



CENTRO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA
"Prof. Alexandre Vranjac"



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO



COORDENADORIA DE
CONTROLE DE DOENÇAS

INFORME TÉCNICO

CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO DE SEGUIMENTO CONTRA SARAMPO

18 DE JUNHO A 1 DE JULHO DE 2011

*Divisão de Imunização/CVE
Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória/CVE*

INTRODUÇÃO

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, de transmissão pessoa a pessoa, de elevada contagiosidade. É conhecida e descrita desde a mais remota antiguidade e apresenta elevada morbi-mortalidade entre as crianças menores de 5 anos, principalmente as desnutridas e imunodeprimidas.

Nos países desenvolvidos, a mortalidade é baixa; enquanto nos países em desenvolvimento a taxa de letalidade estimada é de 3% a 6%, sendo os lactentes de 6 a 11 meses de idade os mais atingidos. As complicações mais frequentes são a otite, pneumonia, diarreia e encefalites.

No Brasil, o sarampo é doença de notificação compulsória desde 1968. O maior número de casos notificados foi em 1986 (129.942 casos) com coeficiente de incidência de 97,7 casos/100 mil habitantes. No Estado de São Paulo, neste mesmo ano, foram notificados 6.864 casos com coeficiente de incidência de 23,48 casos/ 100 mil habitantes.

Tendo em vista esta situação, em 1987, a Secretaria de Estado de São Paulo realizou a primeira Campanha de vacinação em massa, na faixa etária de 9 meses a 14 anos de idade, onde foram vacinadas 8.565.230 crianças e adolescentes, atingindo uma cobertura vacinal de 91,0%. O impacto desta Campanha foi imediato com a redução significativa da incidência e da letalidade deste agravo. A partir deste ano, todos os casos suspeitos e não apenas os hospitalizados passaram a ser de notificação e instituiu-se o diagnóstico laboratorial, a investigação epidemiológica e a adoção de vacinação de bloqueio dos comunicantes. Nas décadas de 80 e 90 houve uma redução marcante do número de casos e óbitos decorrentes do sarampo.

No Estado de São Paulo, o Programa de Controle da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) foi implantado em 1992 quando da

realização de uma Campanha de vacinação indiscriminada para toda população de 1 a 10 anos com a vacina tríplice viral (TV), alcançando uma cobertura vacinal de 96,2%.

Apesar de todos os esforços anteriormente realizados, no final de 1996 houve um aumento do número de casos na região da Grande São Paulo, culminando com uma epidemia em 1997, que no Estado de São Paulo contabilizou 23.909 casos confirmados e 23 óbitos. As coberturas vacinais nos anos de 1993 a 1995 foram elevadas, mas não homogêneas, o que permitiu a circulação do vírus do sarampo.

Em junho de 2000, foi realizada uma Campanha nacional de seguimento onde foram vacinadas, indiscriminadamente, crianças de 1 a 4 anos de idade com a vacina dupla viral (sarampo/rubéola) alcançando 96,03% de cobertura vacinal no Estado de São Paulo e uma homogeneidade de 70%.

Como resultado de todos estes esforços, a situação epidemiológica vem se modificando e, em 2000, houve redução significativa no número e incidência dos casos de sarampo, encerrando-se o ano com apenas 10 casos confirmados no Estado.

Em 2001 e 2002 foram notificados apenas dois casos de sarampo, sendo um em 2001 e outro em 2002, ambos importados do Japão sem evidência de transmissão secundária. A análise destes dados indica que a transmissão autóctone do sarampo foi interrompida no Estado de São Paulo e no Brasil e esta interrupção foi resultado de esforços intensivos para alcançar coberturas homogêneas e elevadas, em todas as estratégias de vacinação realizadas.

Em 2001 realizou-se uma Campanha de vacinação apenas para mulheres entre 15 e 29 anos de idade. Foram vacinadas, com a vacina dupla viral, 4.408.844 mulheres e uma cobertura vacinal de 91,20%.

Em 2004 foi realizada mais uma Campanha nacional de seguimento, onde foram vacinadas com a vacina tríplice viral 2.544.485 crianças, uma cobertura vacinal de 93,20% e uma homogeneidade de 78,14%.

Em 2008 na Campanha de vacinação contra a rubéola para homens e mulheres, foram vacinadas com a dupla viral 13.971.526 pessoas, uma cobertura vacinal de 94,59% e uma homogeneidade de 56,12%.

No Brasil, entre 1968 e 1991, o país enfrentou 9 epidemias, sendo em média uma a cada dois anos. Na década de 80, ocorreu um declínio gradativo no registro de óbitos, atribuída ao aumento das coberturas vacinais e a melhoria na assistência médica. Em 1992 com a elaboração do plano nacional, o Brasil

adotou a meta de eliminação do sarampo para o ano de 2000 e desde 2001 não há casos autóctones desta doença no país.

No período de 2001 a 2010 foram confirmados 135 casos no Brasil, todos importados, comprovados laboratorialmente e com isolamento viral. Em 2010 o Brasil enfrentou surtos da doença em 3 estados: no Pará (3 casos relacionados ao genótipo D4, circulante na Europa), no Rio Grande do Sul (10 casos relacionados ao genótipo B3, circulante na África) e na Paraíba (57 casos relacionados ao genótipo D4).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), informam que o vírus do sarampo circula nos 5 continentes. Surtos recentes foram confirmados nas Filipinas, África do Sul, Nova Zelândia e Austrália e em 33 países da Europa, sendo os mais afetados a Bélgica, Bulgária, Espanha e França e outros países do oeste do Pacífico, totalizando cerca de 7028 casos (dados até maio de 2011). Nas Américas estão ocorrendo casos no Chile, Argentina, Panamá, República Dominicana, Guatemala, Estados Unidos e Canadá. O grupo etário mais afetado são as pessoas com idade inferior a 20 anos de idade.

Em 2011, até o momento no Brasil foram confirmados 12 casos, relacionados ao genótipo D4.

Em São Paulo, até o momento foram confirmados 3 casos: 1 em um adulto de 41 anos de idade, profissional de saúde, residente no município de Campinas, sem documentação de vacina tríplice viral, outro em uma criança de 7 anos de idade não vacinado e sem história de deslocamento e 1 adulto de 41 anos de idade sem vacinação documentada. Todos os 3 casos são relacionados ao genótipo D4).

A alta transmissibilidade do sarampo, a frequência e a facilidade dos deslocamentos internacionais e nacionais nessa década, constituem permanentes desafios à consolidação da erradicação do sarampo.

Desta maneira é necessário reforçar o alerta das ações preconizadas de identificação, notificação e controle do sarampo e o incremento das ações de vacinação.

CAMPANHA DE VACINAÇÃO

A Campanha Nacional de Vacinação de Seguimento contra o Sarampo ocorrerá juntamente com a 1ª fase da Campanha Nacional de Vacinação contra

Poliomielite. O objetivo é vacinar, indiscriminadamente, todas as crianças até 4 anos de idade contra a poliomielite e as crianças entre 1 ano e 6 anos, 11 meses e 29 dias com a vacina tríplice viral. É importante salientar que todas as crianças serão vacinadas, independentemente da(s) dose (s) anteriormente recebida(s).

A nossa meta é atingir para ambas as vacinas uma cobertura vacinal de 95%.

O período de operacionalização desta Campanha será de 18 de junho (Dia “D”, sábado) a 1 de julho de 2011, antes do início das férias. No entanto poderá ser prorrogada até 22 de julho, nos municípios onde a meta não for alcançada.

Os objetivos das Campanhas de seguimento são de incrementar as coberturas vacinais e a homogeneidade, das primeiras e segundas doses, a redução dos casos de falha primária e secundária e para consolidarmos o processo de erradicação do sarampo e a eliminação da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita.

VACINA CONTRA O SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA

Composição, apresentação e conservação

A vacina tríplice viral é composta por vírus atenuados contra o sarampo, a caxumba e a rubéola. É apresentada sob forma liofilizada para reconstituição com o diluente estéril.

Cada dose na forma liofilizada contém:

- no mínimo 1.000 TCID₅₀ do vírus do sarampo, cepa Schwarz (cultivadas em tecido de embrião de galinha);
- no mínimo 5.000 TCID₅₀ do vírus da caxumba, cepa RIT 4385, derivada da cepa Jeryl Lynn (cultivadas em tecido de embrião de galinha);
- no mínimo 1.000 TCID₅₀ do vírus da rubéola, cepa Wistar RA 27/3 (cultivadas em células diplóides humanas).

Conservar à temperatura de +2° a +8° C. Após a diluição deve ser aplicada no prazo máximo de oito horas.

Via de administração e dose

A vacina tríplice viral é administrada por via subcutânea, na dose de 0,5ml.

Eficácia e proteção

Os componentes da vacina são altamente imunogênicos e eficazes. A proteção inicia-se duas semanas após a aplicação e sua eficácia é superior a 95% para o sarampo, rubéola e caxumba. A imunidade induzida pela vacina é duradoura, provavelmente por toda a vida.

Campanha de Seguimento, no período de 18 de junho a 1 de julho de 2011

- todas as crianças entre 1 e 6 anos de idade deverão receber a vacina tríplice viral, independente do número de doses recebidas anteriormente. Não se observa aumento na ocorrência de eventos adversos, nas situações de vacinação anterior. Todas essas doses serão consideradas como dose de Campanha e digitadas no site do Ministério da Saúde.

Validação de doses aplicadas durante a Campanha na Rotina

- todas as doses aplicadas durante a Campanha serão registradas no site do Ministério da Saúde. No entanto, a exemplo de como fazemos nas Campólios, as doses aplicadas em crianças que não estão com o esquema vacinal em dia, poderão ser validadas como rotina.

Por exemplo:

- criança entre 1 e 6 anos de idade que na carteira de vacinação não há registro de nenhuma dose aplicada de TV, a dose aplicada na Campanha será registrada como Campanha e também será válida na rotina;
- criança entre 1 e 6 anos de idade que já recebeu duas doses da TV, com intervalo de pelo menos 30 dias, a dose aplicada na Campanha

será registrada apenas como dose de Campanha e não será válida como rotina, pois a criança já está com o esquema em dia.

Lembramos que:

- se a criança foi vacinada contra a febre amarela, a dose aplicada na Campanha será registrada como Campanha e também válida para rotina se o intervalo for de pelo menos 15 dias;
- se a criança foi vacinada contra varicela, a dose aplicada na Campanha será registrada como Campanha e também válida para rotina se o intervalo for de pelo menos 30 dias;

Atividades de Rotina

As crianças que chegarem nas unidades de saúde, para o segundo reforço da DPT e Sabin, nas atividades de rotina, mas que já receberam a segunda dose durante a Campanha de Seguimento, não necessitarão serem vacinadas novamente, desde que a dose aplicada tenha sido válida.

Contra-indicações gerais

- com imunodeficiência congênita ou adquirida;
- nas crianças HIV+ sintomáticas graves e/ou com imunodepressão grave;
- neoplasia maligna, submetidas a transplante de medula ou outros órgãos
- tratamento com corticosteróides em dose elevada (equivalente a prednisona na dose de 2 mg/kg/dia ou mais, por mais de duas semanas), ou submetidas a outras terapêuticas imunodepressoras (quimioterapia antineoplásica, radioterapia, etc);
- com história de reação anafilática em dose anterior ou a qualquer componente da vacina.

Situação em que se recomenda o adiamento da vacinação

- na vigência de doença aguda febril grave.

Precaução

- apesar dos componentes do sarampo e caxumba serem produzidos em culturas de células de embrião de galinha, estudos demonstraram que a reação anafilática após a vacina é muito rara e não está associada ao ovo, mas sim a outros componentes da vacina. Por isso o risco de repetir a anafilaxia em pessoas com reação alérgica grave após a ingestão de ovo é muito baixa. No entanto como precaução recomenda-se que a vacina seja aplicada em ambiente hospitalar.

Eventos Adversos

A vacina tríplice viral é bem tolerada e na maioria dos casos não apresenta eventos adversos graves.

Manifestações locais

- as manifestações locais como dor, rubor, calor e edema podem ocorrer, embora muito raramente. Os casos de abscesso geralmente encontram-se associados à infecção secundária e alterações na técnica de aplicação.

Febre

- entre 5 % a 15% dos primovacinados poderão apresentar febre entre o 5º ao 12º dia, após a vacinação.

Exantema

- entre 5% dos primovacinados poderão apresentar exantema entre o 7º e 14º dia, após a vacinação com duração aproximada de 2 a 3 dias. Os pacientes com tais manifestações não necessitam de isolamento, pois não transmitem a doença.

Linfadenopatia

- menos de 1% dos vacinados poderão apresentar hipertrofia dos gânglios linfáticos na região occipital e cervical. Poderão surgir entre 7º e 21º dia, após a vacinação.

Parotidite

- cerca de 1,6 % dos vacinados poderão apresentar parotidite com início, geralmente entre 10º ao 21º dia, após a vacinação.

Pancreatite, orquite e ooforite

- são eventos muito raros.

Artralgia ou artrite

- cerca de 0,5% das crianças poderão apresentar dor articular principalmente das pequenas articulações distais, geralmente transitória, geralmente entre 7º a 21º dias após a vacinação.

Púrpura trombocitopênica

- é um evento raro (1 caso/30.000 a 1/40.000 doses aplicadas). Em geral ocorre em torno de 2 a 3 semanas após a vacinação.

Reações imediatas de hipersensibilidade

- é uma manifestação rara, podendo ser atribuída a qualquer componente da vacina.

Manifestações neurológicas

- meningite asséptica, está associada ao componente da caxumba, a ocorrência com a cepa Jeryl Lynn varia de 1 caso/ 250.000 a 1/1.800.000 doses distribuídas. Em São Paulo, no ano de 1992,

quando a vacina foi implantada, a incidência foi de 1/20.000 doses aplicadas e na Bahia foi de 1/15.700 doses aplicadas. Em ambos os estados a cepa utilizada foi a Urabe AM9. A maioria dos casos de meningites tem ocorrido em primovacinados, entre o 15º dia e 21º dia, geralmente a evolução é boa e não deixa sequelas.

- encefalite, é um evento raro e pode estar associada ao componente do sarampo ou da caxumba e poderá ocorrer entre 15º dia e 30º dia após a vacinação.
- Pan-encefalite esclerosante sub aguda (PEESA), não há dados epidemiológicos que comprovem o risco vacinal. Mas estima-se um risco de 0,7/1.000.000 de doses distribuídas nos Estados Unidos. Após a doença observou-se uma taxa de 1/1.000 casos de doença.

Notificação dos eventos adversos

- solicitamos que apenas os eventos adversos graves associados temporalmente a vacina tríplice viral, sejam notificados em ficha própria: as manifestações neurológicas, purpúricas e as reações imediatas de hipersensibilidade.

Bibliografia Consultada

1. American Academy of Pediatrics. Report of the Committee on Infectious Disease, 25^a ed, Elk Grove Village, 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais, 2006,188p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação. Brasília/Ministério da Saúde, 2008, 184p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica 2009, 816p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Campanha Nacional de Vacinação de Seguimento contra o Sarampo. Informe Técnico 2011.
6. CDC. Measles-United States, January-May 20,2011. MMWR 2011;60(20):666-8.
7. Imunizações: fundamentos e prática. CK Farhat; LY Weckx; LHFR. Carvalho; RCM Succi. São Paulo. Editora Atheneu. 5^a edição, 2008.
8. Khakoo GA, Lack G. Recommendations for using MMR vaccine in children allergic to eggs. BMJ 2000;320:929-32.
9. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Guia de Vigilância para Erradicação do Sarampo e Controle da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita, 2002.
10. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Norma Técnica do Programa de Imunização, 2008, 68p.
11. WHO. Global elimination of measles. Executive Board, 125th session. 16/abril/2009.