



INFORME TÉCNICO CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO PARA O IDOSO – 2002

I - INTRODUÇÃO

A vacinação para o idoso, como estratégia nacional iniciou-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.

Inicialmente dirigida para a população acima de 65 anos, atingiu no ano 2001 mais de 10,5 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade em todo o país.

No estado de São Paulo cerca de 84% dos idosos receberam a vacina contra influenza no ano de 1999, enquanto que no ano seguinte este índice caiu para 63%. Uma pesquisa de opinião junto à população alvo da campanha realizada no início de 2001, apresentou como principais motivos da não adesão o medo das reações da vacina e a não preocupação destas pessoas com a gripe. Cerca de 63% das pessoas entrevistadas freqüentavam serviços médicos regularmente, no entanto, a recomendação médica e o posto de saúde foram apontados como principal incentivador à vacinação apenas em 12% e 2% dos entrevistados. A iniciativa própria e os familiares foram apontadas como os principais incentivadores à adesão à vacinação.

Estes dados, disponíveis na última quinzena que antecedeu a realização da campanha em 2001, levaram as equipes técnicas das regionais e municípios a incrementar as informações técnicas junto aos profissionais de saúde e imprensa, na tentativa de melhor esclarecer a população sobre os reais benefícios desta vacinação.

Ao final da campanha daquele ano observou-se um aumento da cobertura vacinal para 74%.

Este ano, no dia 13 de abril, sábado 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%, homogêneo 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 26 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. INTRODUÇÃO

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.

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.

O agente etiológico da influenza é o *Myxovirus influenzae*, que pertence a 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.

Neste contexto, emerge a importância do monitoramento epidemiológico da gripe em nível mundial. Esta atividade iniciou-se em 1947 e 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 para o ano seguinte e esta deve conter os vírus com tendência a maior prevalência. A recomendação da composição da

vacina contra a Influenza para o Hemisfério Sul - Temporada 2002 é análoga à recomendada em 2001.

Em fevereiro de 2002, a OMS e o Serviço de Laboratórios de Saúde Pública do Reino Unido reportaram a recente 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/Atlanta/USA) relatou um caso semelhante nos EUA em dezembro último. Entretanto, ainda é incerto se o vírus H1N2 persistirá e irá circular de forma disseminada no próximo inverno do Hemisfério Sul.

Pneumococo

O pneumococo (anteriormente designado de *Diplococcus pneumoniae* e atualmente por *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 de pneumococos varia entre os isolados a partir dos 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.

Na maioria dos adultos a vacina reduz a pneumonia e outras infecções bacteriêmicas em aproximadamente 80% e a letalidade por tais infecções em 40%.

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 Pan-Americana de Saúde (OPAS), sendo o Instituto Adolfo Lutz parte integrante desta rede.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A influenza devido seu reconhecido potencial epidêmico e expressiva morbimortalidade constitui-se num importante desafio à Saúde Pública no que concerne ao estabelecimento de políticas efetivas de prevenção e controle deste agravo. 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. A emergência de um novo subtipo do vírus influenza do tipo A não garante que uma nova pandemia ocorrerá.

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 e 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.

3. VACINA CONTRA INFLUENZA

3.1 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/Panamá/2007/99 (H3N2)
análoga à cepa A/Moscow/10/99 (H3N2),
- A/New Caledonia/20/99 (H1N1),
- B/Johannesburg/5/99
análoga à cepa B/Sichuan/379/99

Estas cepas possuem as características antigênicas semelhantes às das cepas circulantes no ano anterior.

Cada dose contém 15 µg 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 multidoso, 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.

3.2 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.

3.3 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 a vacinação segue o esquema : (www.funasa.gov.br/publicaçõescientificas)

- 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.

3.4 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 portadores de imunodeficiência ou neoplasias malignas.

3.5 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.

3.6 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 : Muitas 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 no início de 2001, apenas 10% dos vacinados (64% dos entrevistados) referem alguma reação como dor local (2%), mialgia (3%), febre (2%), cefaléia (2%) ou outros sintomas menores. Não foi relatada nenhuma manifestação sistêmica grave.

4. VACINA CONTRA PNEUMOCOCO

4.1. Composição, apresentação, dose e conservação

A vacina é 23-valente contendo em cada dose 25 g de antígeno polissacarídico purificado de cada um dos seguintes sorotipos de pneumococo: 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10 A, 11 A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19F, 19 A, 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 para aplicação.

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

4.2. 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.

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.

4.3. 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)

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.

4.4. 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.

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.
- pode ser aplicada simultaneamente com outros imunobiológicos.

4.6. 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), sendo que nenhum caso em menores de 15 anos foi notificado no último ano (dados provisórios), demonstrando ainda a necessidade de implementar as ações de vacinação para as faixas etárias mais altas.

A mobilização da população acima de 60 anos durante a Campanha é 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 DPT 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. 1997 Red Book : Report of Committee on Infectious Disease. 25th. Ed. Elk Grove Village, IL., American Academy of Pediatrics, 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Campanha Nacional de Vacinação do Idoso – Informe Técnico. Brasília, 2002 (mimeo)
- Centers for Disease Control and 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 40 (76): 309-316, 2001.

Documento elaborado:
Divisão de Imunização/CVE
Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória/CVE
Divisão de Zoonoses e Doenças transmitidas por vetores