injeções subcutâneas são administradas com um intervalo de pelo menos 27 dias entre a primeira e a segunda injeções, e outra (ou seja, a terceira) injeção subcutânea administrada após um intervalo de pelo menos 139 dias após a primeira injeção.

Reações adversas à vacina HB foram relatadas em cerca de 10% das pessoas que receberam a vacina até o momento, e incluem letargia, dor de cabeça e inchaço/vermelhidão/dor no local da vacinação, etc. No entanto, a vacina está sendo administrada a recém-nascidos e bebês sem problemas. A frequência de casos graves (aqueles julgados pelo relator como graves) entre os notificados pelas instituições médicas como casos suspeitos de reação colateral (eventos adversos) foi de 0,0009%. (Incidência relatada de 1º de abril de 2013 a 30 de setembro de 2025. Fonte: materiais da 110ª reunião do Subcomitê de Imunizações e Vacinas do Conselho de Saúde e Ciência de fevereiro de 2026, a partir de 2-24).

(3) Cronograma da Vacinação



◆ Infecção pneumocócica pediátrica

(1) Sobre a doença

O Streptococcus pneumoniae é uma das duas principais causas de infecção pediátrica por bactéria. Esta é uma bactéria que se aloja atrás do nariz de muitas crianças e, ocasionalmente, provoca meningite bacteriana, pneumonia, bacteremia, sinusite e otite média.

Antes da introdução da vacina, a incidência de meningite bacteriana causada pelo Streptococcus pneumoniae na população abaixo de 5 anos de idade era de 2,6 a 2,9 por 100 mil habitantes. Estima-se que cerca de 150 pessoas contraiam a meningite anualmente*. A taxa de mortalidade e a frequência de efeitos de longo prazo (por exemplo, hidrocefalia, surdez, deficiências mentais) são maiores que as da meningite induzida por Hib, com cerca de 21% apresentando um mau prognóstico. (*Conforme materiais do Grupo de Estudo sobre a Vacinação Preventiva, Subcomitê de Doenças Infecciosas do Conselho de Ciência da Saúde do MHLW) Atualmente, a vacina pneumocócica se espalhou e infecções invasivas, como meningite pneumocócica, diminuíram drasticamente.

(2) Vacina pneumocócica conjugada (vacina inativada)

A vacina pneumocócica pediátrica (vacina pneumocócica) foi desenvolvida para prevenir a meningite bacteriana em crianças e inclui sorotipos que causam graves doenças em crianças.

Esta vacina foi introduzida pela primeira vez nos Estados Unidos como uma vacina 7-valente em 2000. Em 2010, foi substituída pela vacina 13-valente, que agora é usada rotineiramente em mais de 100 países em todo o mundo. Em muitos países, foi relatado que a administração desta vacina reduz a meningite bacteriana e a bacteremia. No Japão, a vacina 7-valente foi autorizada para uso em fevereiro de 2010, seguida pela vacina 13-valente em novembro de 2013, e a incidência de infecção pneumocócica grave diminuiu de forma semelhante. Desde abril de 2024, a vacina pneumocócica 15-valente está incluída no programa de vacinação de rotina e, a partir de outubro do mesmo ano, a vacina 20-valente também foi incluída. (A vacina 13-valente, que era utilizada até então, foi retirada do programa de vacinação de rotina em outubro de 2024, após a decisão do fabricante de interromper seu fornecimento).

As reações adversas incluem reações no local da vacinação, como eritema (57,3-66,2%) e inchaço (45,1-50,9%), e reações sistêmicas, incluindo febre (39,4-55,6%). (Para Prevenar 20®, consulte o informativo revisado em agosto de 2024 [2ª edição]; para Vaxneuvance®, consulte o informativo revisado em fevereiro de 2024 [4ª edição].)

A frequência de casos graves (aqueles julgados pelo relator como graves) entre os notificados pelas instituições médicas como casos suspeitos de reação colateral (eventos adversos) foi de 0,0017% para a vacina 20-valente e 0,0014% para a vacina 15-valente. (Incidência relatada

desde o lançamento no mercado até 30 de setembro de 2025. Fonte: materiais da 110ª reunião do Subcomitê de Imunizações e Vacinas do Conselho de Saúde e Ciência de fevereiro de 2026, a partir de 2-20 e 2-21).

A vacinação pneumocócica em crianças é administrada de acordo com os seguintes métodos, com base na idade da criança em meses no começo da vacinação inicial. A forma "a)" é considerada como o padrão de vacinação:

Em princípio, utiliza-se a vacina 20-valente, podendo-se também utilizar a vacina 15-valente por enquanto.

a) Crianças com idade de 2 a 7 meses no início da vacinação inicial.

   A vacinação inicial é realizada com uma vacina pneumocócica conjugada 20-valente ou 15-valente, aplicada três vezes em intervalos de pelo menos 27 dias, geralmente quando a criança completa 12 meses de idade. A vacinação de reforço é administrada uma vez em um intervalo superior a 60 dias depois do término da vacinação inicial, após a criança completar 12 meses de idade. Como padrão, o período de vacinação compreende o intervalo entre 12 a 15 meses de idade. Porém, a segunda e a terceira doses da vacinação inicial devem ser aplicadas antes da criança completar 24 meses de idade. Após este período, não devem ser aplicadas se a criança tiver mais de 24 meses (a aplicação da vacinação de reforço é permitida após esse período). A segunda dose da vacinação inicial deve ser aplicada até os 12 meses de idade. Se a segunda dose for aplicada após os 12 meses de idade, a terceira dose da vacinação inicial não deve ser aplicada (a vacinação de reforço é permitida após esse período).

b) Crianças com idade entre 7 meses (segundo dia de 7 meses) e 12 meses (não excedendo o primeiro dia de 12 meses) no início da vacinação inicial.

   A vacinação é realizada com a vacina pneumocócica conjugada 20-valente ou 15-valente. A vacinação inicial é administrada 2 vezes, em intervalo superior a 27 dias (como padrão) até que a criança complete 12 meses de idade. A vacinação de reforço é administrada uma vez, após a criança completar 12 meses de idade, com intervalo superior a 60 dias após o término da vacinação inicial. Porém, a 2ª dose da vacinação inicial deve ser administrada antes que a criança complete 24 meses de idade. Após este período, a vacina não deve ser administrada (a administração da vacinação de reforço é possível).

c) Crianças com idade de 12 meses (a partir do dia seguinte em que completou 12 meses) a 24 meses no início da vacinação inicial.

   A vacinação é realizada com a vacina pneumocócica conjugada 20-valente ou 15-valente, aplicada duas vezes, com intervalos mínimos de 60 dias.

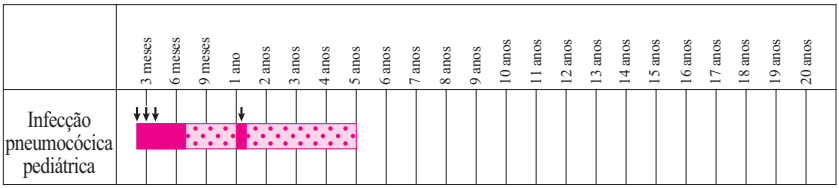
d) Crianças com idade de 24 meses (a partir do dia seguinte em que completou 24 meses) a 60 meses no início da vacinação inicial.

A vacinação é realizada com a vacina pneumocócica conjugada 20-valente ou 15-valente, aplicada uma vez.

Isso também é aplicado às crianças que não puderam receber a vacina devido aos tratamentos médicos prolongados.

e) Em princípio, o mesmo tipo de vacina pneumocócica deve ser utilizado para completar a série vacinal em cada criança. No entanto, se houver circunstâncias inevitáveis — como quando uma criança, após ter recebido um determinado número de doses, se muda para um município onde apenas a vacina 20-valente está disponível, e a autoridade desse município reconhecer o motivo — então, as doses restantes em uma criança que iniciou a vacinação com a vacina 15-valente poderão ser aplicadas com a vacina 20-valente. Se tiver alguma dúvida sobre se seu filho se enquadra neste caso, consulte a secretaria responsável pela vacinação de seu município.

(3) Cronograma da Vacinação



◆ Difteria, coqueluche, tétano, poliomielite (poliomielite aguda) e infecção pelo Hib

(1) Sobre a doença

a) Difteria (Diphtheria)

A difteria é causada pela bactéria Corynebacterium diphtheriae e se propaga por infecção por gotículas de saliva.

A vacina aprimorada contra a difteria, coqueluche e tétano (DPT) (acelular) foi introduzida no mercado em 1981. Atualmente, a incidência anual de difteria no Japão é zero (0) há muitos anos consecutivos, mas surtos epidêmicos já foram observados na região asiática ocasionalmente.

A infecção é principalmente na garganta, mas também na cavidade nasal. Embora a difteria cause apenas sintomas em cerca de 10% das pessoas infectadas, as pessoas restantes se tornam portadoras sem sintomas e podem infectar as outras pessoas. Os sintomas incluem febre alta, dor de garganta, tosse de cachorro e vômito, e uma membrana falsa (Gimaku) chamado pseudomembrana pode se formar na garganta, resultando em morte por asfixia. Os

pacientes devem ser monitorados cuidadosamente, uma vez que a bactéria produz uma toxina que pode causar distúrbios graves do miocárdio ou neuroparalisia, duas a três semanas após o desenvolvimento dos sintomas.

b) Coqueluche (Pertussis)

A coqueluche é causada pela bactéria Bordetella pertussis e se propaga por gotículas de saliva infectada.

Desde o início da vacinação contra coqueluche em 1950, o número de pacientes diminuiu, mas, nos últimos anos, houve casos de coqueluche em crianças desde a idade escolar até a adolescência, bem como em adultos com tosse persistente. Essas pessoas são potenciais fontes de infecção para crianças pequenas e requerem cautela, pois a doença pode se tornar grave, especialmente em recém-nascidos e bebês.

A coqueluche típica começa com sintomas comuns do tipo resfriado. Em seguida, a criança começa a tossir forte e repetidamente, e a face se torna avermelhada. Após a tosse, como o paciente inspira de repente, emite um som parecido com o de uma flauta. Geralmente, não há febre. Ocasionalmente, os bebês e crianças apresentam lábios azuis (cianose), convulsões ou param de respirar subitamente devido à tosse. Ficam propensas a complicações graves que incluem pneumonia e encefalopatia que pode levar recém-nascidos e bebês à morte.

● Infecção por gotículas

Quando tosses, espirros ou conversas, vírus e bactérias são capturados nos salpicos da saliva e secreções respiratórias e voam para o ar, infectando pessoas a uma distância de cerca de 1 m.

c) Tétano (Tetanus)

O tétano não se espalha de pessoa para pessoa, mas é transmitido por bactérias do solo que entram no corpo humano através da ferida. Quando as bactérias se multiplicam no corpo, as toxinas produzidas pela bactéria causam espasmos tônicos musculares. É uma doença que inicialmente é notada por sintomas como a incapacidade de abrir a boca e, eventualmente, causa convulsões tônicas generalizadas, que podem levar à morte se o tratamento for adiado. O tétano é uma doença grave que geralmente começa com sintomas como dificuldade para abrir a boca (trismo). À medida que a condição progride, pode levar a convulsões tônicas generalizadas. Se o tratamento for tardio, o tétano pode ser fatal. A metade dos pacientes é infectada por meio de uma pequena perfuração, que não é percebida por eles próprios ou pelas pessoas ao seu redor. Por causa do fungo no solo, sempre há uma chance de se infectar. Além disso, se a mãe grávida tiver resistência (imunidade), pode evitar que o recém-nascido contraia tétano durante o parto.

d) Poliomielite (Polio) (poliomielite aguda)

A poliomielite (poliomielite aguda) também é conhecida como “paralisia infantil”.

Pandemias ocorreram repetidamente no Japão até o início da década de 1960. Devido ao efeito da vacinação, a ocorrência de casos de paralisia causada por póliovírus de tipo selvagem desaparece no Japão no final de 1980. A OMS declarou a erradicação da poliomielite da Região do Pacífico Ocidental, incluindo o Japão, em 2000. Atualmente, existem apenas 2 países com poliomielite endêmica, Paquistão e Afeganistão. A erradicação da poliomielite em todo o mundo não é mais um sonho, mas a vigilância contra a doença é constante.

A contaminação do poliovírus que ocorre por meio da boca prolifera-se na faringe e nas células do intestino delgado. Diz-se que a proliferação do poliovírus ocorre em 4 a 35 dias (média: 7 a 14 dias) nas células do intestino delgado. Os vírus assim multiplicados são excretados nas fezes e podem entrar na boca de outra pessoa. Se essa pessoa não tiver resistência (imunidade) ao poliovírus, os vírus se multiplicam em seu intestino, reiniciando o ciclo de contaminação. A maioria das pessoas contaminadas com o poliovírus não desenvolve sintomas e adquire uma proteção vitalícia (imunidade vitalícia). Quando os sintomas ocorrem, a infecção viral pode se espalhar através do sangue para a medula espinhal, causando paralisia. De 100 crianças contaminadas com o poliovírus, de cinco a dez manifestam sintomas semelhantes a um resfriado comum, acompanhado de febre, seguida de dor de cabeça e vômitos.

Aproximadamente uma em cada 1000 a 2000 pessoas contaminadas com o poliovírus apresenta paralisia de membros. Algumas delas ficam permanentemente paralisadas ou sofrem de progressão dos sintomas, sendo levadas ocasionalmente à morte por insuficiência respiratória.

e) Infecção pelo Hib

A infecção pelo Hib é uma doença causada pela bactéria Haemophilus influenzae tipo b. A Haemophilus influenzae, especialmente de tipo b, é uma bactéria patogênica que provoca problemas em bebês e crianças, causando não apenas infecções superficiais como otite média, sinusite e bronquite, mas também graves infecções (sistêmicas) e doenças como meningite, septicemia e pneumonia (também chamadas de infecções invasivas). Antes de 2010, a incidência da meningite causada por Hib na população abaixo de 5 anos era de 7,1 a 8,3 casos por 100 mil habitantes. Estimava-se que cerca de 400 pessoas manifestavam meningite anualmente, e destas, supõe-se que em torno de 11% dos pacientes não tiveram uma recuperação satisfatória.* Da totalidade dos pacientes, mais da metade eram crianças entre 4 meses a 1 ano de idade. (*Conforme materiais do Grupo de Estudo sobre a Vacinação Preventiva, Subcomitê de Doenças Infecciosas do Conselho de Ciência da Saúde do MHLW) Atualmente, a vacina Hib se espalhou amplamente, e as infecções por Hib invasivas raramente são vistas.

(2) Vacina combinada 5 em 1 contra difteria, coqueluche, tétano, poliomielite inativada e Haemophilus influenzae tipo b (DPT-IPV-Hib), vacina combinada 3 em 1 contra difteria, coqueluche e tétano (DPT) e vacina combinada 2 em 1 contra difteria e tétano (DT) (vacina inativada).

Na fase 1, a vacinação inicial é administrada a partir dos 2 meses de idade, seguida por três

doses da vacina DPT-IPV-Hib ou DPT, cada uma administrada em intervalos de pelo menos 20 dias, geralmente dentro de um intervalo de 20 a 56 dias. Caso a vacina DT seja utilizada, ela deve ser administrada em duas doses antes de 3 meses após o nascimento. A dose de reforço da fase 1 é administrada pelo menos 6 meses (geralmente de 6 a 18 meses para DPT-IPV-Hib) após a conclusão da primeira vacinação. Como há várias doses a serem administradas, deve-se ter atenção para não esquecer nenhuma. Na fase 2, a vacinação é administrada em dose única entre 11 e 12 anos de idade utilizando a DT. Em princípio, o mesmo tipo de vacina usado na dose inicial deve ser usado para completar a série de vacinação da fase 1. No entanto, se a autoridade municipal reconhecer circunstâncias inevitáveis, será permitido selecionar um tipo diferente de vacina.

Embora seja uma vacinação voluntária, seu filho também pode receber a vacina DPT durante a fase 2 para fortalecer ainda mais a imunidade contra a coqueluche.

Para garantir a imunidade, é importante receber a vacinação de acordo com o intervalo definido. No entanto, mesmo que o intervalo entre as doses seja maior do que o especificado, existem vários métodos que podem ser adotados, portanto, consulte seu médico de família ou a autoridade municipal.

A vacina DPT-IPV-Hib pode ser usada mesmo em crianças que já contraíram uma ou mais das seguintes doenças: coqueluche, difteria, poliomielite (poliomielite aguda) ou tétano.

Em novembro de 2012, foram lançadas no mercado as vacinas DPT (difteria, coqueluche, tétano) e IPV (poliomielite inativada) 4 em 1 Quattrovac® (produzida pela KM Biologics, com o último lote vencendo em 5 de junho de 2025) e Tetrabik® (produzida pela Fundação de Pesquisa de Doenças Microbianas da Universidade de Osaka, com o último lote vencendo em 12 de dezembro de 2025). Em dezembro de 2015, foi lançada no mercado a vacina DPT-IPV 4 em 1 de injeção subcutânea Squarekids® (produzida pela Daiichi Sankyo Vaccine Co., Ltd.). No entanto, as vacinas Quintovac® (fabricada pela KM Biologics Co., Ltd.) e GOBIK® (fabricada pela Fundação de Pesquisa de Doenças Microbianas da Universidade de Osaka), que são vacinas 5 em 1, tornaram-se disponíveis para vacinação de rotina, e todas as vacinas 4 em 1 foram descontinuadas e não estão mais disponíveis no Japão.

A incidência de casos graves (casos considerados graves pelo relator) entre os casos suspeitos de reações adversas (eventos adversos) relatados por instituições médicas foi de 0,0017% para a vacina DPT-IPV-Hib, 0,0012% para a vacina DPT-IPV, 0,0016% para a vacina DPT e 0,0003% para a vacina DT. (Incidência relatada de 1º de abril de 2013 ou, no caso das vacinas 5 em 1, do início da comercialização em março de 2024 até 30 de setembro de 2024). Fonte: materiais da 110ª reunião do Subcomitê de Imunizações e Vacinas do Conselho de Saúde e Ciência de fevereiro de 2026, a partir de 2-17, 2-16, 2-11 e 2-12).

Se o seu filho ficar mal-humorado ou apresentar inchaço excessivo, consulte um médico, mesmo que não haja sinais de efeitos colaterais graves.

Apesar da diminuição de ocorrência dos casos de difteria, tétano e pólio (poliomielite aguda), são doenças que podem deixar sequelas como complicações graves e dificuldades na vida cotidiana, e também podem levar à morte. Além disso, um surto de coqueluche de grande escala ocorreu no Japão em 2025. Recomenda-se receber a vacinação preventiva a fim de evitar essas doenças.

(3) Vacina contra a poliomielite (Vacina inativada)

Até agosto de 2012, o Japão vinha mantido a condição de erradicação da doença da poliomielite com a Vacina Oral contra a Poliomielite (OPV) e para evitar a Paralisia relacionada à vacina que ocorre raramente em 1 caso dentre 1 milhão de vacinados, a vacina contra a poliomielite como inoculação rotineira foi alterada de OPV para a vacina inativadora da poliomielite (Vacina Inativa contra a Poliomielite: IPV) a partir de 1º de setembro de 2012. Desde setembro de 2012, a vacina inativada contra poliomielite IMOVAX POLIO® subcutânea (fabricada pela Sanofi), vem sendo utilizada. Em novembro de 2012, foi lançada a vacina 4 em 1 DPT-IPV, que combina vacinas contra difteria, coqueluche, tétano e poliomielite inativada (fabricada pela KM Biologics Co., Ltd. e pela Fundação de Pesquisa de Doenças Microbianas da Universidade de Osaka). No entanto, devido à descontinuação da comercialização, as vacinas 4 em 1 não estarão mais disponíveis para uso a partir da data de validade final de 12 de dezembro de 2025. Além disso, desde abril de 2024, está em uso a vacina 5 em 1 DPT-IPV-Hib, que adiciona proteção contra Hib à combinação mencionada (também fabricada pela KM Biologics Co., Ltd. e pela Fundação de Pesquisa de Doenças Microbianas da Universidade de Osaka).

A IPV inclui antígeno (é responsável pela imunidade) de 3 tipos de poliovírus (I, II e III). A resistência (imunidade) a 3 tipos de poliovírus atinge quase 100% em 3 vacinações com IPV, entretanto, a quarta vacinação é necessária porque a IPV mantém a imunocompetência por um tempo menor do que a OPV.

Os testes clínicos no país com a vacina subcutânea IMOVAX POLIO® demonstraram que dor (18,9%), eritema (77,0%), inchaço (54,1%), febre de 37,5 °C ou mais (33,8%), sonolência (35,1%) e irritabilidade (41,9%) foram observados após a terceira dose da vacina. A frequência é desconhecida, mas há menção no folheto informativo sobre os cuidados a serem tomados na ocorrência de choque, de anafilaxia e convulsão que foram observados em 1,4% dos casos. (Consulte o informativo [4ª versão] revisado em fevereiro de 2025).

A frequência de casos graves (aqueles julgados pelo relator como graves) entre os notificados pelas instituições médicas como casos suspeitos de reação colateral (eventos adversos) foi de 0,0010%. (Incidência relatada de 1º de abril de 2013 a 30 de setembro de 2025. Fonte:

materiais da 110ª reunião do Subcomitê de Imunizações e Vacinas do Conselho de Saúde e Ciência de fevereiro de 2026, a partir de 2-15).

A mudança de OPV para IPV está sendo realizada em todo o mundo. No entanto, há muitos casos em que vírus derivados da OPV (poliovírus circulante derivado da vacina: cVDPV) ainda presentes em esgotos e águas fluviais infetam indivíduos não vacinados e causam paralisia em regiões onde as taxas de vacinação são baixas. Como foram recentemente notificados casos de infecção por cVDPV nos Estados Unidos, em Israel, no Reino Unido, na Indonésia e na Papua Nova Guiné, conclui-se que existe a necessidade de melhorar a cobertura da vacinação contra a poliomielite nestes países. No Japão, a taxa de vacinação DPT-IPV é elevada, e o cVDPV não foi detectado. No entanto, para evitar a propagação da infecção no país, mesmo que o cVDPV tenha procedência do exterior, recomenda-se vacina contendo IPV.

(4) Vacina contra Hib (vacina inativada)

Haemophilus influenzae é classificada em 7 tipos, e como o tipo b causa maior gravidade, este é utilizado para a vacina. Embora esta vacina seja amplamente usada em todo o mundo, ela também se tornou disponível no Japão em dezembro de 2008, e tem sido usada regularmente desde abril de 2013.

Na Europa e nos Estados Unidos, as infecções invasivas pelo Hib diminuíram drasticamente após a introdução da vacina. A redução foi igualmente drástica no Japão após a introdução da vacinação de rotina, e as infecções pelo Hib agora são praticamente invisíveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda fortemente a vacinação regular de bebês em 1998 e foi introduzida em mais de 190 países em todo o mundo, e seu efeito é altamente avaliado.

As reações adversas (no momento da aprovação) são principalmente reações locais, como vermelhidão (44,2%), inchaço (edema) (18,7%), induração (endurecimento) (17,8%) e dor (5,6%); e reações sistêmicas, como febre (2,5%), disforia (14,7%) e falta de apetite (8,7%). (Consulte o informativo [5ª versão] revisado em fevereiro de 2025).

A frequência de casos graves (aqueles julgados pelo relator como graves) entre os notificados pelas instituições médicas como casos suspeitos de reação colateral (eventos adversos) foi de 0,0019%. (Incidência relatada de 1º de abril de 2013 a 30 de setembro de 2025. Fonte: materiais da 110ª reunião do Subcomitê de Imunizações e Vacinas do Conselho de Saúde e Ciência de fevereiro de 2026, a partir de 2-18-1).

A vacinação contra a infecção pelo Hib é basicamente realizada com a vacina combinada 5 em 1 DPT-IPV-Hib. Nos casos em que a vacina Hib é utilizada, os seguintes procedimentos são seguidos de acordo com a idade em meses no momento da vacinação inicial. A forma "a)" é considerada como o padrão de vacinação:

a) Crianças com idade de 2 a 7 meses no início da vacinação inicial.

Utiliza-se a vacina liofilizada Haemophilus tipo b, 3 vezes na vacinação inicial, e o intervalo entre as doses deve ser superior a 27 dias (20 dias, caso o médico considere necessário). O intervalo padrão é de 27 dias (20 dias, caso o médico considere necessário) a 56 dias. A vacinação de reforço é administrada uma vez depois de um período superior a 7 meses após a vacinação inicial (o intervalo padrão é de 7 a 13 meses). Porém, a segunda e a terceira doses da vacinação inicial devem ser administradas até 12 meses de idade. Após este período, a vacina não deve ser administrada. Neste caso é possível administrar a vacinação de reforço. Uma dose em um intervalo superior a 27 dias após a última dose da vacina inicial (20 dias, caso o médico considere necessário).

b) Crianças com idade de 7 meses (a partir do segundo dia do 7º mês) até 12 meses (sem ultrapassar o primeiro dia do 12º mês) no início da vacinação inicial.

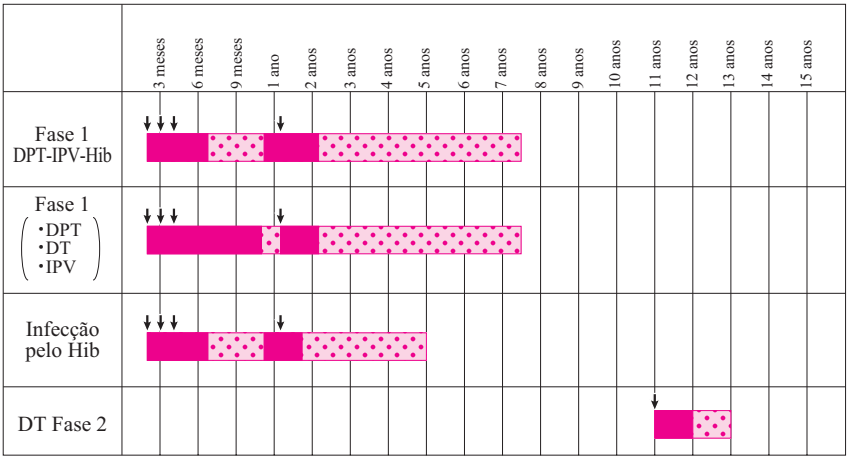
A vacinação inicial é realizada com a vacina Hib, aplicada duas vezes em intervalos de 27 dias ou mais (20 dias, caso o médico considere necessário), com o intervalo padrão sendo de 27 (20 dias, caso o médico considere necessário) a 56 dias. A vacinação de reforço é administrada uma vez depois de um período superior a 7 meses após a vacinação inicial (o intervalo padrão é de 7 a 13 meses). Porém, a segunda dose da vacinação inicial deve ser administrada até os 12 meses de idade. Após este período, a vacina não deve ser administrada. Neste caso é possível administrar a vacinação de reforço. Uma dose em um intervalo superior a 27 dias após a última dose da vacina inicial (20 dias, caso o médico considere necessário).

c) Crianças com idade de 12 meses (a partir do segundo dia do 12º mês) até 60 meses (sem ultrapassar o primeiro dia do 60º mês) no início da vacinação inicial.

Utiliza-se a vacina liofilizada Haemophilus tipo b uma vez.

Isso também é aplicado às crianças que não puderam receber a vacina devido aos tratamentos médicos prolongados.

(5) Cronograma da Vacinação



- DPT-IPV-Hib, DPT e DT podem ser aplicadas em crianças que já tiveram coqueluche.
  Se a DT for utilizada, ela deverá ser aplicada em duas doses, com a injeção inicial administrada no máximo 3 meses após o nascimento. DPT-IPV-Hib, DPT e DT também podem ser aplicadas em crianças que já tiveram difteria, tétano, poliomielite ou infecção por Hib.
- Na vacinação inicial na Fase 1, normalmente o mesmo tipo de vacina é ministrado quantas vezes forem necessárias.
- Ao utilizar a vacina 5 em 1 na fase 1, consulte a linha superior.

◆ Tuberculose

(1) Sobre a doença

A tuberculose é uma infecção causada pela bactéria Mycobacterium tuberculosis. O número de pacientes com tuberculose caiu consideravelmente no Japão, sendo que o número de novos casos em 2024 foi de 8,1 casos/100 mil habitantes, ficando abaixo do padrão da OMS para baixa incidência de tuberculose (10 casos/100 mil habitantes). No entanto, a tuberculose pode ser transmitida às crianças pelos adultos. A imunidade contra tuberculose não pode ser transmitida da mãe para o feto dentro da barriga, desta forma os recém-nascidos também correm o risco de serem infectados. Tendo em vista que os bebês e as crianças têm baixa imunidade contra a tuberculose, eles estão sujeitos a contrair tuberculose sistêmica ou meningite tuberculosa, com a possibilidade de sequelas graves no futuro.

Recomenda-se receber uma vacinação BCG até um ano após o nascimento, pois a vacina BCG tem o efeito de impedir o agravamento da tuberculose em lactentes como a meningite e a tuberculose miliar.

O período de vacinação padrão é de 5 meses a 8 meses após o nascimento.

(2) Vacina BCG (Vacina viva)

A vacina BCG é fabricada a partir do bacilo atenuado Mycobacterium bovis.

O método da vacinação BCG no Japão é o da injeção percutânea que utiliza um dispositivo

específico de múltiplas punções, chamado método de carimbo, que é pressionado em dois locais na parte superior do braço. A vacina não deve ser aplicada em hipótese alguma em outra parte do corpo, em função de possíveis efeitos colaterais, incluindo a formação de queloides. O local onde a vacina foi aplicada deve secar a sombra durante aproximadamente 10 minutos.

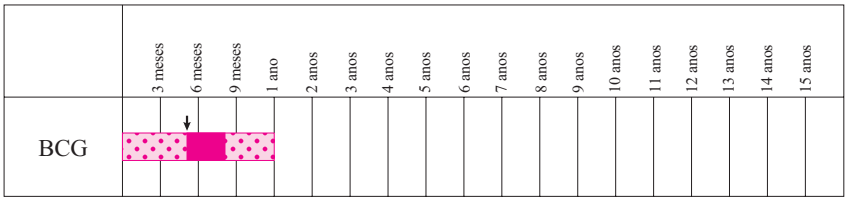
Aproximadamente 10 dias após a inoculação, manchas vermelhas são formadas localmente na vacina, e uma pequena erupção cutânea pode aparecer (pus) em algumas áreas. Essa reação tem seu auge aproximadamente Vermelhidão / inchaço (inflamação) no local inoculado e supuração (pus) aparecem, geralmente após 4 semanas. Três meses após a vacinação, a vermelhidão e o inchaço diminuem e uma série de reações que curam e só ficará as cicatrizes. Essa cicatrização não é uma reação anormal, mas a prova de que uma pessoa adquiriu imunidade pela vacina BCG. Mantenha o local da vacinação limpo, sem ataduras ou curativos, deixando cicatrizar naturalmente. No entanto, se após três meses da aplicação da vacina, o local ainda estiver produzindo secreção, consulte um médico.

Outra reação colateral possível é o inchaço dos nódulos linfáticos axilares, que ocorre ocasionalmente no mesmo lado onde foi feita a aplicação. Essa reação geralmente não é tratada; porém, ocasionalmente, a área pode ficar erodida, gravemente inchada ou, raramente, pode infeccionar e se desgarrar de forma natural. Caso ocorra tal reação, consulte um médico.

A frequência de casos graves (aqueles julgados pelo relator como graves) entre os notificados pelas instituições médicas como casos suspeitos de reação colateral (eventos adversos) foi de 0,0026%. (Incidência relatada de 1º de abril de 2013 a 30 de setembro de 2025. Fonte: materiais da 110ª reunião do Subcomitê de Imunizações e Vacinas do Conselho de Saúde e Ciência de fevereiro de 2026, a partir de 2-22).

Nos casos em que uma criança é infectada com tuberculose devido à transmissão de um membro da família, etc., dentro de 10 dias (geralmente dentro de 3 dias) após a injeção, o local da vacinação pode apresentar uma reação inflamatória chamada fenômeno de Koch (vermelhidão, inchaço e supuração no local da vacinação, geralmente seguidos, em 2 a 4 semanas, por diminuição da vermelhidão, inchaço e inflamação, após o que a ferida cicatriza [deixa uma cicatriz] e fica curada). Ao contrário do tempo de reação usual (geralmente cerca de 10 dias após a vacinação), o fenômeno de Koch aparece em um estágio inicial, alguns dias após a vacinação. Se houver suspeita de ocorrência do fenômeno de Koch na criança, consulte imediatamente a secretaria municipal local ou uma instituição médica. Há casos em que o tratamento se faz necessário. Para esses casos, recomendamos também que a pessoa próxima como membro da família com suspeita de haver infectado a criança, também realize uma checagem em uma instituição médica.

(3) Cronograma da Vacinação



◆ Sarampo e rubéola

(1) Sobre a doença

a) Sarampo (Measles)

É uma doença causada pelo vírus do sarampo. O sarampo é altamente contagioso e qualquer pessoa pode contraí-lo não somente através de gotícula de saliva e contato, mas também por infecção aérea. Caso não receba a vacina, muitas pessoas podem ser infectadas e há a possibilidade de uma epidemia. Os principais sintomas do sarampo prototípico são febre alta, tosse, coriza, olhos vermelhos, secreção ocular e erupção cutânea. Nos primeiros 3 a 4 dias, os pacientes apresentam febre de aproximadamente 38ºC, que parece diminuir, mas aumenta novamente para 39ºC a 40ºC, com erupções cutâneas. A febre cede em 3 a 4 dias, e a erupção cutânea desaparece gradualmente. As partes afetadas pela erupção cutânea podem ficar mais escuras durante algum tempo.

As principais complicações são bronquite, pneumonia, otite média e encefalite. De cada 100 pacientes, a otite média ocorre em cerca de 7 a 9 pessoas a pneumonia em cerca de 1 a 6 pessoas. A encefalite ocorre a uma taxa de 1 a 2 por 1.000 pessoas. Um ou dois em cada 100 mil pacientes com sarampo desenvolvem panencefalite esclerosante subaguda (PEES), uma forma crônica progressiva de encefalite. Relatos indicam que a incidência é maior quando a infecção ocorre em crianças menores de cinco anos.

O sarampo é uma doença grave; mesmo em países avançados com cuidados médicos avançados, mata cerca de 1 em cada 1.000 pessoas afetadas. No Japão, por volta do ano de 2000 cerca de 20 a 30 pessoas morreram anualmente na epidemia. Em março de 2015, o Escritório Regional do Pacífico Ocidental (WPRO) da Organização Mundial da Saúde (OMS) certificou que o sarampo havia sido eliminado no país. No entanto, os casos de sarampo estão aumentando novamente, e muitas crianças, principalmente em países em desenvolvimento, morrem em decorrência da doença.

● Infecção aérea (infecção por núcleos aspergidos)

É um tipo de infecção na qual os vírus ou bactérias são amplamente dispersos por correntes aéreas e transmitidos para pessoas. O sarampo, a varicela e a tuberculose são disseminados por infecção aérea.

b) Rubéola

A rubéola, causada pelo vírus da rubéola, é transmitida por gotículas e por meio do contato. O período de incubação é de 2-3 semanas. A rubéola típica começa com sintomas leves de resfriado, e os principais sintomas são erupção cutânea, febre e linfadenopatia cervical. Além disso, congestão, conjuntivite também poderá ser vista. A artrite é mais comum em crianças maiores e adultos e o prognóstico geralmente é bom, mas podem estar presentes púrpura trombocitopênica e encefalite, e a anemia hemolítica é rara. De acordo com a pesquisa de tendência de surto de doenças infecciosas, 21 casos de púrpura trombocitopênica e 2 casos de encefalite foram notificados na epidemia de rubéola (total de 5.239 pessoas) de 2018 a 2019. Será severo se contrair depois de se tornar um adulto.

Quando uma mulher grávida é infectada pelo vírus da rubéola antes da 20ª semana de gestação, há um alto risco de seu bebê nascer com a síndrome da rubéola congênita, que pode incluir anormalidades cardíacas, catarata, deficiência auditiva e atraso no crescimento e desenvolvimento.

Em setembro de 2025, o Escritório Regional do Pacífico Ocidental (WPRO) da Organização Mundial da Saúde (OMS) certificou que o Japão havia eliminado a doença.

(2) Vacina combinada dupla contra sarampo e rubéola (MR), vacina contra sarampo (M) e vacina contra rubéola (R) (vacina viva)

É uma vacina produzida com os vírus do sarampo e rubéola (MR) vivos e atenuados (enfraquecidos).

Recomendamos que seu filho receba a vacina da Fase 1, o mais rápido possível, assim que completar 1 ano de idade.

Tanto a vacina de sarampo como a de rubéola, oferecem imunidade superior em 95% das crianças já na primeira dose. Mas como precaução para casos de crianças que não adquiriram a imunidade, e com o objetivo de evitar a redução da imunidade com o passar dos anos, foi introduzida a segunda vacinação (Fase 2).

Mesmo que seu filho tenha recebido uma vacina de emergência contra sarampo e rubéola antes de completar um ano de idade, ela não é contabilizada no número de vacinações recebidas, pois a vacinação em crianças menores de um ano é insuficiente para adquirir imunidade. Receba vacinas regulares quando atingir a idade alvo da 1ª vacinação, com 1 ano de idade. Certifique-se de receber a segunda vacinação da mesma maneira que for completando a idade.

A vacinação da Fase 2 tem como público-alvo a criança um ano antes da mesma começar a frequentar a escola primária, crianças do último ano da pré-escola ou da creche.

Na vacinação da Fase 1 e Fase 2, é utilizada a vacina combinada dupla contra sarampo e rubéola (MR).

Mesmo as pessoas que já tiveram sarampo ou rubéola podem receber a vacina combinada dupla contra sarampo e rubéola (MR).

Caso seu filho tenha recebido uma injeção de imunoglobulina humana para tratar ou prevenir

alguma doença, consulte um médico para saber o momento adequado para a próxima vacinação.

Os dados sobre as reações colaterais da vacina contra sarampo e rubéola mostram que a anafilaxia, púrpura trombocitopênica, encefalite e as convulsões podem ocorrer, embora sejam raros.

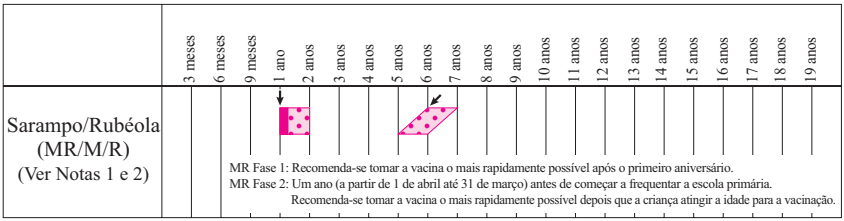
Convulsões febris (convulsões causadas por febre) foram relatadas ocasionalmente (cerca de 1 em 300) após a vacinação contra o sarampo. Além disso, constam relatos de crianças que adquiriram encefalite/encefalopatia em casos extremamente raros (não mais do que 1 em 1 a 1,5 milhão de crianças).

A frequência de casos graves (aqueles julgados pelo relator como graves) entre os notificados pelas instituições médicas como casos suspeitos de reação colateral (eventos adversos) foi de 0,0010%. (Incidência relatada de 1º de abril de 2013 a 30 de setembro de 2025. Fonte: materiais da 110ª reunião do Subcomitê de Imunizações e Vacinas do Conselho de Saúde e Ciência de fevereiro de 2026, a partir de 2-1).

Como a vacina contra a rubéola é uma vacina viva, o vírus aumenta no corpo como a vacina contra o sarampo, mas a pessoa que é vacinada não infecta as pessoas ao seu redor.

O sarampo tem sintomas graves e pode causar sequelas ou morte. As mulheres grávidas que contraem a rubéola podem dar à luz uma criança com complicação chamada Síndrome da Rubéola Congênita, que inclui anomalia congênita no coração, bem como catarata, retinopatia, deficiência auditiva e deficiência intelectual. Para não contrair e não transmitir estas enfermidades recomenda-se a vacinação preventiva.

(3) Cronograma da Vacinação



Nota 1: A vacinação simultânea contra sarampo e rubéola na Fase 1 e 2 é realizada com a vacina combinada contra sarampo e rubéola (MR).

Nota 2: Indivíduos com histórico confirmado de sarampo ou rubéola podem receber a vacina contra a doença que não contraíram ou a vacina combinada contra sarampo e rubéola (MR); no entanto, é normalmente administrada a vacina MR.

(4) Medidas especiais em resposta à distribuição desigual da vacina viva atenuada liofilizada contra o sarampo e a rubéola (MR)

Em resposta à distribuição desigual da vacina contra sarampo e rubéola ocorrida no ano fiscal de 2024, foi emitido um aviso administrativo datado de 11 de março de 2025, de acordo com o Artigo 3, Parágrafo 2 da Ordem de Execução da Lei de Vacinação Preventiva, declarando que indivíduos que não puderem ser vacinados dentro do período de vacinação designado poderão

ser vacinados posteriormente, durante o período especificado abaixo.

・Período-alvo

Dois anos, de 1º de abril de 2025 até 31 de março de 2027

・Elegibilidade

Fase 1	Indivíduos que completarão ou já completaram 24 meses de idade durante o ano fiscal de 2024 (nascidos entre 2 de abril de 2022 e 1º de abril de 2023). Além disso, o prefeito do município deve reconhecer que essas crianças não receberam a vacina contra sarampo e rubéola devido a fatores como a distribuição desigual da vacina.
Fase 2	Indivíduos elegíveis para a Fase 2 no ano fiscal de 2024 (com idade entre 5 e menos de 7 anos, que se encontram no período de um ano antes do início da matrícula no ensino fundamental até o dia anterior a essa data). Além disso, o prefeito do município deve reconhecer que essas crianças não receberam a vacina contra sarampo e rubéola devido a fatores como a distribuição desigual da vacina.
Fase 5	Indivíduos do sexo masculino nascidos entre 2 de abril de 1962 e 1º de abril de 1979, que realizaram um teste de anticorpos até o final do ano fiscal de 2024 e foram considerados com níveis insuficientes de anticorpos contra a rubéola. Além disso, o prefeito do município deve reconhecer que essas crianças não receberam a vacina contra sarampo e rubéola devido a fatores como a distribuição desigual da vacina. Nota: indivíduos que realizarem testes de anticorpos no ano fiscal de 2025 ou posteriormente não são elegíveis.

◆ Varicela (catapora)

(1) Sobre a doença

A varicela (catapora) é uma infecção aguda que ocorre quando uma pessoa é infectada pela primeira vez pelo vírus varicela-zóster (doravante denominado VZV). É uma das infecções mais altamente contagiosa e é transmitida por contato direto, gotículas ou pelo ar. Uma vez que uma pessoa é infectada, o vírus permanecerá latente no corpo (nos gânglios trigêmeos e outros gânglios cerebrais, e nos gânglios da raiz dorsal) e reativará, causando herpes-zóster (cobreiro) com o envelhecimento ou quando o sistema imunológico estiver comprometido.

O período de incubação da varicela normalmente é de 2 - 3 semanas (10 a 21 dias). Uma erupção cutânea característica típica da catapora acompanhada de coceira são os sintomas principais. Também pode ocorrer febre. A erupção cutânea começa como pápulas vermelhas com manchas, progredindo em 3 ou 4 dias para bolhas que formam crostas antes de cicatrizar. A erupção tende a ocorrer em áreas como abdômen, costas e o rosto, mas se caracteriza também por ocorrer em área coberta pelo cabelo, como a cabeça.

É uma doença em que a cura ocorre naturalmente em cerca de uma semana e, em casos raros, pode causar encefalite, pneumonia e alterações na função hepática. Há casos em que um medicamento antiviral (por exemplo, Aciclovir) é utilizado no tratamento. Não é incomum que infecções bacterianas se desenvolvam através da pele e levem à formação de pus. Em

alguns casos, podem ocorrer complicações como sépsis e outras infecções bacterianas graves. Podem ser especialmente graves em pacientes de alto risco (pacientes com tumores malignos como leucemia agudas, e pacientes que apresentam baixa imunidade devido ao tratamento ou as pessoas que possuem este risco).

Em conformidade com as regulamentações, tais como o Regulamento de Aplicação da Lei de Segurança e Saúde Escolar, a frequência na creche, jardim de infância e em escola está suspensa até que todas as erupções estejam cobertas por crostas.

Quando adultos desenvolvem varicela (catapora), os sintomas tornam-se mais graves em comparação com crianças.

(2) Vacina da varicela (catapora) (Vacina viva)

É uma vacina viva produzida pela atenuação do VZV, e foi desenvolvida pela primeira vez no mundo pelo Japão. Cerca de 20% das pessoas que receberam esta vacina uma vez podem contrair mais tarde a varicela (catapora). Caso seja infectada, considera-se que o sintoma seja leve, mas apresentam sintomas leves. A vacina é administrada duas vezes para garantir a prevenção contra infecção.

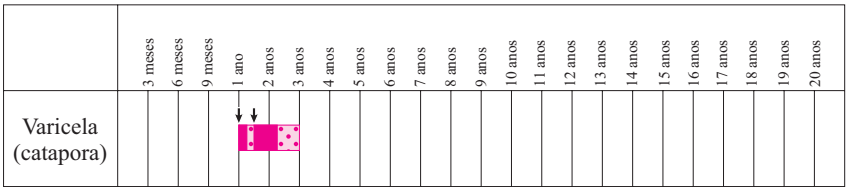
Uma pessoa que manteve contato com um paciente com varicela poderá evitar a contaminação se for vacinada em até 3 dias após o contato. Esse tipo de vacina também é utilizado para prevenção de infecção hospitalar.

Em crianças e adultos saudáveis, a constatação de efeitos colaterais é praticamente nula, não excluindo, todavia, a possibilidade de febre ou erupções e, menos frequente ainda, casos de vermelhidão, edema (inchaço) e induração (endurecimento). Os pacientes de alto risco (pacientes com baixa imunidade pela influência de tratamento como leucemia linfocítica aguda, síndrome nefrótica, etc.) podem receber a vacinação contanto que preencham alguns critérios de vacinação, no entanto, o paciente pode desenvolver febre com pápulas e bolhas de 14 a 30 dias após a vacinação. (Consulte o informativo [6ª versão] revisado em dezembro de 2025).

A frequência de casos graves (aqueles julgados pelo relator como graves) entre os notificados pelas instituições médicas como casos suspeitos de reação colateral (eventos adversos) foi de 0,0010%. (Incidência relatada de 1º de abril de 2013 a 30 de setembro de 2025. Fonte: materiais da 110ª reunião do Subcomitê de Imunizações e Vacinas do Conselho de Saúde e Ciência de fevereiro de 2026, a partir de 2-5).

Desde outubro de 2014, foram implementadas vacinas regulares e o número de casos de varicela diminuiu drasticamente. É possível aplicá-la simultaneamente com a vacina MR. Crianças com idade entre 12 meses e, no máximo, 36 meses recebem uma vacina viva atenuada liofilizada contra varicela, sendo a primeira injeção aplicada entre 12 meses e, no máximo, 15 meses como período padrão de vacinação, e a segunda injeção aplicada após um intervalo de pelo menos 3 meses, sendo o intervalo padrão entre 6 e 12 meses. Crianças com histórico de varicela não são elegíveis para a vacinação de rotina.

(3) Cronograma da Vacinação



◆ Encefalite japonesa

(1) Sobre a doença

A encefalite japonesa é causada pelo vírus da encefalite japonesa. O vírus da encefalite japonesa é transmitido por mosquitos que transportam os vírus, os quais se multiplicam em porcos. Após um período de incubação de 7 a 10 dias, ocorre febre alta, dor de cabeça, vômito, complicações neurológicas e convulsões. Todos estes sintomas apontados podem levar a encefalite aguda. Ela não é transmitida de pessoa para pessoa.

Uma em cada 100 a 1.000 pessoas contaminadas pelo vírus da encefalite japonesa desenvolve encefalite, etc. Algumas pessoas apresentam somente sintomas de meningite ou de resfriados típico do verão. A taxa de mortalidade entre os pacientes com encefalite é de cerca de 20 a 40%, mas muitos apresentam sequelas neurológicas após a cura.

A maior parte dos pacientes estão principalmente na região oeste do Japão, mas o vírus da encefalite japonesa, a partir do seu foco principal na região oeste, espalha-se por todo o país. Todos os anos de junho a outubro, ocorrem surtos da encefalite japonesa nos criadouros de porcos, que afetam aproximadamente 80% ou mais dos suínos neste período dependendo da região. A encefalite japonesa já foi muito comum entre bebês e crianças em idade escolar, mas o número de pacientes foi reduzido pela difusão da vacinação e mudança ambiental. Nos últimos anos, os pacientes têm sido predominantemente idosos, mas, em 2015, um bebê de 10 meses na província de Chiba foi diagnosticado com encefalite japonesa. Além disso, em 2016, foram relatados 11 casos, principalmente entre idosos. Esta é a primeira vez desde 1992 em que ocorreu um relato da doença envolvendo mais de 10 pacientes em um único ano. Em 2025, foram relatados 4 casos. (Instituto Japonês de Segurança Sanitária, Relatório Semanal de Doenças Infecciosas (IDWR), 52ª semana de 2025)

(2) Vacina liofilizada contra encefalite japonesa (Vacina inativada)

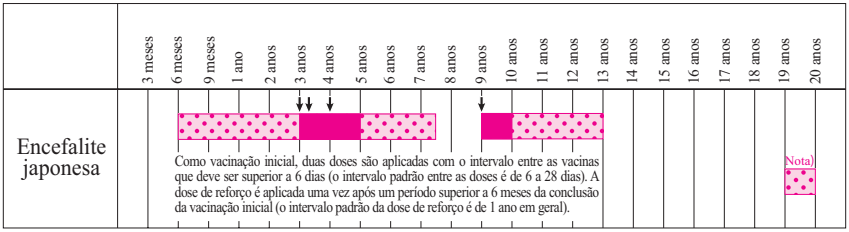
A vacina liofilizada contra encefalite japonesa preparada em cultura celular em uso atualmente no país é preparada através da célula Vero onde o vírus se multiplica, é posteriormente exterminado (inativado) em uma substância como o formol e, então, purificado.

A frequência de casos graves (aqueles julgados pelo relator como graves) entre os notificados pelas instituições médicas como casos suspeitos de reação colateral (eventos adversos) foi

de 0,0007%. (Incidência relatada de 1º de abril de 2013 a 30 de setembro de 2025. Fonte: materiais da 110ª reunião do Subcomitê de Imunizações e Vacinas do Conselho de Saúde e Ciência de fevereiro de 2026, a partir de 2-23).

O público-alvo da vacinação da Fase 1 inclui crianças de 6 meses a 90 meses de idade. O método de vacinação padrão é: ao completar 3 anos e antes de completar 4 anos, vacina-se 2 vezes com intervalo entre 6 a 28 dias. Ao completar 4 anos e antes de completar 5 anos, vacina-se 1 vez. O público-alvo da Fase 2 inclui crianças entre 9 anos completos e 13 anos incompletos. O método de vacinação padrão é: ao completar 9 anos e antes de completar 10 anos de idade, vacina-se 1 vez.

(3) Cronograma da Vacinação



Nota: Pessoas nascidas entre 2 de abril de 1995 e 1 de abril de 2007 que não puderam receber as vacinas de fase 1 ou 2 poderão receber as doses perdidas como vacinação de rotina, se tiverem menos de 20 anos.

(4) Casos especiais da vacinação preventiva (Garantia de oportunidade de vacinação às crianças cuja recomendação de vacinação encontrava-se interrompida pela suspensão de recomendação favorável de 2005).

Segue abaixo a garantia de oportunidade de vacinação às pessoas com idade inferior a 20 anos de idade nascidos entre 2 de abril de 1995 e 1º de abril de 2007 que podem não ter tomado a vacina da fase 1 (três doses) e da fase 2 (uma dose) devido à suspensão da recomendação ativa de 30 de maio de 2005.

a) Pessoas que devem tomar as 3 doses restantes das fases 1 e 2 (pessoas que tomaram uma dose da primeira vacinação na fase 1 [pessoas que tomaram a primeira dose]) devem tomar as 2 doses da vacina contra encefalite japonesa derivada de cultura de células liofilizadas com intervalo de pelo menos 6 dias. Além disso, a quarta dose para pessoas com pelo menos 9 anos de idade deve ser aplicada após um intervalo de pelo menos 6 dias após a terceira dose.

b) Pessoas que devem tomar as 2 doses restantes das fases 1 e 2 (pessoas que tomaram duas doses da vacina na fase 1 [pessoas que tomaram a segunda dose]) devem tomar a terceira dose da vacina contra encefalite japonesa derivada de cultura de células liofilizadas com intervalo de pelo menos 6 dias. Além disso, a quarta dose para pessoas com pelo menos 9 anos de idade deve ser aplicada após um intervalo de pelo menos 6 dias após a terceira

dose.

c) Pessoas que devem realizar a fase 2 da vacinação (pessoas que concluíram as doses da fase 1 [pessoas que tomaram a terceira dose]) devem tomar a quarta dose da vacina contra encefalite japonesa derivada de cultura de células liofilizadas, para pessoas com pelo menos 9 anos de idade, após um intervalo de pelo menos 6 dias após a terceira dose.

d) Pessoas que não tomaram nenhuma vacina das fases 1 e 2 devem tomar 2 doses da vacina contra a encefalite japonesa derivada de cultura de células liofilizadas (ou seja, a primeira e a segunda doses) com intervalo de pelo menos 6 dias (intervalo geralmente de 6 a 28 dias). Após 6 meses (intervalo geralmente de cerca de 1 ano) da administração da segunda dose (ou seja, terceira dose) deve-se tomar uma dose de reforço. Além disso, a quarta dose para pessoas com pelo menos 9 anos de idade deve ser administrada em dose única, após um intervalo de pelo menos 6 dias após a terceira dose.

Em princípio, a vacinação não deverá ser administrada a mulheres com 13 anos ou mais se estiverem grávidas ou possivelmente grávidas, e poderá ser administrada somente se for comprovado que os benefícios superam os riscos.

Você poderá fazer perguntas sobre a vacinação e obter as últimas informações em seu município. Uma coletânea de perguntas e respostas está disponível no site do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar Social: "Perguntas e respostas sobre a vacinação contra encefalite japonesa" (https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou21/dl/nouen_qa.pdf)

◆ Infecção pelo papilomavírus humano (proteção contra o câncer de colo de útero)

(1) Sobre a doença

O papilomavírus humano (HPV) é um vírus comum para o ser humano. Muitas pessoas são infectadas e uma parte delas desenvolve o câncer de colo de útero. Dentre os mais de 100 genótipos de HPV, os tipos 16 e 18 são considerados causadores de aproximadamente 50 a 70% dos casos de câncer do colo do útero. A maioria das infecções por HPV desaparece espontaneamente e o vírus se torna indetectável nos exames. Entretanto, algumas mulheres, ao longo de vários anos a várias décadas, desenvolverão lesões pré-cancerosas e, posteriormente, o câncer do colo de útero. Anualmente, 10.000 ou mais mulheres desenvolvem câncer do colo do útero no Japão, e estima-se que 3.000 morram da doença. (Fonte: “Serviço de Informação sobre Câncer” Centro Nacional de Pesquisa do Câncer, Centro de Informação de Controle do Câncer). Ao mesmo tempo em que é possível evitar a infecção pelo HPV através da vacinação, é esperada a diminuição da ocorrência e da mortalidade do câncer de colo de útero através da detecção precoce pelo exame de Papanicolau e do tratamento precoce.

(2) Vacina contra o HPV (vacina inativada)

Até o ano fiscal de 2025, as vacinas para prevenção do câncer do colo do útero disponíveis como vacinação de rotina no Japão são: uma vacina bivalente (Cervarix®) contendo antígenos dos vírus HPV tipos 16 e 18, que são os mais frequentemente detectados em pacientes nacionais e estrangeiras com câncer do colo do útero; uma vacina tetravalente (Gardasil®) contendo antígenos dos vírus tipos 6 e 11, que causam condiloma acuminado e papilomatose respiratória recorrente; e uma vacina 9-valente (Silgard® 9) contendo antígenos adicionais dos tipos 31, 33, 45, 52 e 58. No entanto, a partir do ano fiscal de 2026, apenas a vacina 9-valente estará disponível para vacinação de rotina. Em estudos realizados no estrangeiro com pessoas não infectadas pelo HPV, cada vacina demonstrou ser altamente eficaz na prevenção tanto da infecção quanto de lesões pré-cancerosas. Portanto, os países recomendam que a vacinação seja administrada a jovens antes do primeiro contato sexual.

As reações colaterais descritas nas informações nacionais incluem reações locais, como dor no local da injeção (83-98%), vermelhidão (30-85%) e inchaço (25-81%) e febre baixa (3-6%), há reações sistêmicas, como mal-estar, mas a maioria delas são transitórias e se recuperam. (consulte os informativos abaixo: Cervarix® revisado em dezembro de 2023 [1ª edição]; Gardasil® revisado em fevereiro de 2026 [5ª edição]; Silgard® 9 revisado em fevereiro de 2026 [4ª edição]).

A frequência de casos graves (determinados como graves pelo relator) entre os casos suspeitos de reações adversas (eventos adversos) relatadas por instituições médicas foi de 0,0079% para Cervarix®, 0,0054% para Gardasil® e 0,0017% para Silgard® 9. (Incidência relatada desde o lançamento no mercado até 30 de setembro de 2025. Fonte: materiais da 110ª reunião do Subcomitê de Imunizações e Vacinas do Conselho de Saúde e Ciência de fevereiro de 2026, a partir de 2-8, 2-9, 2-10).

As pessoas vacinadas ainda precisam realizar os exames de rotina para câncer do colo do útero, pois a vacina pode nem sempre fornecer imunização suficiente ou não proteger contra tipos de HPV que não estão presentes na vacina e que causam câncer do colo do útero.

a) A vacina 9-valente deve ser usada para a prevenção da infecção pelo papilomavírus humano. A vacinação é oferecida a indivíduos entre o primeiro dia do ano fiscal em que o indivíduo completa 12 anos e o último dia do ano fiscal em que o indivíduo completa 16 anos. O período de vacinação padrão vai desde o primeiro dia até o último dia do ano fiscal em que o indivíduo completa 13 anos. Deve-se seguir um dos dois cronogramas (o cronograma exibido em i) deve ser seguido somente quando indivíduos tomarem a primeira dose da vacina entre o primeiro dia do ano fiscal em que o indivíduo completa 12 anos e o dia em que completar 15 anos de idade).

i) Consta no cronograma padrão que sejam administradas 2 doses no intervalo de 6 meses. Caso não possa seguir o cronograma mencionado, as vacinações devem ser administradas em 2 doses, separadamente, no intervalo de pelo menos 5 meses.

ii) O cronograma padrão é administrar 2 doses em intervalo de 2 meses, e mais outra dose após um intervalo de pelo menos 6 meses após a primeira dose. Caso não possa seguir o cronograma mencionado, as vacinações devem ser administradas em 2 doses, separadamente, no intervalo de pelo menos 1 mês, e mais outra dose com um intervalo de pelo menos 3 meses após a segunda dose.

b) Para um indivíduo que tenha recebido a primeira ou a segunda dose com a vacina bivalente ou tetravalente e que deseje receber a vacina 9-valente no ano fiscal de 2026 ou posteriormente, deve ser seguido um dos dois cronogramas. Ressalte-se que a segurança, a imunogenicidade e a eficácia da administração, no mesmo indivíduo, da vacina bivalente ou tetravalente em combinação com a vacina 9-valente já foram esclarecidas até certo ponto.

i) O indivíduo que tomou a vacina bivalente ou tetravalente em sua primeira dose tomará 1 injeção intramuscular da vacina 9-valente após intervalo de 2 meses da primeira dose, e mais outra dose da mesma vacina após um intervalo de 6 meses da primeira dose. No entanto, caso não possa seguir o cronograma mencionado, o indivíduo tomará 1 injeção intramuscular da vacina 9-valente após intervalo de 1 mês da primeira injeção, seguida por outra injeção intramuscular com a mesma vacina após um intervalo de pelo menos 3 meses a partir da segunda injeção.

ii) O indivíduo que tomou a vacina bivalente ou tetravalente em sua primeira e segunda doses tomará 1 injeção intramuscular da vacina 9-valente após intervalo de 6 meses da primeira dose. No entanto, caso não possa seguir o cronograma mencionado, o indivíduo tomará uma injeção intramuscular da vacina 9-valente após intervalo de pelo menos 3 mês da segunda dose.

c) Se o tipo de vacina contra partículas semelhantes ao papilomavírus humano administrada no passado for desconhecido, a escolha da vacina a ser administrada deverá ser feita mediante consulta entre o receptor da vacina e o médico da instituição médica que estiver realizando a vacinação.

d) Síncope, uma reação vasovagal, às vezes ocorre após a vacinação contra a infecção pelo papilomavírus humano. Portanto, para prevenir quedas ou outros acidentes devido à síncope, as crianças vacinadas devem ser acompanhadas e apoiadas por seus pais/responsáveis ou profissional de saúde ao se movimentarem após a injeção. Após a injeção, elas devem ser sentadas em um local onde possam apoiar seu peso com segurança, instruídas a não ficar em pé o máximo possível e observadas por 30 minutos após a aplicação.

(3) Cronograma da Vacinação

		3 meses	6 meses	9 meses	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5 anos	6 anos	7 anos	8 anos	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	19 anos	20 anos
Infecção pelo vírus papilomavírus humano	Vacina 9-valente	Nota: Somente duas doses são necessárias se a primeira dose foi administrada antes dos 15 anos de idade.															Nota)							

(4) Vacinação de rotina contra HPV

Em conjunto com o Grupo de Trabalho sobre Reações Colaterais da Comissão Setorial de Vacinação Preventiva e Vacina, Conselho de Ciência da Saúde, Comitê de Investigação sobre Medida de Segurança de Medicamento e Conselho de Saneamento Alimentar e Assuntos Farmacêuticos, durante o encontro promovido em 14 de junho de 2013, foi decidido que “A observação de uma dor aguda, etc. persistente após a administração da vacina HPV, cuja relação de causa e efeito com a vacinação não pode ser negada. Por essa razão, até que a frequência dessa ocorrência de reação colateral seja esclarecida e seja possível fornecer informações adequadas ao público, a vacinação de rotina não deve ter recomendação favorável”, e o Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar Social decidiu de forma temporária que a vacinação não deve ter recomendação favorável. Depois disso, em novembro de 2021, na ocasião da mesma reunião continuamos avaliando a eficácia e segurança da vacina HPV, respondendo aos sintomas que ocorreram após a vacinação contra o HPV e fornecendo informações sobre a vacina. Foi verificado que não há nenhuma preocupação particular com a segurança, e que a eficácia da vacinação superou claramente o risco de reações adversas. Então, em novembro de 2021, foi emitida uma notificação de encerramento da "suspensão da recomendação ativa". Em dezembro de 2021, foi emitida uma notificação afirmando que a vacinação deve ser realizada temporariamente além da idade-alvo da vacinação de rotina convencional (doravante denominada "vacinas de recuperação"), como medida para as pessoas que perderam a oportunidade de vacinação devido à suspensão da recomendação ativa. A Ordem de Execução da Lei de Vacinação Preventiva (Ordem do Gabinete nº 197 de 1948) foi revisada e entrou em vigor em 1º de abril de 2022.

Para garantir oportunidades justas de vacinação para aqueles que perderam a possibilidade de vacinação devido à suspensão da recomendação ativa, um programa temporário foi implementado a partir do ano fiscal de 2022 até 31 de março de 2025. Este programa ofereceu vacinas além da idade de vacinação de rotina convencional para mulheres nascidas entre os anos fiscais de 1997 e 2007.

Além disso, tendo em vista o fornecimento limitado causado por um aumento significativo na demanda desde o verão de 2024, foi estabelecida uma medida transitória para garantir que as pessoas que receberam pelo menos uma dose durante o período de vacinação de reforço possam completar o esquema de três doses às custas do Estado, mesmo após o término desse período. Essa medida aplica-se a mulheres nascidas entre 2 de abril de 1997 e 1º de abril de

2009 que tenham recebido pelo menos uma dose durante o período de três anos, de 1º de abril de 2022 a 31 de março de 2025, e estará em vigor de 1º de abril de 2025 a 31 de março de 2026.

Tenha em consideração que a OMS e a Associação Japonesa de Ciências Médicas posicionam a vacina contra o HPV como uma "vacina necessária para proteger as mulheres do câncer". No Japão, para prevenir certos tipos de câncer em homens, a indicação da vacina quadrivalente contra o HPV foi estendida em dezembro de 2020, passando a incluir indivíduos do sexo masculino. A indicação da vacina 9-valente também foi ampliada em agosto de 2025, tornando-a disponível para homens com 9 anos de idade ou mais (como vacinação voluntária). A vacinação de rotina contra o HPV para homens está atualmente em revisão.

Para mais informações sobre a segurança e eficácia da vacina contra o HPV, um folheto sobre a vacina contra o HPV está disponível no site do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem Estar Social (https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/index.html). Verifique as informações mais recentes do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-estar e do seu município.

◆ Infecção pelo vírus sincicial respiratório (VSR) em mulheres grávidas (imunização materna)

(1) Sobre a doença

O vírus sincicial respiratório (VSR) está amplamente distribuído em todo o mundo, e estima-se que mais de 50% das crianças sejam infectadas até 1 ano de idade, e quase 100% até os 2 anos de idade. Na infecção primária, aproximadamente 20 a 30% das crianças desenvolvem infecções do trato respiratório inferior, como bronquiolite e pneumonia. Em particular, a infecção em neonatos e bebês com menos de 6 meses de idade tem maior probabilidade de se tornar grave e, além de infecções do trato respiratório inferior, também pode causar apneia e encefalopatia aguda em neonatos e bebês.

A infecção pelo vírus sincicial respiratório (VSR) é uma doença infecciosa grave para bebês e crianças pequenas, sendo responsável por aproximadamente 50% dos casos de pneumonia e 50 a 90% dos casos de bronquiolite nessa população. No Japão, estima-se que aproximadamente 120.000 a 140.000 crianças menores de 2 anos de idade sejam diagnosticadas com infecção pelo VSR a cada ano, das quais cerca de um quarto (aproximadamente 30.000) necessitam de hospitalização. Embora os indivíduos possam ser infectados pelo VSR várias vezes ao longo da vida, os sintomas geralmente se tornam mais leves a cada infecção. Portanto, crianças mais velhas e adultos raramente desenvolvem doença grave; no entanto, adultos mais velhos e indivíduos com condições subjacentes (como imunodeficiência ou doenças cardiopulmonares) podem desenvolver infecções graves do trato respiratório inferior.

Os fatores de risco para infecção grave do trato respiratório inferior causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR) em crianças incluem prematuridade, doença pulmonar crônica, cardiopatia congênita hemodinamicamente significativa, imunodeficiência e síndrome de Down. Em crianças com essas condições subjacentes, anticorpos monoclonais humanizados

anti-VSR (palivizumabe e nirsevimabe) são usados para prevenir o início da infecção do trato respiratório inferior causada pelo VSR. No entanto, embora a maioria das hospitalizações devido à infecção pelo vírus sincicial respiratório (VSR) ocorra em crianças sem doenças subjacentes, esses anticorpos não eram indicados para uso nessas crianças, nem cobertos pelo seguro de saúde para elas. Portanto, houve necessidade de medidas para proteger todos os recém-nascidos e bebês da infecção do trato respiratório inferior relacionada ao VSR.

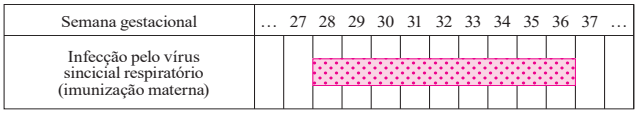
(2) Vacina contra o vírus RS (vacina inativada)

Na década de 1960, começou a ser desenvolvida uma vacina contra o vírus sincicial respiratório (VSR) inativada com formalina; no entanto, a vacinação em bebês não conseguiu prevenir infecções graves do trato respiratório inferior na infância e, em vez disso, levou a doenças mais graves em infecções subsequentes pelo VSR. O esforço foi, portanto, malsucedido. Como resultado, o desenvolvimento de vacinas contra o vírus sincicial respiratório (VSR) está estagnado há muitos anos. Nos últimos anos, foi desenvolvida a vacina de imunização materna contra o vírus sincicial respiratório (VSR) para administração a gestantes, com o objetivo de induzir altos níveis de anticorpos anti-VSR na mãe, que são transferidos para o feto, protegendo assim o recém-nascido de infecções graves pelo VSR. Em abril de 2026, a imunização materna com a vacina recombinante contra o VSR, ABRYSVO®, para injeção intramuscular, foi incluída no programa de vacinação de rotina.

Gestantes entre 28 semanas e 0 dias e 36 semanas e 6 dias de gestação são elegíveis para a vacinação de rotina. Em ensaios clínicos pré-aprovação, a eficácia da vacina foi relatada como sendo de 81,8% aos 90 dias de idade e 69,4% aos 180 dias de idade contra infecções graves do trato respiratório inferior associadas ao VSR, e de 57,1% aos 90 dias de idade e 51,3% aos 180 dias de idade contra infecções do trato respiratório inferior associadas ao VSR que requerem atendimento médico. Como a eficácia em bebês nascidos nos 14 dias seguintes à vacinação não foi estabelecida, gestantes com previsão de parto até 36 semanas e 6 dias de gestação devem consultar seu médico. A administração concomitante com outras vacinas é possível se considerada necessária por um médico; no entanto, dados internacionais relataram uma resposta imune reduzida aos antígenos da coqueluche quando a administração ocorre juntamente com vacinas contendo antígenos protetores contra Bordetella pertussis. Portanto, consulte seu médico sobre os intervalos apropriados entre as vacinações.

Além disso, ao considerar a vacinação de rotina contra o vírus sincicial respiratório (VSR), revise as precauções descritas em “6. Antes da vacinação de seu filho” na página 9, aplicando-as conforme apropriado à sua situação, e decida sobre a administração ou não da vacina.

(3) Cronograma da Vacinação



※ Gestantes entre 28 semanas e 0 dias e 36 semanas e 6 dias de gestação são elegíveis

8. O que fazer caso seu filho apresente sinais de efeitos colaterais causados pela vacinação

(1) Reações comuns

Dependendo do tipo de vacina, febre, vermelhidão, inchaço, endurecimento e erupções cutâneas no local da injeção ocorrem com bastante frequência (desde vários pontos percentuais a várias dezenas de pontos percentuais). Normalmente, esses sintomas desaparecem após alguns dias, portanto não precisa se preocupar com eles.

(2) Efeitos colaterais graves

Caso seu filho apresente inchaço grave no local da aplicação, febre alta ou convulsões após a vacinação consulte um médico. Se os sintomas que seu filho apresentar forem condizentes com os critérios para notificação de suspeitas de efeitos colaterais ocorridos após a vacinação, o médico informará a Agência para Dispositivos Médicos e Farmacêuticos acerca destes efeitos.

Dependendo do tipo de vacina, a vacinação (aproximadamente um caso em diversos milhões) provoca efeitos colaterais graves, como encefalite e neuropatia. Tais casos serão avaliados com base na abordagem básica do Japão em relação a programas de assistência, ou seja, que "não sendo necessária uma relação causal rigorosa do ponto de vista médico e que a assistência também se aplicará nos casos em que não se possa descartar a possibilidade de que os sintomas que surgiram após a vacinação tenham sido causados pela sua inoculação". Com base nisso, o paciente é considerado elegível para indenização pelos danos à saúde nos termos da Lei de Vacinação Preventiva, se o Ministro da Saúde, Trabalho e Bem-Estar Social autorizar.

(3) Reações coincidentes

Os sintomas que aparecem logo após a vacinação serão considerados, de um modo geral, como consequências da vacinação. No entanto, esses sintomas podem ter sido causados por outros tipos de contaminações que tenham se desenvolvido simultaneamente. A isso se dá o nome de "reações coincidentes".

(4) Sistema de indenização a pessoas com danos à saúde devido à vacinação

a) Caso uma pessoa apresente efeitos colaterais devido à vacinação de rotina ou temporária e sofra danos à saúde que prejudiquem a capacidade de realizar atividades diárias, ela poderá receber indenização do governo conforme a Lei de Vacinação Preventiva.

b) A indenização consiste no pagamento de despesas médicas, benefícios médicos, pensão especial para crianças com deficiência, aposentadoria por deficiência, indenização por morte e despesas de funeral, nos valores especificados pela Lei, de acordo com a gravidade do dano à saúde. Todas as indenizações, exceto benefícios por morte e despesas de funeral, serão pagas de forma contínua até a conclusão de tratamento ou melhora da deficiência.

c) A indenização será paga ao paciente uma vez que se comprove que o problema de saúde é resultante da vacinação. Essa comprovação será realizada por um comitê de revisão governamental, composto por especialistas em vacinação, medicina infecciosa, legislação e outras disciplinas relacionadas, que discutirão a relação causal relevante com a vacinação, ou seja, se o dano à saúde em questão foi causado pela vacinação ou por outros fatores (infecção anterior ou posterior à vacinação ou outras causas).

d) Quando desejar se vacinar após o período indicado à vacinação de rotina ou temporária, a referida vacinação não estará sob a abrangência da Lei de Vacinação Preventiva (vacinação voluntária). Caso uma criança tenha sofrido danos à saúde em decorrência de tal vacinação, ela receberá indenização de acordo com a Lei da Agência para Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos; no entanto, o objeto e o valor da indenização diferem daqueles da Lei de Vacinação Preventiva.

* Se surgir a necessidade de fazer a solicitação de indenização, consulte a secretaria responsável pela vacinação do seu município.

* Os tópicos a seguir incluem conteúdo parcialmente citado nas “Diretrizes de Vacinação Edição 2026”, publicadas pela Fundação Pública do Centro de Pesquisa de Vacinação em relação à vacinação contra a COVID-19.

[Referência 1] Infecção pelo novo coronavírus (COVID-19)

(1) Visão geral da doença

No final de dezembro de 2019, um surto de pneumonia inexplicável foi relatado na cidade de Wuhan, província de Hubei, China. Em 9 de janeiro de 2020, anunciou-se que o vírus causador era um novo coronavírus. Anunciou-se também que o nome internacional da doença seria COVID-19 e designou-se o vírus causador como coronavírus 2, causador da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2). Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS), prevendo que o vírus se disseminaria rapidamente para outros países, declarou a situação como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e, em 11 de março do mesmo ano, caracterizou o surto como uma pandemia.

No Japão, em 28 de janeiro de 2020, a COVID-19 foi especificada como uma "Doença Infecciosa Designada", de acordo com a Lei de Controle de Doenças Infecciosas. Em conformidade com a Lei de Saúde e Segurança Escolar, considerou-se equivalente à Categoria 1 com base na Lei de Controle de Doenças Infecciosas. Em 13 de março de 2020, a Lei de Medidas Especiais contra a Nova Influenza e afins foi alterada para determinar quais medidas contra a COVID-19 seriam tomadas com base nessa lei. Em 9 de dezembro de 2020, a COVID-19 tornou-se um alvo da vacinação temporária. Posteriormente, o Japão enfrentou cerca de 8 ondas de surtos da COVID-19 até maio de 2023. No entanto, a COVID-19 foi classificada como uma doença infecciosa do Grupo 5 pela Lei de Controle de Doenças Infecciosas e passou a ser objeto de vigilância sentinela no sistema de vigilância de doenças infecciosas em 8 de maio de 2023, quando a oitava onda mostrou sinais de redução. Assim, foi classificada como doença infecciosa do Grupo 2, de acordo com a Lei de Saúde e Segurança Escolar.

Em 5 de maio de 2023, a OMS declarou que a COVID-19 não era mais uma ESPII, mas advertiu de que ela ainda era uma ameaça global.

Após o surgimento da variante Ômicron, houve redução do período de incubação para 2 ou 3 dias na maioria dos casos. A via de transmissão é principalmente por gotículas, embora também ocorra a transmissão por aerossol em espaços fechados. A infecção por contato é possível, mas menos frequente.

Como se trata de uma doença respiratória, os sintomas são principalmente febre, dor de garganta, tosse, etc. No início da disseminação, os casos pediátricos eram raros e assintomáticos ou, na maioria das vezes, leves, mesmo quando apresentavam sintomas. No entanto, houve

um aumento das infecções em crianças depois que a cepa Ômicron se tornou predominante, com mais casos desenvolvendo complicações como convulsões febris e sintomas semelhantes aos do crupe. Crianças menores de 2 anos de idade e pessoas com condições subjacentes são consideradas com risco de agravamento da doença. As taxas de casos graves e de mortalidade são elevadas em idosos.

(2) Eficácia da vacinação

A vacinação demonstrou ser eficaz na prevenção da doença e na redução da gravidade (incluindo hospitalização) da COVID-19, conforme confirmado por inúmeros relatos nacionais e internacionais. Além disso, a reinfecção não é incomum, mesmo entre indivíduos que já foram infectados pela COVID-19. Estudos demonstraram que a vacinação proporciona efeitos protetores adicionais contra o aparecimento da doença nesses casos. Ademais, observou-se em todas as faixas etárias que a eficácia da vacina na prevenção de casos graves (hospitalização) é maior do que na prevenção do aparecimento da doença.

(3) Características da vacina

Embora estivessem sendo desenvolvidas vacinas contra a COVID-19 no Japão e no exterior, a primeira vacina administrada para vacinação prática foi a de mRNA, contendo o mRNA da proteína spike do SARS-CoV-2 encapsulada em nanopartículas lipídicas. Outras vacinas em uso incluem vacinas de vetores virais recombinantes, que utilizam vírus não patogênicos portadores da proteína spike do SARS-CoV-2, e vacinas vivas atenuadas. No Japão, a comercialização da vacina de mRNA da Pfizer foi aprovada em 14 de fevereiro de 2021. De acordo com a Lei de Vacinação Preventiva, a vacinação temporária começou em 17 de fevereiro de 2021 para os profissionais da área de saúde, e em 12 de abril de 2021 para os idosos. Em 21 de maio de 2021, foi aprovada a comercialização da vacina de mRNA da Takeda/Moderna e da vacina de vetor de adenovírus recombinante de chimpanzé da AstraZeneca. A vacinação com a vacina de mRNA da Takeda/Moderna começou em 24 de maio de 2021 para idosos nos centros de vacinação em massa, e em 21 de junho de 2021 nos locais de trabalho. A vacinação com a vacina AstraZeneca de vetor de adenovírus recombinante de chimpanzé foi encerrada no final de setembro de 2022.

No ano fiscal de 2024, a COVID-19 foi classificada como doença infecciosa do Grupo B pela Lei de Vacinação Preventiva. Consequentemente, a vacinação de rotina (uma vez por ano) teve início em outubro de 2024. Para a vacinação de rotina no período de 2025/26, a composição antigênica das vacinas a serem utilizadas foi determinada, em conformidade com as recomendações da OMS, para incluir “um antígeno monovalente direcionado a JN.1, KP.2 ou LP.8.1, ou um antígeno que tenha demonstrado respostas de anticorpos neutralizantes amplas e robustas ou eficácia contra variantes da linhagem JN.1 circulantes em maio de

2025". Além disso, XEC, para o qual os fabricantes relataram informações sobre o status de desenvolvimento da vacina e assuntos relacionados, foi considerado como pertencente à categoria de "antígenos que demonstraram respostas ou eficácia de anticorpos neutralizantes amplos e robustos contra variantes da linhagem JN.1 circulantes em maio de 2025" e, portanto, foi incluído na composição de antígenos a ser usada no Japão (Terceira Reunião do Conselho de Ciências da Saúde [Subcomitê de Imunizações e Vacinas, Subcomitê de Pesquisa, Desenvolvimento, Produção e Distribuição e Subcomitê de Fabricação de Cepas de Vacinas contra Influenza Sazonal e Vacinas contra COVID-19: 28 de maio de 2025]). Espera-se que a vacinação contra a COVID-19 com vacinas adaptadas às variantes circulantes produza concentrações mais elevados de anticorpos neutralizantes, aumentando assim não apenas a proteção contra doenças graves, mas também a prevenção de infecções sintomáticas. Com base nessas descobertas científicas, o Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar Social decidiu, após discussões em seu conselho consultivo, revisar anualmente, por enquanto, o tipo de vacina contra a COVID-19 (ou seja, a cepa incluída na vacina) usada para a imunização de rotina.

(4) Precauções ao se vacinar

Até o momento, todas as vacinas contra a COVID-19 são administradas por via intramuscular. Antes da vacinação, é necessário verificar a idade do receptor da vacina em relação ao tipo de vacina.

Atualmente, indivíduos com 65 anos ou mais, bem como aqueles com idade entre 60 e 64 anos com certas condições de saúde subjacentes, são elegíveis para a vacinação de rotina.

(5) Efeitos Colaterais

Uma variedade de sintomas, incluindo dor no local da injeção, mal-estar, dor de cabeça e febre, foram identificados, mas a maioria é leve a moderada. Não foram identificadas preocupações significativas com relação à segurança, segundo as informações obtidas até o momento. Há também relatos que indicam que a incidência de efeitos colaterais é menor em pessoas idosas. No Japão, casos de miocardite e pericardite classificados como níveis 1 a 3 na Colaboração de Brighton foram relatados, particularmente entre jovens do sexo masculino. Também foi relatado choque anafilático como uma reação adversa grave. Os vacinados devem permanecer no local e ser observados por, no mínimo, 30 minutos após a vacinação, devendo procurar atendimento médico caso apresentem sintomas como dor no peito, palpitações, falta de ar ou edema dentro de alguns dias após a vacinação.

[Referência 2] Doenças prevenidas por vacinação voluntária e descrição geral das vacinas

A vacinação voluntária, que não está sujeita à Lei de Vacinação Preventiva, é realizada em consulta entre o vacinado (pais/responsáveis) e um médico e não é promovida pelo governo; no entanto, as vacinas utilizadas são aprovadas pelo Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar Social, de acordo com a Lei de Garantia da Qualidade, Eficácia e Segurança de Produtos Farmacêuticos, Dispositivos Médicos, Produtos de Terapia Regenerativa e Celular, Produtos de Terapia Gênica e Cosméticos (Lei de Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos).

As vacinas voluntárias incluem vacinas para prevenir influenza sazonal, infecção por COVID-19, herpes-zóster (vacinação de rotina para adultos a partir dos 65 anos), caxumba, hepatite A, febre amarela, raiva, tétano, infecção meningocócica, herpes-zóster (cobreiro), infecção pelo vírus RS (vacinação de rotina para gestantes entre 28 semanas e 0 dias e 36 semanas e 6 dias de gestação), encefalite transmitida por carrapatos, febre tifoide e varíola dos macacos, bem como vacinas de rotina quando administradas fora da faixa etária ou período elegíveis.

Explicaremos sobre a vacina contra a gripe sazonal e caxumba contra a qual muitas crianças são vacinadas.

No caso improvável de uma criança sofrer danos à saúde devido à vacinação voluntária, ela poderá ter direito a indenização de acordo com a Lei da Agência para Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos; no entanto, o objeto e o valor da indenização diferem daqueles da Lei de Vacinação Preventiva (vacinação de rotina).

* Se surgir a necessidade de fazer a solicitação de indenização, consulte a secretaria responsável pela vacinação do seu município.

◇ Vacina contra influenza sazonal (Vacina inativada, Vacina viva intranasal)

A vacinação contra influenza sazonal (vacina inativada) para idosos é designada como vacinação de rotina na Ordem de Execução da Lei de Vacinação Preventiva. Entretanto, tratando-se de crianças, é considerada como vacinação voluntária.

(1) Sobre a doença

A influenza sazonal é uma infecção respiratória aguda e se manifesta subitamente por meio de sintomas sistêmicos, como febre, calafrios, dor de cabeça e dores musculares. O período de incubação é de 24 a 72 horas. Os sintomas respiratórios (congestão nasal, dor de garganta e tosse, etc.) costumam manifestar-se posteriormente. Se não houver complicações, os pacientes se recuperam dentro de 2 a 7 dias. Em caso de complicações, especialmente pneumonia e encefalopatia, as consequências são graves.

(2) Descrição da vacina

Existem dois tipos: uma vacina inativada, produzida pela inoculação de cada uma das

duas linhagens de influenza sazonal tipo A (H1N1 e H3N2) e uma do tipo B (Victoria) na membrana corioalantoide de ovos de galinha embrionados, que se multiplicam, extraindo as hemaglutininas da superfície do vírus com éter e inativando-o com formalina; a outra é uma vacina viva atenuada em spray intranasal (contendo dois tipos de vírus A e um tipo de vírus B [linhagem Victoria]) para indivíduos de 2 a 19 anos. Não há diferença significativa na eficácia das vacinas inativadas contra influenza e das vacinas vivas intranasais, e ambas não apresentam grandes problemas em relação a reações adversas. As decisões sobre quais cepas virais incluir na vacina contra influenza sazonal são tomadas anualmente, com base em avaliações epidemiológicas e virológicas.

Relatórios apresentam diferenças com relação à eficácia da vacina contra a influenza em bebês e crianças pequenas. Num estudo da temporada 2015/16 em crianças menores de 6 anos de idade, foi relatada que a vacina teve eficácia de 60% na prevenção da doença. As vacinas contra influenza são, até certo ponto, consideradas eficazes na prevenção da manifestação da doença, bem como na prevenção de doenças graves e morte no caso de desenvolvimento de sintomas. (Citado do site do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar, Perguntas e Respostas sobre a Vacina contra Influenza [Sazonal] [Q1].) Com relação à vacina intranasal contra a gripe com vírus vivo atenuado, a Sociedade Pediátrica do Japão afirma que, por se tratar de uma vacina intranasal e existir a possibilidade de transmissão horizontal do vírus vacinal por gotículas ou contato, recomenda-se o uso da vacina inativada contra a gripe com hemaglutinina (HA) para indivíduos com asma mais grave ou que apresentem sintomas de chiado no peito, bem como para mulheres em período de amamentação e pessoas em contato próximo com indivíduos imunocomprometidos.

Ovos embrionados de galinha são utilizados no processo de fabricação da vacina contra a influenza sazonal; no entanto, os componentes do ovo são eliminados no processo de purificação. Apesar disso, muita atenção deve ser dada à vacinação em pessoas com aparente alergia a ovos. Pessoas com histórico de reação anafilática ao ovo de galinha e ao frango que desejam receber a vacina devem consultar instituições especializadas.

A frequência de casos graves (aqueles julgados pelo relator como graves) entre os notificados pelas instituições médicas como casos suspeitos de reação colateral (eventos adversos) foi de 0,00011%. (Incidência relatada de 1 de outubro de 2024 a 31 de março de 2025. Fonte: materiais da 107ª reunião do Subcomitê de Imunizações e Vacinas do Conselho de Saúde e Ciência de julho de 2025, a partir de 2-31).

◇ Vacina contra caxumba (Vacina viva)

(1) Sobre a doença

A caxumba é causada pelo vírus da caxumba e é transmitida por gotículas ou contato. O vírus se prolifera e se dissemina por todo o corpo, causando lesões em vários órgãos internos. O período de incubação é de 2 a 3 semanas. O período potencial de transmissão para as pessoas

ao redor pode ser de alguns dias antes do aparecimento da doença até 5 dias após o início do inchaço da glândula parótida, sublingual ou submandibular. O principal sintoma é o inchaço da glândula parótida, que apresenta bordas indistintas e uniformes, além da dor. A glândula submaxilar e/ou sublingual também pode(m) apresentar inchaço, podendo ser acompanhada de febre. Quando crianças mais velhas ou adultos contraem a doença, os sintomas tendem a ser mais pronunciados e a frequência de complicações aumenta. A complicação mais comum é a meningite asséptica, com uma frequência diagnóstica relatada variando de 1% a 10%. Embora raras, outras complicações incluem encefalite e pancreatite. Em homens pós-púberes, pode ocorrer orquite, enquanto em mulheres, pode ocorrer ooforite. Deve-se prestar atenção especial ao risco de perda auditiva relacionada à caxumba, que pode ser difícil de tratar.

(2) Descrição da vacina

É uma vacina viva que contém vírus da caxumba atenuados. A taxa de soroconversão pós-vacinação é alta, superior a 90%, e, em investigações de surtos nacionais, acredita-se que o efeito da vacina seja de cerca de 80%. Nas pessoas que contraíram a doença mesmo estando vacinada a cura se deu com os sintomas bastante atenuados. (Relatório da Equipe de Trabalho da Vacina contra Caxumba do Grupo de Estudo da Vacinação Preventiva)

As possíveis reações adversas às vacinas contra caxumba disponíveis no mercado incluem inchaço leve das glândulas parótidas em torno de 1%. A frequência da reação adversa de meningite asséptica é de 13,4 por 100.000 vacinações (consulte o informativo, janeiro de 2026 [4ª edição]); no entanto, embora a frequência varie de acordo com a idade, foi relatada como baixa, inferior a 0,1%. Considerando a incidência de 1 a 10% de meningite asséptica como complicação da infecção natural, bem como o risco de perda auditiva, a necessidade de ausência prolongada da creche ou do ensino fundamental em caso de infecção e a alta incidência em crianças de 3 a 6 anos, recomenda-se que as crianças sejam vacinadas simultaneamente ou o mais breve possível após a fase 1 da vacina MR, a primeira dose da vacina contra varicela, a dose de reforço da vacina combinada 5 em 1 (DPT-IPV-Hib), o reforço da vacina pneumocócica pediátrica, etc., e, o mais tardar, aos 3 anos de idade, que é a idade de alta incidência. Além disso, a Sociedade Pediátrica do Japão recomenda a administração de uma segunda dose concomitantemente à fase 2 da vacina MR para garantir sua eficácia preventiva.

[Referência 3] Folha de avaliação para vacinação

Verifique o formato do questionário de avaliação fornecido pelo seu município ou no site do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar.
(Também está disponível no site do Centro de Pesquisa de Vacinação; veja o código QR).

[Referência 4] A Pesquisa do estado de saúde após vacinação

Esta tabela resume os dados numéricos sobre sintomas pós-vacinação representativos que podem ocorrer com relativa frequência, com base no relatório resumido da pesquisa de saúde pós-vacinação de 2024 do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar. Estes dados incluem os casos de vacinação única e vacinação simultânea. Consulte o relatório para o estado de saúde após a vacinação dupla.

(Nr de pesquisas) Pesquisa do estado de saúde pós-vacinação do ano fiscal de 2024

*Inclui todas as taxas de incidência durante o período da pesquisa (28 dias). (Apenas para BCG, o período da pesquisa é de 4 meses).

Tipos de vacinação*	Número de pesquisas (pessoas)	Febre geral (%)	Dos quais, 37,5 a 38,4°C (%)	Dos quais, 38,5°C ou superior (%)	Reação local (%)
DPT-IPV fase 1 - 1ª dose (primária) *1	1	0,0	0,0	0,0	0,0
DPT-IPV fase 1 - 2ª dose (primária) *1	1	0,0	0,0	0,0	0,0
DPT-IPV fase 1 - 3ª dose (primária) *1	6	0,0	0,0	0,0	16,7
DPT-IPV Fase 1 - Reforço	408	9,6	3,7	5,9	5,6
DPT-IPV-Hib fase 1 - 1ª dose (primária)	477	9,2	6,3	2,9	2,7
DPT-IPV-Hib fase 1 - 2ª dose (primária)	343	10,2	8,2	2,0	8,5
DPT-IPV-Hib fase 1 - 3ª dose (primária)	306	7,5	5,6	2,0	4,6
DPT-IPV-Hib Fase 1 - Reforço	44	20,5	9,1	11,4	4,5
DT Fase 2	592	2,7	1,2	1,5	7,3
MR Fase 1	412	16,7	4,6	12,1	2,2
MR Fase 2	358	4,5	2,0	2,5	1,4
Encefalite japonesa fase 1 - 1ª dose (primária)	343	9,3	3,8	5,5	0,6
Encefalite japonesa fase 1 - 2ª dose (primária)	253	4,7	2,4	2,4	1,6
Encefalite japonesa Fase 1 - Reforço	310	5,2	1,9	3,2	0,6
Encefalite japonesa Fase 2	319	4,1	1,6	2,5	3,4
Hib fase 1 - 1ª dose *1	16	12,5	12,5	0,0	0,0
Hib fase 1 - 2ª dose *1	13	0,0	0,0	0,0	0,0
Hib fase 1 - 3ª dose *1	12	0,0	0,0	0,0	0,0
Hib Reforço	330	13,9	5,2	8,8	3,6
Pneumococo pediátrico fase 1 - 1ª dose	365	12,6	9,3	3,3	7,1
Pneumococo pediátrico fase 1 - 2ª dose	279	13,6	9,7	3,9	7,2
Pneumococo pediátrico fase 1 - 3ª dose	267	10,5	6,7	3,7	9,0
Pneumococo pediátrico Reforço	309	15,9	5,5	10,4	12,9
Varicela 1ª dose	460	11,7	4,6	7,2	2,6
Varicela 2ª dose	422	7,8	4,5	3,3	1,7
Hepatite B 1ª dose (primária)	345	7,2	6,1	1,2	1,7
Hepatite B 2ª dose (primária)	257	10,5	5,8	4,7	8,9
Hepatite B 3ª dose (primária)	339	3,8	1,2	2,7	3,5

*1 Como a vacinação de rotina contra DPT-IPV-Hib começou em abril de 2024, o número de respostas é significativamente baixo.

Tipos de vacinação*	Número de pesquisas (pessoas)	Febre geral (%)	Dos quais, 37,5 a 38,4°C (%)	Dos quais, 38,5°C ou superior (%)	Diarreia (%)
Rotavírus fase 1 - 1ª dose	563	7,8	5,0	2,8	3,9
Rotavírus fase 1 - 2ª dose	389	7,2	4,6	2,6	4,4
Rotavírus fase 1 - 3ª dose	106	5,7	2,8	2,8	8,5

Tipos de vacinação	Número de pesquisas (pessoas)	Linfadenopatia (%)	Exsudação cutânea local (%)	Total de todos os sintomas (%)
BCG	759	0,0	0,0	0,0

Tipos de vacinação*	Número de pesquisas (pessoas)	Reação local (%)	Mal-estar geral (%)	Dor de cabeça (%)	Total de todos os sintomas (%)
HPV 1ª dose	435	5,3	2,8	3,2	9,7
HPV 2ª dose	547	3,1	2,4	2,6	6,9
HPV 3ª dose	179	3,4	2,8	1,7	6,1

Livros de Referências (Para maiores detalhes, acesse o site: https://www.yoboseshu-rc.com/publics/index/7)

1 “Orientações para Vacinação”

Edição revisada em março de 2026 (Tamanho A5)

Um guia contendo informações médicas e regulatórias de vacinação destinado aos profissionais de saúde em exercício, para realizar a vacinação de forma segura e adequada.

2 Orientações sobre a Vacinação para doenças do Grupo B

Edição revisada de 2025 (Tamanho A5)

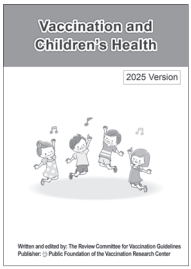
Uma visão geral das informações médicas e regulamentares sobre as vacinações de rotina contra a gripe, a infecção pneumocócica em idosos, a infecção por COVID-19 e a infecção por herpes-zóster.

3 “Indispensável – Vacinação Preventiva”

Edição de 2025 (Tamanho A4)

Um manual para médicos que administram a vacinação e para funcionários municipais e pessoas relacionadas a vacinação preventiva.

4. Edições em línguas estrangeiras: “Vacinação e a saúde das crianças”



Edição revisada em março de 2025

As versões traduzidas desse folheto “Vacinação e a saúde das crianças” que é um guia com conhecimentos e informações corretas sobre a vacinação para os pais e um questionário de avaliação para vacinação estão disponíveis no site a seguir. Por favor, faça download quando for necessário.

https://www.yoboseshu-rc.com/publics/index/8/

O folheto completo está disponível nos seguintes idiomas (10 idiomas):
Inglês, Chinês, Coreano, Vietnamita, Espanhol, Português, Tailandês, Indonésio, Tagalo, Nepalês.
O questionário de avaliação para vacinação está disponível nos seguintes idiomas (7 idiomas):
Árabe, Italiano, Alemão, Francês, Mongol, Russo, Ucraniano.

5 Aprendendo sobre vacinas com seus filhos

Contém uma história em quadrinhos para crianças e orientações para pais/responsáveis, permitindo que você compreenda mais sobre as vacinas.

Lista de nomes dos Membros da Comissão de Revisão de “Orientações sobre a Vacinação”

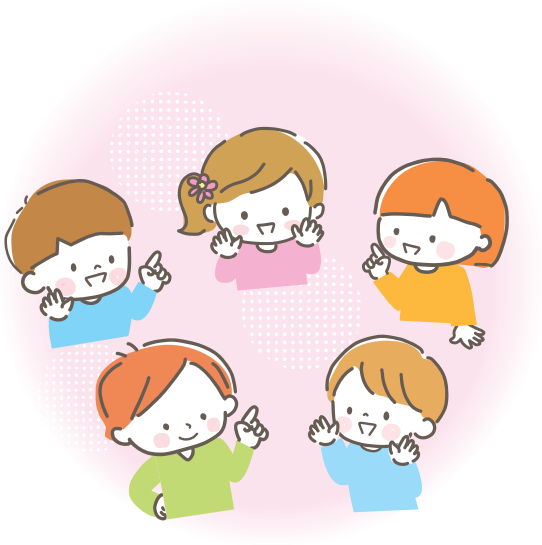
	Nome completo	Instituição – Cargo
	Tetsu Isobe	Professor da Faculdade de Direito da Universidade de Keio
○	Kenji Okada	Professor Visitante da Faculdade de Enfermagem de Fukuoka Chefe do Centro de Vacinação do Hospital da Faculdade de Odontologia de Fukuoka
◎	Nobuhiko Okabe	Consultor do Instituto de Saúde Pública da Cidade de Kawasaki
	Hajime Kamiya	Professor do Departamento de Saúde Pública e Medicina Ocupacional da Escola de Pós-Graduação/Faculdade de Medicina da Universidade de Mie
	Yoichi Sasamoto	Membro do Conselho Executivo da Associação Médica do Japão
	Sayaka Takanashi	Diretora do Escritório 1, Departamento de Pesquisa em Imunização, Instituto Nacional de Doenças Infecciosas, Instituto Japonês de Segurança Sanitária
	Keiko Taya	Diretora do Instituto de Saúde da Província de Kanagawa
	Osamu Tokunaga	Diretor de Pediatria do Hospital Minami-Kyoto da Organização Hospitalar Nacional
	Kuniko Nakayama	Diretora Médica e Administrativa da Clínica Gamagori da Corporação Médica Mefa Renaikai My Family
	Mitsuaki Hosoya	Professor do Departamento de Perinatalogia e Pediatria para Apoio Médico Regional da Universidade de Medicina de Fukushima
	Masago Minami	Diretor-geral responsável por pesquisas da sede do Yomiuri Shimbun em Tóquio
	Shunichiro Yokota	Consultor da Associação Médica de Odawara Diretor da Clínica Pediátrica Yokota
	Hiroshi Watanabe	Diretor de instalações do Centro de Saúde para Idosos da Universidade de Teikyo

◎: Presidente, ○: Vice-presidente (De acordo com a ordem do silabário japonês, títulos honoríficos foram omitidos)

Atualizado em março de 2026

Fundação Pública do Centro de Pesquisa de Vacinação

14-1, Nihonbashi Odenmacho, Chuo-ku, Tóquio 103-0011 Japão
Tel.: (03) 6206-2113 Fax: (03) 5643-8300
https://www.yoboseshu-rc.com

(Primeira edição: setembro de 1994)
(1ª edição reorganizada, 1ª impressão: 1995)
(1ª edição reorganizada, 4ª impressão: 1998)
(1ª edição reorganizada, 5ª impressão: 2002)
(Edição revisada: novembro de 2003)
(Edição reorganizada: 2005)
(Edição revisada: Março de 2006)
(Edição revisada: Março de 2007)
(Edição revisada: Março de 2008)
(Edição revisada: Março de 2009)
(Edição revisada: Março de 2010)
(Edição revisada: Março de 2011)
(Edição revisada: Março de 2012)
(Edição revisada: Abril de 2013)
(Edição revisada: Abril de 2014)
(Edição revisada: Abril de 2015)
(Edição revisada: Abril de 2016)
(Edição revisada: Abril de 2017)
(Edição revisada: Março de 2018)
(Edição revisada: Março de 2019)
(Edição revisada: Março de 2020)
(Edição revisada: Março de 2021)
(Edição revisada: Março de 2022)
(Edição revisada: Março de 2023)
(Edição revisada: Março de 2024)
(Edição revisada: Março de 2025)
(Edição revisada: Março de 2026)

Cópia e reprodução proibidas por lei.