



INFORME TÉCNICO

Campanha Nacional de Vacinação Contra Poliomielite 14 Junho e 9 de Agosto de 2008

*Divisão de Imunização
Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"
Coordenadoria de Controle de Doenças
Secretaria de Estado da Saúde – DI/CVE/CCD/SES-SP*

1. INTRODUÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, **por meio da Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP**, realizará nos dias 14 de Junho e 09 de Agosto, respectivamente, a primeira e a segunda etapa da Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite do ano de 2008. Serão vacinadas, no Estado de São Paulo, cerca de 3,0 milhões de crianças menores de cinco anos de idade com uma dose da vacina oral contra poliomielite. As Campanhas Nacionais de Vacinação contra a Poliomielite completam 29 anos de sucesso no controle epidemiológico da poliomielite no território brasileiro. O Brasil está livre do poliovírus desde 1989 e assim deve-se manter até a concreta certificação mundial da erradicação deste agente infeccioso. As campanhas devem ser aproveitadas ao máximo, para a garantia da não reintrodução da doença em nosso território.

Embora a erradicação global esteja avançando, países livres da poliomielite precisam, não só ter uma adequada Vigilância das Paralisias Flácidas Agudas (PFA), **como manter altas e homogêneas coberturas de vacina oral contra poliomielite.**

A vacina oral contra a poliomielite é considerada pela OMS como a única vacina capaz de viabilizar a erradicação global da poliomielite sendo recomendada para as nações com índices de coberturas vacinais baixos e heterogêneos. O Brasil vem mantendo suas coberturas e tem alcançado altos índices nacionais, no entanto, nem todos os municípios conseguem cobertura vacinal adequada de 95%. O país conta com grande diversidade de ordem geográfica, climática e sócio-cultural, que tornam os resultados heterogêneos e proporciona uma tendência ao acúmulo progressivo de suscetíveis, fator de risco de disseminação do poliovírus em uma ocasional reintrodução. Esta tendência justifica a necessidade das vacinações em massa. Soma-se a isto, o fato de o país se constituir num importante pólo turístico e comercial, sediando, assim, um intenso fluxo receptivo e emissivo de viajantes internacionais.

Outra preocupação refere-se ao fato de ainda existirem locais em que os poliovírus selvagens estão circulantes, como na África, Mediterrâneo Oriental e Sudeste da Ásia.

No ano de 2004, em Genebra, foi avaliado pela OMS um documento intitulado Plano Estratégico de Iniciativa Global para a Erradicação da Poliomielite 2004-2008. Em concordância com o plano, o Brasil vem

realizando ao longo dos anos a monitorização para garantir ausência do poliovírus selvagem, vigilância das Paralisias Flácidas Agudas (PFA), por meio da detecção, investigação e notificação de casos de PFA em menores de 15 anos, a vacinação de rotina, suplementação da vacinação de rotina em menores de cinco anos através dos **Dias Nacionais de Vacinação contra Poliomielite** e manutenção das altas taxas de coberturas vacinais.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

No Brasil a poliomielite está erradicada e o registro dos últimos casos confirmados foi em 1989 nos estados do Rio Grande do Norte e Paraíba; no Estado de São Paulo, o último caso registrado foi em 1988, município de Teodoro Sampaio. O Peru, em 1991, foi à última nação americana que registrou casos da doença. Em 1994, o Continente Americano recebeu o Certificado de Erradicação da Poliomielite, seguido pelo Pacífico Ocidental (2000) e Europa (2002).

O número de países endêmicos para a poliomielite diminuiu de 125 (1988) para quatro (2008): Afeganistão, Índia, Nigéria e Paquistão.

Houve uma diminuição de 34% no número de casos de 2006 (1997) para 2007 (1310). Os casos relacionados ao poliovírus tipo I diminuíram 86% (1666 em 2006 para 321 casos em 2007); os casos devidos ao poliovírus tipo III triplicaram (331 em 2006 para 989 em 2007).

Índia – os casos devidos ao poliovírus I diminuíram 87% (646 em 2006 para 83 em 2007), devido ao uso ampliado da vacina monovalente contendo poliovírus I. Entretanto, um surto de poliovírus tipo III envolvendo Uttar Pradesh e Bihar resultou em aumento do número de casos de 26 em 2006 para 787 em 2007. Em 2008 foram relatados até agora 199 casos devidos ao poliovírus tipo III, primariamente em Bihar.

Nigéria – os casos com o tipo I diminuíram 86% (843 em 2006 para 116 em 2007); os casos com o tipo III diminuíram 39% (227 em 2006 para 169 em 2007). Até 30 de Abril de 2008 ocorreram 113 casos pelo tipo I e 46 pelo tipo III.

Afeganistão e Paquistão – em 2007 ocorreram 20 casos pelo tipo I e 13 casos pelo tipo III no Paquistão e 6 casos pelo tipo I e 11 casos pelo tipo III no Afeganistão.

Outros países – em 2007 houve importação de casos em 6 países: Angola, Chad, República Democrática do Congo, Nepal, Niger e Somália.

Tabela 1. Número de casos de poliomielite por país e por situação epidemiológica dos casos no mundo, 2007 e 2008*

| País | 2007 | 2008 |
|---|------|------|
| Índia (endêmico) | 872 | 222 |
| Nigéria (endêmico) | 285 | 167 |
| Paquistão (endêmico) | 32 | 7 |
| Chad (importação) | 21 | 2 |
| Afeganistão (endêmico) | 17 | 6 |
| Congo (importação) | 41 | 2 |
| Myanmar (importação) | 11 | 0 |
| Niger (importação) | 11 | 6 |
| Angola (importação) | 8 | 5 |
| Somália (importação) | 8 | 0 |
| Nepal (importação) | 5 | 3 |
| Sudão (importação) | 1 | 1 |
| República Central Africana (importação) | 1 | 1 |

*até 14/5/2008

Fonte: *Iniciativa para a Erradicação Global da Poliomielite.*

3. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS PARALISIAS FLÁCIDAS AGUDAS (PFA)

- **Descrição da doença:** a poliomielite é uma doença infecto contagiosa causada por três tipos de poliovírus.

O período de incubação é de sete a 14 dias para as formas paralíticas, com variações de três a 35 dias. O vírus permanece na garganta por uma semana e nas fezes por períodos superiores a duas semanas. A infecção manifesta, ou sob forma inaparente, confere imunidade duradoura (tipo específica).

Aproximadamente 90 a 95% das infecções são subclínicas.

A forma abortiva ocorre em 4 a 8% dos casos e caracteriza-se por febre, cefaléia, dor de garganta, anorexia, vômitos e dor abdominal; é clinicamente indistinguível de outras infecções virais.

A forma meníngea ocorre em 1% a 2% dos casos e apresenta sinais de irritação meníngea juntamente com os mesmos sintomas da forma abortiva.

A forma paralítica ocorre em 0,1% a 1% das infecções por poliovírus. Caracteriza-se por uma paralisia flácida assimétrica, predominando em membros inferiores e em

grandes grupos musculares. Outras formas raras incluem a poliomielite paralisante bulbar e a polioencefalite

- **Notificação do caso:** deve ser notificado, imediatamente, ao serviço de vigilância epidemiológica da região:
 - todo caso de paralisia ou paresia flácida aguda em pessoas menores de 15 anos independente da hipótese diagnóstica;
 - todo caso de paralisia em pessoas de qualquer idade, quando há suspeita diagnóstica de poliomielite.
- **Medidas de controle:** são feitas através da vacinação de rotina; vacinação nos Dias Nacionais de Vacinação; vacinação casa a casa quando necessário, além de intensificação da vigilância epidemiológica de paralisias flácidas agudas / poliomielite.

3.1. INDICADORES DE QUALIDADE

Com a globalização, é fundamental que países livres da poliomielite, além da vacinação, mantenham uma vigilância de qualidade, precisa e atuante através da notificação de todas as PFA em menores de 15 anos independente da hipótese diagnóstica, ou em pessoas de qualquer idade com hipótese diagnóstica de poliomielite.

Um dos indicadores utilizados para avaliar a qualidade da vigilância da doença é a taxa de notificação de PFA maior que 1 caso/100.000 habitantes menores de 15 anos. No ano de 2006, o Estado de São Paulo registrou 1,15 casos/100.000 habitantes menores de 15 anos, no entanto em 2007 reduziu para 0,78 casos/100.000 habitantes, não sendo confirmado nenhum caso de poliomielite.

Os indicadores de qualidade também compreendem as notificações negativas, investigação oportuna e coleta oportuna.. A notificação negativa refere-se ao relato de não atendimento de casos de PFA. A investigação foi oportuna, quando realizada de forma efetiva. A coleta oportuna é a que se faz no prazo estipulado (fase aguda da doença até 14 dias após o início da deficiência motora) e com intervalo de 24 horas entre as amostras. A tabela 1 mostra que, apesar das taxas de notificação, notificações negativas e investigações oportunas atenderem a meta proposta, as coletas oportunas não atingiram a meta (Obs: em 2007 a taxa de notificação de PFA não atendeu a meta).

Tabela 2. Evolução dos indicadores de qualidade das PFA, São Paulo, 2003 a 2007

| INDICADOR | Meta mínima | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|----------------------|-----------------------------|------|-------|------|------|------|
| Taxa de notificação | 1 caso/100.000 hab< 15 anos | 1,18 | 1,31 | 1,11 | 1,15 | 0,78 |
| Investigação 48 hs | 80% casos | 97,5 | 100 | 99 | 100 | 96,5 |
| Coleta adequada | 80% casos | 53,7 | 51,90 | 60 | 65 | 75,6 |
| Notificação negativa | 80% unidades notificantes | 94,9 | 91,1 | 91 | 95 | 94 |

Fonte: Divisão de DTHA/CVE/CCD/SES-SP.

4. CAMPANHA DE VACINAÇÃO

4.1. INTRODUÇÃO

A estratégia é vacinar indiscriminadamente todas as crianças de zero a 4 anos, 11 meses e 29 dias em todas as localidades.

Nos anos anteriores, o Estado de São Paulo tem vacinado nas Campanhas mais de 3,2 milhões de crianças de zero a quatro anos, em cada fase (Tabela 3).

Tabela 3. Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite. Série Histórica de Cobertura Vacinal em Menores de 5 anos, Estado de São Paulo - 1997 a 2007.

| ANO | 1ª FASE | | 2ª FASE | |
|------|--------------------|--------|--------------------|-------|
| | Vacinados < 5 anos | CV % | Vacinados < 5 anos | CV % |
| 1997 | 3.317.290 | 102,76 | 2.988.431 | 99,27 |
| 1998 | 3.335.949 | 97,07 | 3.247.746 | 94,50 |
| 1999 | 3.286.725 | 94,70 | 3.239.745 | 93,35 |
| 2000 | 3.344.352 | 95,01 | 3.464.840 | 98,44 |
| 2001 | 3.294.644 | 94,71 | 3.301.779 | 94,92 |
| 2002 | 3.264.790 | 94,67 | 3.245.364 | 94,11 |
| 2003 | 3.224.211 | 96,37 | 3.240.312 | 96,85 |
| 2004 | 3.071.476 | 91,53 | 3.085.676 | 91,96 |
| 2005 | 3.053.336 | 92,43 | 3.069.818 | 92,92 |
| 2006 | 2.999.901 | 92,16 | 3.051.800 | 93,75 |
| 2007 | 2.993.967 | 95,98 | 2.948.150 | 94,51 |

Fonte: NIVE/Divisão de Imunização/CCD/CVE/SES-SP.

A meta considerada satisfatória, desde 2001, para manter o país livre da doença é atingir 95% das crianças nesta idade em pelo menos 80% dos municípios do Estado (tabela 4)

Tabela 4. Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite, homogeneidade no Estado de São Paulo, 2001 a 2007

| ANO | 1ª FASE (%) | 2ª FASE (%) |
|------|-------------|-------------|
| 2001 | 81,9 | 82,8 |
| 2002 | 82,2 | 86,5 |
| 2003 | 84,8 | 86,2 |
| 2004 | 76,7 | 79,6 |
| 2005 | 80,0 | 81,2 |
| 2006 | 73,95 | 77,98 |
| 2007 | 85,73 | 84,81 |

Fonte: NIVE/Divisão de Imunização/CCD/CVE/SES-SP.

4.2. VACINA UTILIZADA

1 – Composição

A vacina contra a poliomielite oral trivalente é constituída de poliovírus atenuado do tipo I com 1 milhão CCID* 50, tipo II com 100 mil CCID* 50 e tipo III com 600 mil CCID* 50.

(*) dose infectante em cultura de células

Durante a Campólio serão distribuídas vacinas de dois laboratórios:

- Biomanguinhos: cloreto de magnésio, estreptomicina, eritromicina, tween 80, L-Arginina e água destilada.
- GSK: cloreto de magnésio, L-arginina, polissorbato 80, traços de sulfato de neomicina, traços de sulfato de polimixina B e água purificada.

2. Apresentação

É apresentada sob forma líquida, em frascos ou bisnagas.

3. Conservação

Em Campanhas de Vacinação conservar a temperatura de + 2°C a + 8°C (geladeira) e protegida da luz nas unidades de saúde. Ao final do dia os **frascos abertos deverão ser inutilizados** e os fechados, desde que mantidos à temperatura recomendada (controle com termômetro e registro), poderão ser novamente acondicionados no refrigerador da unidade e utilizados o mais rapidamente possível.

Os estoques nas regionais de saúde podem ser armazenados sob temperatura negativa (-20°C) mantendo sempre disponíveis quantidades de vacinas sob temperatura de 2°C a 8°C para abastecimento emergencial dos municípios.

4. Via de Administração

A vacina contra a poliomielite é administrada por via oral. Habitualmente, duas gotas correspondem a uma dose, dependendo do laboratório produtor.

5. Esquema de Administração

Durante a Campanha: vacinar **TODAS** as crianças de zero a 4 anos, 11 meses e 29 dias (incluindo os recém-nascidos) mesmo aquelas que apresentarem o esquema básico de vacinação completo (vacinação indiscriminada). A dose de vacina será útil para cobrir eventuais falhas na resposta imune de doses anteriores.

6. Contra-indicações

- imunodeficiência congênita ou adquirida;
- neoplasia maligna;
- tratamento com corticosteróides em doses elevadas (equivalente a prednisona na dose de 2mg/kg/dia ou mais);
- reação anafilática em dose anterior.

7. Vacinação simultânea e intervalo entre as vacinas

Na Campólio, as demais vacinas do calendário poderão ser aplicadas simultaneamente, para as crianças com atraso no esquema vacinal.

Em relação à **vacina contra Rotavírus**:

- antes da Campólio, **não haverá** necessidade de suspensão da vacina contra Rotavírus.
- no dia da Campólio, **não haverá** necessidade de avaliar data de aplicação da vacina contra poliomielite. A Campanha é indiscriminada e todas as crianças, exceto aquelas com alguma contra-indicação, deverão ser vacinadas.
- no dia da Campólio, a vacina contra Rotavírus poderá ser aplicada nas unidades que tiverem pessoal suficiente e específico para a sua aplicação.
- após a Campólio, também **não haverá** necessidade de aguardar o intervalo de 15 dias para aplicação da vacina contra Rotavírus.

8. Eventos Adversos

A vacina oral contra a poliomielite é extremamente segura e as reações associadas são muito raras. Quadro de reações alérgicas não graves pode ocorrer em pequena fração dos vacinados (14 notificações de reações alérgicas de 2000 a 2002 - dados do Sistema Nacionais de Informação de Eventos Adversos Pós Vacinação - SI-EAPV).

Considerando que, em média, são administrados 50 milhões de doses da vacina/ano, entre campanha e rotina, temos a taxa de um evento para cada 2,9 milhões de doses aplicadas.

A grande preocupação é o quadro de paralisia pós-vacinal associada ao vírus vacinal atenuado, caracterizada por doença febril aguda com déficit motor flácido, de intensidade variável, geralmente assimétrico, que surge entre 4 e 40 dias depois da vacinação no caso do próprio vacinado e entre 4 e 85 dias no comunicante. Todos os casos devem ser notificados e investigados criteriosamente para elucidação diagnóstica.

A ocorrência da paralisia associada à vacina é rara, cerca de 1 caso/2,4 milhões de doses distribuídas nos EUA. A taxa é maior após a primeira dose (cerca de 1 caso/760 mil doses, incluindo receptores e comunicantes). Para os receptores de primeira dose, o risco é de 1 caso/1,5 milhões. Para os comunicantes de receptores de primeira dose, o risco é de 1 caso/2,2 milhões de doses. Para as doses subseqüentes, o risco é substancialmente menor para receptores e comunicantes. Para imunodeficientes, o risco é 3,2 mil a 6,8 mil vezes maior.

Na ocorrência de eventos adversos associados à vacinação notificar a Vigilância Epidemiológica do Município/ Regional ou ao **DISQUE CVE 0800-555466**.

9. Recomendações

- a vacinação poderá ser antecipada nas zonas rurais e outros locais de difícil acesso e também em creches e escolas.
- nos postos de grande demanda, para evitar um contato prolongado com o calor da mão, utilizar dois frascos ou bisnagas de vacina, alternando a cada cinco crianças vacinadas.

Bibliografia Consultada

1. CVE/SES–SP.Poliomielite–Informe Técnico.
2. FNS. Guia de Vigilância Epidemiológica. 5 ed.Brasília: FUNASA, 2005
3. CDC. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. The Pink Book. 9th Edition January 2006. Poliomyelitis: 98-99.
4. CDC. Progress toward interruption of wild poliovirus transmission worldwide, January 2006-May 2007. MMWR 2007;56:682-5.
5. CDC. Progress toward poliomyelitis eradication-India, January 2006-September 2007.MMWR 2007; 56:1187-91.
6. CDC. Progress toward poliomyelitis eradication-Pakistan and Afghanistan, 2007, MMWR 2008; 56:315-19.
7. WHO. Conclusions and recommendations of the Advisory Committee on Poliomyelitis Eradication, Geneva, 27-28 November 2007. WER 18 January 2008, 83rd YEAR. Nº 3, 2008, 83, 25-36.
8. CDC. Progress toward interruption of wild poliovirus transmission worldwide, January 2007- April 2008. MMWR 2008/57 (18); 489-494.
9. MS. Funasa. Cenepi. CGPNI.Manual de Vigilância dos Eventos Adversos Pós-Vacinação. Brasília. 2007.