



INFORME TÉCNICO

Campanha Nacional de Vacinação para o Idoso 2003

"Velho é o seu preconceito"

I - INTRODUÇÃO

As Campanhas Nacionais de Vacinação do Idoso iniciaram-se em 1999, em comemoração ao Ano Internacional do Idoso, com a administração de vacinas contra a influenza (gripe), difteria e tétano (dupla adulto) e anti-pneumocócica.

No estado de São Paulo cerca de 84% dos idosos receberam a vacina contra influenza no ano de 1999, enquanto que nos anos seguintes, 2000, 2001 e 2002 os índices atingidos foram de 63,9%, 66,6% e 65,6% respectivamente. Com o objetivo de identificar as razões da não adesão, em 2001 e 2002, foram realizadas duas pesquisas de opinião pública, junto à população alvo da campanhas. Os resultados foram semelhantes e os principais motivos da não adesão foram o medo das reações da vacina e a não preocupação com a gripe. A iniciativa própria e os familiares foram apontadas como os principais incentivadores à adesão à vacinação.

Os resultados desta pesquisa, mostraram que praticamente a totalidade das pessoas vacinadas declararam não ter apresentado reação (90% em 2001 e 96% em 2002). As reações citadas foram febre, dores no corpo e cabeça. Estes dados são consonantes com o referido na literatura e confirmam a segurança da vacina. No entanto, observa-se que dentre os idosos resistentes e os que abandonaram a vacinação (19 e 23%) a reação constituiu o principal motivo. Considerando a evolução benigna e a baixa frequência destes eventos é importante que as equipes técnicas das regionais e municípios incrementem as informações técnicas junto aos profissionais de saúde e imprensa, na tentativa de melhor esclarecer a população que a vacina contra influenza é bem tolerada e pouco reatogênica e os reais benefícios desta vacinação.

Este ano, no dia 12 de abril, estaremos iniciando novo desafio. A desmistificação de que a vacina provoca reações graves, ou mesmo provoca a gripe, é compromisso a ser adotado por todo profissional de saúde. Para tanto as informações técnicas deste documento precisam ser disponibilizadas a todos os postos de vacinação e amplamente divulgadas junto à comunidade científica. A Secretaria de Saúde disponibiliza este documento através das regionais de Saúde e no site do Centro de Vigilância Epidemiológica/SES www.cve.saude.sp.gov.br.

É necessário manter os índices de vacinação acima de 70%, homoganeamente em todos os municípios com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade causada pelo vírus influenza e suas complicações.

A Campanha se estenderá até o dia 30 de abril, e também serão oferecidas:

- as vacinas contra a difteria e o tétano para todos os idosos ainda não vacinados;
- a vacina contra o pneumococo para os grupos de risco elevado.

II - VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA E O PNEUMOCOCO

1. Influenza

A influenza (gripe) é uma doença viral aguda do trato respiratório, contagiosa, transmitida através das secreções nasofaríngeas. Caracteriza-se pelo início súbito de febre, associada a calafrios, dor de garganta, cefaléia, mal-estar, dores musculares e tosse não produtiva. Nos idosos é mais freqüente a ocorrência de complicações como pneumonia e maiores taxas de hospitalização e mortalidade.

O agente etiológico da influenza é o *Myxovirus influenzae*, da família *Orthomyxoviridae* e possui três tipos antigênicos distintos A, B e C. A doença epidêmica é causada pelos vírus influenza do tipo A e B e estão freqüentemente associados com a elevação das taxas de hospitalização e óbito. Os vírus influenza tipo A são classificados em subtipos de acordo com duas proteínas de superfície, antigênicas, assim denominadas: hemaglutinina e neuraminidase. Os subtipos mais freqüentes são A (H1N1) e A (H3N2).

Em decorrência das mutações que ocorrem durante sua replicação, o vírus influenza sofre contínuas alterações gerando novas cepas ou variantes. O aparecimento destas novas cepas ou variantes antigênicas permite que os vírus não sejam reconhecidos pelo sistema de defesa do organismo através dos anticorpos anteriormente desenvolvidos em infecções prévias, daí a necessidade da vacinação anual em relação à influenza.

É importante esclarecer que manifestações clínicas envolvendo o trato respiratório muitas vezes são causadas por numerosos outros tipos de vírus como o rinovírus (resfriado comum) e o vírus sincicial respiratório. Estes casos também são freqüentes durante o período de circulação do vírus influenza (inverno) e NÃO são prevenidos pela vacina, uma vez que a mesma é específica para as cepas do vírus influenza incluídas na sua composição.

2. Pneumococo

O pneumococo ou *Streptococcus pneumoniae*, é um diplococo gram-positivo, com cerca de 90 sorotipos, cuja cápsula determina a especificidade sorológica e contribui para a virulência e patogenicidade. A distribuição dos sorotipos específicos varia de acordo com os diferentes tipos clínicos de infecções. Os tipos mais comuns em

infecções graves foram os tipos 1, 3, 4, 7, 8 e 12 em adultos e os tipos 6, 14, 19 e 23 em lactentes e crianças.

Os pneumococos habitam comumente o trato respiratório humano e podem disseminar-se de pessoa a pessoa.

A vacina polissacarídica, inclui os 23 sorotipos mais importantes como causa de infecção no homem.

No Brasil, esta vacina inclui 83% das cepas isoladas de infecções invasivas em idosos e aproximadamente 100% das cepas associadas à resistência antimicrobiana.

O projeto SIREVA (Sistema Regional de Vacinas) faz o monitoramento do pneumococo quanto à distribuição dos sorotipos por área geográfica e em relação à emergência de cepas resistentes, sob a coordenação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). O laboratório de referência no Brasil é o Instituto Adolfo Lutz.

3. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A influenza devido seu reconhecido potencial epidêmico e expressiva morbimortalidade constitui-se num importante desafio à Saúde Pública. No último século registraram-se três grandes pandemias, dentre estas, destaca-se a gripe espanhola (1918-1919) que dizimou cerca de 20 - 50 milhões de pessoas. Esta epidemia provavelmente deveu-se a uma mudança antigênica "maior" do vírus que originou um subtipo viral totalmente novo.

Neste contexto, emerge a importância do monitoramento epidemiológico mundial da gripe. Esta atividade iniciou-se em 1947 e atualmente mobiliza uma rede de 110 laboratórios em 80 países coordenados por três centros de referência vinculados à Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, três laboratórios compõem esta rede: a Fundação Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro), Instituto Evandro Chagas (Belém) e o Instituto Adolfo Lutz (São Paulo).

Os dados procedentes e consolidados de coletas de amostras clínicas dos diferentes continentes são analisados por um comitê de "experts" da OMS que recomendam a composição da vacina, que deverá conter os vírus com tendência a maior prevalência. A composição da vacina contra a Influenza para o Hemisfério Sul - Temporada 2003, em relação a 2002, apresentará alteração apenas no componente B.

Em fevereiro de 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Serviço de Laboratórios de Saúde Pública do Reino Unido relataram a identificação de um novo subtipo de vírus influenza A (H1N2) isolado em humanos na Inglaterra, Israel e no Egito. O CDC (Centers for Disease Control and Prevention/USA) relatou um caso semelhante nos EUA em dezembro de 2001, e mais recentemente também foi notificado um caso na França. Até o momento a sua circulação não foi detectada no Brasil.

No Brasil, de acordo com os dados apresentados pela Coordenação Geral de Vigilância Epidemiológica do Centro Nacional de Epidemiologia/ Ministério da Saúde (CGVEP/CENEPI/MS), observa-se que as regiões Sul e Sudeste apresentam um padrão de sazonalidade típico, relacionado aos períodos de baixas temperaturas onde ocorre aumento do número de atendimentos ambulatoriais e de internações hospitalares, isolando-se o vírus da influenza com mais frequência neste período.

Vale ressaltar que o aumento do número das internações hospitalares por doenças respiratórias na população idosa guarda relação com a infecção pelo vírus da influenza. Tendo em vista as internações por causas atribuíveis à influenza no Brasil durante o período de 1998 a 2000, na faixa etária de 60 anos ou mais, observa-se uma redução de cerca de 10% destas hospitalizações para o país e, segundo a CGVEP, decréscimo mais significativo nas regiões Sul (17,2%), Sudeste (11,7%) e Centro-Oeste (12%). Estes dados fornecem um indicador, ainda que incipiente, em relação ao impacto das

Campanhas de Vacinação contra a Influenza para o idoso implementadas no país a partir de 1999.

A partir de setembro de 2002, foram implantados serviços-sentinela no estado de São Paulo, integrantes do sistema SIVEP-Gripe (Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe/CENEPI/Ministério da Saúde) compondo a rede mundial de vigilância da influenza.

No Estado de São Paulo, nos últimos seis anos houve o predomínio da circulação do vírus da influenza do tipo B/Beijing/184/93. No entanto, a sua circulação diminuiu em 2000, e em 2001 detectou-se o vírus tipo B/Sichuan/379/99.

Em 2002, observou-se o predomínio da circulação de um outro vírus B, o B/Hong Kong/330/2001, e à semelhança do que ocorrera nos demais continentes, esta estirpe não constava na vacina preconizada para o Hemisfério Sul naquele ano. Detectou-se, também, a circulação do vírus B/Sichuan/379/99 e sua variante B/Shizuoka/5/2001, e o vírus tipo A/Panamá/2007/99 (H3N2), porém em menor proporção. O monitoramento viral da influenza no Brasil detectou também a circulação do vírus A/New Caledonia/20/99 (H1N1), sendo que este não foi detectado em nosso estado.

4. VACINA CONTRA INFLUENZA

4.1. Composição, apresentação, dose e conservação

A vacina é constituída por diferentes cepas de *Myxovirus influenzae* inativados, fracionados e purificados, obtidos a partir de culturas de ovos embrionados de galinha. Para esta campanha estaremos utilizando a vacina do Instituto Butantan que, segundo as recomendações da OMS, contém:

- A/New Caledonia/2007/99 (H1N1).
- A/Panamá/2007/99 (H3N2) análoga a A/Moscow/10/99.
- B/Shandong/7/2001/1434/2002 análoga a B/HongKong/330/2001.

Cada dose contém 15 mg de hemaglutinina de cada cepa, além de timerosal, solução salina e traços de neomicina ou gentamicina (a depender do laboratório produtor).

A vacina vem acondicionada em frasco-ampola contendo 10 doses. Cada dose corresponde a 0,5 ml. Em crianças menores de 3 anos utilizar meia dose, ou seja, 0,25ml.

A vacina deve ser conservada sob temperaturas entre 2 a 8° C e NÃO PODE ser congelada.

O frasco multidose, uma vez aberto, poderá ser utilizado até o final do mesmo, desde que mantido em temperatura adequada (entre 2 e 8°C) e adotados os cuidados que evitem a sua contaminação.

4.2. Efetividade e duração da proteção

Cerca de 10 a 15 dias após a vacinação iniciam-se a formação de anticorpos contra as cepas contidas na vacina, cuja duração raramente excede 12 meses.

A eficácia da vacina contra influenza para a prevenção da doença em adultos jovens é cerca de 70 a 90%. Quando administrada a pessoas com mais de 60 anos estes índices caem para 30 a 40%. No entanto os reais benefícios dessa vacina estão na capacidade de prevenir a pneumonia viral primária ou bacteriana secundária, a hospitalização e a morte principalmente em pessoas com doenças crônicas cardiovasculares e pulmonares.

4.3. Esquema de administração e via de aplicação.

Durante a Campanha de Vacinação aplicar uma dose da vacina em todas as pessoas com idade igual ou acima de 60 anos. Em crianças, de acordo com a Norma para os Imunobiológicos Especiais o esquema vacinal é: (www.funasa.gov.br/publicaçoescientificas)

- de 6 meses até 8 anos de idade:
 - √ duas doses com intervalo de 30 dias somente no primeiro

ano da vacinação. Nos anos seguintes aplicar apenas uma dose.

Obs: o volume da dose para crianças menores de 3 anos é de 0,25ml.

- a partir de 9 anos de idade:
√ dose única.

Recomenda-se repetir anualmente a aplicação, preferencialmente no outono, uma vez que o maior risco de exposição ao vírus influenza ocorre nos meses de inverno.

A via de aplicação é a intramuscular.

4.4. Contra-indicações e precauções

- reação anafilática em doses anteriores.
- reação anafilática a ovo ou a qualquer componente da vacina. Não constituem contra-indicações à vacina alergia ou intolerância à ingestão de ovos, que não seja anafilática

Esta vacina, por não conter microrganismos vivos, não está contra-indicada nos pacientes portadores de imunodeficiência ou neoplasias malignas.

4.5. Situações em que se recomenda o adiamento da vacinação.

- durante a evolução de doenças agudas febris graves, sobretudo para que seus sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos adversos das vacinas;
- a vacina contra o vírus Influenza pode ser aplicada simultaneamente com outros imunobiológicos.

4.6. Eventos adversos

Os eventos adversos diminuíram muito com as vacinas altamente purificadas de vírus completos e praticamente desapareceram com as vacinas fragmentadas e de subunidades.

Os vacinados podem apresentar:

- manifestações locais de dor, edema, eritema, nódulo no local de aplicação, em 15 a 20 % dos casos, com duração de 1 a 2 dias.
- manifestações sistêmicas como febre, mal-estar, mialgia em cerca de 1% dos vacinados. Iniciam habitualmente 6 a 12 horas após a aplicação com duração de 1 a 2 dias.
- reações de hipersensibilidade, anafilaxia e manifestações neurológicas são extremamente raras.

Obs: Algumas síndromes neurológicas têm sido temporalmente associadas à esta vacina, no entanto a única associação estatisticamente significativa é a Síndrome de Guillain Barré, que ocorreu após a administração da vacina contra influenza suína, não mais utilizada. Caracterizada por paralisia simétrica, ascendente, subaguda (refletindo um quadro de desmielinização relacionada a infiltrado linfocítico de nervos periférico) manifestava-se cerca de 1 a 6 semanas após a vacinação.

A vacina contra o vírus influenza NÃO induz a manifestações de gripe ou aparecimento de sintomas de infecções de vias aéreas superiores. A associação temporal de doenças respiratórias após a vacinação poderá ocorrer neste período, coincidentemente, em decorrência da maior incidência destas doenças nesta época do ano (outono/inverno).

A proteção conferida pela vacina relaciona-se apenas às cepas de vírus Influenza que compõem a vacina (ou cepas que apresentem analogia antigênica). Infecções respiratórias com outros agentes, causando sintomas semelhantes à gripe não serão evitados pela vacina.

Ressalte-se que na pesquisa de opinião pública realizada em 2002, apenas 4% dos vacinados referiam alguma reação como febre (13%),

cefaléia (13%) e dores no corpo (19%). Não foi relatada nenhuma manifestação sistêmica grave.

5. VACINA CONTRA PNEUMOCOCO

5.1. Composição, apresentação, dose e conservação

A vacina é 23-valente contendo em cada dose 25µg de antígeno polissacarídico purificado de cada um dos seguintes sorotipos de pneumococo: 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19F, 19A, 20, 22F, 23F, 33F. Contém fenol como conservante e solução tampão isotônica.

É apresentada em embalagem com seringa agulhada, contendo uma dose de 0,5 ml, pronta par a aplicação.

A vacina deve ser conservada sob temperaturas entre 2 a 8° C e não pode ser congelada.

5.2. Imunogenicidade e duração da proteção

Cerca de 2 a 3 semanas após a vacinação são detectados aumento de anticorpos séricos em 80 % dos adultos jovens, podendo esta resposta não ser consistente para todos os 23 sorotipos da vacina. Em idosos estas concentrações de anticorpos são inferiores, observando-se proteção de cerca de 75% para as doenças invasivas causadas pelos sorotipos incluídos na vacina.

5.3. Esquema de administração e via de aplicação.

Durante a Campanha de Vacinação a vacina será administrada nas pessoas ainda não vacinadas com idade igual ou acima de 60 anos:

- Hospitalizados e residentes em instituições (asilos, casas de repouso).
- Com doenças crônicas cardiovasculares, pulmonares, renais, metabólicas (diabetes mellitus) e hepáticas.
- Imunodeprimidos (transplantados, com neoplasias, infectados pelo HIV).

Não há dados suficientes para indicar a revacinação sistemática, embora alguns autores recomendem uma única revacinação após 5 anos. O Centro de Vigilância Epidemiológica, neste momento, não recomenda a revacinação para as pessoas imunocompetentes que recebam esta vacina pela primeira vez com 65 anos e mais de idade

Cada dose da vacina corresponde a 0,5 mL e a via de administração é a intramuscular ou subcutânea.

Obs: as indicações da vacina contidas na Norma para os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais estão mantidas na rotina dos serviços de saúde.

5.4. Contra indicações e precauções

- reação anafilática em doses anteriores ou a qualquer componente da vacina;
- as pessoas que atualmente estejam com 60 anos e mais, e que receberam esta vacina, em dose anterior, há menos de 3 anos, não deverão ser revacinadas pela possibilidade de potencialização nos eventos adversos.

5.5. Situações em que se recomenda o adiamento da vacinação

- durante a evolução de doenças agudas febris graves, sobretudo para que seus sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos adversos das vacinas;
- pode ser aplicada simultaneamente com outros imunobiológicos.

5.6. Eventos adversos

- manifestações locais 1 a 2 dias após a aplicação;
- manifestações sistêmicas como febre, geralmente baixa, astenia, cefaléia, mialgia podem ocorrer em 1% dos casos. Há relatos de raros casos de celulite no local de aplicação.

Na revacinação as reações são mais importantes sendo relatadas em até 50% dos casos;

- manifestações graves, como anafilaxia, são extremamente raras.

III - VACINAÇÃO CONTRA O TÉTANO

No período de 1990-2001 cerca de 1.000 casos de tétano acidental foram notificados no estado de São Paulo sendo 35% na população acima de 60 anos. Os maiores coeficientes de incidência são observados na população acima de 15 anos principalmente em idosos.

A redução dos casos, observada neste período, ocorreu em consequência da política de vacinação contra o tétano na população adulta: mulheres em idade fértil, gestantes, trabalhadores e idosos (de 133 casos em 1990 para 32 casos em 2001). Em 1999 foram notificados 24 casos em pessoas com mais de 60 anos e em 2000 já se observou uma redução de quase 50% (10 casos). Ainda é necessário incrementar as ações de vacinação para as faixas etárias mais altas.

A mobilização da população acima de 60 anos durante a Campanha é um momento oportuno para atingir as pessoas ainda não vacinadas ou com esquema incompleto.

1. VACINA CONTRA O TÉTANO

1.1. Composição, apresentação, dose e conservação

Cada dose da vacina é composta pela mistura dos toxóides diftérico e tetânico, contendo timerosal como conservante e hidróxido ou fosfato de alumínio como adjuvante.

A concentração do toxóide tetânico é a mesma das vacinas DTP ou DT (dupla tipo infantil), porém a concentração do toxóide diftérico é menor em relação a estas vacinas.

A vacina deve ser conservada sob temperaturas de 2 a 8° C e não pode ser congelada.

A apresentação é em frascos contendo 10 doses, cada dose corresponde a 0,5 ml.

1.2. Imunogenicidade e duração da proteção.

A vacina dupla adulto é altamente eficaz após a série primária de três doses, apresentando proteção superior a 95% nos indivíduos vacinados. No entanto esta imunidade não é permanente, sendo necessária uma dose de reforço a cada 10 anos.

1.3. Esquema de administração e via de aplicação.

O esquema completo consiste de 3 doses administradas com 60 dias de intervalo (mínimo de 30 dias) entre a 1ª e a 2ª dose, e seis meses entre a 2ª e a 3ª dose. Recomenda-se uma dose de reforço a cada dez anos a partir da 3ª dose, salvo em situações de ferimentos profundos e/ou contaminados quando o intervalo é de cinco anos.

Não haverá necessidade de reiniciar o esquema para as pessoas que apresentarem comprovação de uma ou duas doses de vacinação contra o tétano. Deve-se apenas completar o esquema.

A via de administração é intramuscular profunda.

1.4. Contra-indicações e precauções

- nas situações muito raras de anafilaxia em doses anteriores.

Esta vacina, por não conter microrganismos vivos, não está contra-indicada nos portadores de imunodeficiência ou neoplasias malignas.

1.5. Situações em que se recomenda o adiamento da vacinação.

- durante a evolução de doenças agudas febris graves, sobretudo para que seus sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos adversos das vacinas;
- na vigência de tratamento com imunodepressores ou com corticóides em dose alta, pela possível inadequação da resposta. Nesta situação deve-se agendar a aplicação da vacina para três meses após a suspensão da utilização do medicamento.
- pode ser aplicada simultaneamente com outros imunobiológicos.

1.6. Eventos adversos

- manifestações locais como discreta dor local, eritema e edema são freqüentes. Reações locais mais significativas, tais como edema acentuado, são encontrados em menos de 2% dos vacinados e podem estar relacionadas a altas concentrações de anticorpos circulantes decorrentes de doses anteriormente aplicadas.
- manifestações sistêmicas como febre podem ocorrer em 0,5 a 7% dos vacinados, raramente observando-se temperaturas elevadas. Cefaléia, mal estar e mialgia ocorrem com menor freqüência.
- anafilaxia e manifestações neurológicas são extremamente raras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics. 2000 Red Book: Report of Committee on Infectious Disease. 25th. Ed. Elk Grove Village, IL., American Academy of Pediatrics, 2000.
- Centers for Disease Control e Prevention (CDC). Update: Influenza Activity – United States, 2001-02. MMWR 2002; 51 (04): 78-80, 91.
- São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof Alexandre Vranjac”. Comissão Permanente de Assessoramento em imunizações. Norma do Programa de Imunização. São Paulo, SES, 1998.
- World Health Organization. Weekly Epidemiological Record nº 41 (76): 309-316, 2002.
- World Health Organization. Weekly Epidemiological Record no. 41(77): 255, 2002.

ELABORAÇÃO:
DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO/CVE
DIVISÃO DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO RESPIRATÓRIA/CVE
DIVISÃO DE ZOOSE E DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES
INSTITUTO ADOLFO LUTZ

Projeto Gráfico, Diagramação e Fotolitos: Marcos Rosado (NIVE/CVE)