



INFORME TÉCNICO

CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO PARA O IDOSO 2009 DEIXE A GRIPE NA SAUDE. VACINE-SE

*Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES-SP
Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória/CVE/CCD/SES-SP
Divisão de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores/CVE/CCD/SES-SP
Instituto Adolfo Lutz/CCD/SES-SP*

1. Introdução

Neste ano, a 11ª Campanha Nacional de Vacinação do Idoso acontecerá no período de **25 de abril a 8 de maio**, tendo **25 de abril** como o dia de mobilização nacional.

Em 2008, a cobertura vacinal atingida ao final da campanha no Estado de São Paulo foi de 81,93% e a homogeneidade, 77,83%.

A campanha de vacinação contra a influenza tem como principal objetivo reduzir, na população de 60 anos e mais, a morbimortalidade e as internações causadas pela influenza.

A meta é vacinar pelo menos 80% das pessoas com 60 anos e mais, homogeneamente em todos os municípios, o que representa no Estado de São Paulo cerca de 3.600.000 pessoas.

Também serão oferecidas:

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

As informações técnicas sobre a campanha estão disponíveis no site de Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" (www.cve.saude.sp.gov.br), e é fundamental que este documento seja disponibilizado para todos os postos de vacinação e amplamente divulgado junto à comunidade científica.

2. Vacina contra influenza

Para 2009 a vacina a ser utilizada tem a seguinte composição:

- A/Brisbane/59/2007 (H1N1)-like vírus*;
- A/Brisbane/10/2007 (H3N2)-like vírus**;
- B/Florida/4/2006-like vírus***.

Like-virus: *A/South Dakota/6/2007; **A/Uruguay/716/2007;
***B/Brisbane/3/2007

2.1. Indicação da vacina contra influenza

Na campanha nacional, a vacina contra influenza estará disponível para as populações de 60 anos e mais e indígena. A vacinação de outros grupos deverá ser desencadeada somente quando a avaliação demonstrar que a cobertura da população de 60 anos e mais for alcançada.

Outros grupos a serem vacinados:

- pessoas com doenças crônicas: cardiovasculares, pulmonares, renais, metabólicas (*diabetes mellitus*) e hepáticas;
- imunodeprimidos: transplantados, com neoplasias, infectados pelo HIV;

- profissionais de saúde; e
- pessoas que convivem intimamente (no mesmo domicílio ou cuidadores informais) com pacientes nas situações anteriores, no sentido de reduzir a transmissão da doença aos mesmos.

Em crianças o esquema vacinal é 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.

2.2. Precauções e contraindicações

A vacina contra a influenza **não** deve ser administrada em:

- personas com história de reação anafilática prévia, relacionada a ovo de galinha e seus derivados, assim como a qualquer componente da vacina; e
- personas que apresentaram reações anafiláticas graves a doses anteriores.

Precauções

- Em doenças agudas febris moderadas ou graves recomenda-se adiar a vacinação até a resolução do quadro, com o intuito de não se atribuir à vacina as manifestações.
- Realizar avaliação criteriosa de risco-benefício da vacina para pessoas com história pregressa de síndrome de Guillain-Barré (SGB).

2.3. 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.

2.4. Eventos adversos

A vacina contra a influenza é segura. Constituída por vírus inativados, não causa a doenças, mas, como nas demais vacinas, alguns eventos adversos podem surgir.

- Manifestações locais como dor, edema, eritema ou 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 Barre (SGB), 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 vacinação de indivíduos com antecedentes de SGB deve ser discutida em relação ao risco-benefício com o médico assistente.

2.5. Esquema de vacinação e via de administração

Os indivíduos de 60 anos e mais recebem uma dose anual da vacina contra a influenza.

A dose tipo adulto da vacina corresponde a 0,5 ml.

A vacina contra influenza é administrada por via intramuscular.

2.6. Validade e conservação

Todas as doses do frasco devem ser utilizadas até sete dias da abertura do frasco, desde que garantidas as condições de assepsia e conservação.

A vacina deve ser conservada entre 2°C e 8°C e **não** deve ser congelada.

3. Outras vacinas

Na ocasião da campanha nacional de vacinação contra influenza também estarão disponíveis vacinas contra difteria e tétano e contra o pneumococo.

3.1. Vacina contra difteria e tétano

3.1.1. 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 essas vacinas.

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

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

3.1.2. 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 dez anos.

3.1.3. Esquema de administração e via de aplicação

O esquema completo consiste de três 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. 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.

3.1.4. Contraindicações e precauções

- Nas situações muito raras de anafilaxia em doses anteriores.

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

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

As mesmas da vacina contra influenza (item 2.3.). Na vigência de tratamento com imunodepressores ou com corticóides em dose alta, pela possível inadequação da resposta, deve-se agendar a aplicação da vacina para três meses após a suspensão da utilização do medicamento.

3.1.6. Eventos adversos

- Manifestações como discreta dor local, eritema e edema são frequentes. Reações locais mais significativas, tais como edema acentuado, são encontradas 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 menos de 1% dos vacinados, raramente observando-se temperaturas elevadas. Cefaléia, mal-estar e mialgia ocorrem com menor frequência.
- Anafilaxia e manifestações neurológicas são extremamente raras.

3.2. Vacina contra pneumococo

3.2.1. Composição, apresentação, dose e conservação

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

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

Deve ser conservada sob temperaturas entre 2°C a 8°C e não pode ser congelada.

3.2.2. 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.

3.2.3. Esquema de administração e via de aplicação

Durante a campanha, a vacina será administrada nas pessoas ainda não vacinadas com idade igual ou superior a 60 anos, pertencentes aos seguintes grupos:

- hospitalizados e residentes em instituições (asilos, casas de repouso);
- com doenças crônicas: cardiovasculares, pulmonares, renais, metabólicas (*diabetes mellitus*), hepáticas e hemoglobinopatias; e
- imunodeprimidos: transplantados, com neoplasias, infectados pelo HIV.

Não há dados suficientes para indicar a revacinação sistemática, embora alguns autores recomendem uma única revacinação após cinco 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 ou mais de idade.

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

3.4.4. Contraindicações e precauções

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

3.4.5. Situações em que se recomenda o adiamento da vacinação

As mesmas da vacina contra influenza (item 2.3.).

3.4.6. Eventos adversos

- Manifestações locais 1 a 2 dias após a aplicação.
- Manifestações sistêmicas como febre (geralmente baixa), astenia, cefaléia e 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.

4. Influenza: informações básicas

A influenza (gripe) é uma doença infecciosa do sistema respiratório, de natureza viral e altamente contagiosa, podendo apresentar desde uma forma leve e de curta duração até formas clinicamente graves e complicadas. A influenza rapidamente se dissemina, sendo responsável por elevada morbimortalidade em grupos de maior vulnerabilidade.

O *Myxovírus influenza*, também chamado vírus influenza, é o agente etiológico da gripe. São partículas que possuem um invólucro lipoprotéico com três tipos antigênicos conhecidos – A, B e C –, contendo em seu interior uma molécula de RNA (ácido ribonucléico) segmentada em oito fragmentos.

Por ordem de importância epidemiológica o tipo A ocupa o primeiro lugar, pela sua capacidade de causar pandemias. Está presente em diversas espécies animais (aves, suínos, cavalos, focas e baleias), além do ser humano. Em seguida, vem o tipo B, responsável por epidemias regionais, sendo exclusivamente humano. O

tipo C apresenta circulação endêmica pouco aparente, associado a casos isolados ou pequenos surtos.

Os vírus influenza tipo A são subclassificados por duas proteínas de superfície, a hemaglutinina (H) e neuraminidase (N), que podem sofrer mutações periódicas e imprevisíveis, resultando em epidemias entre populações com pouca ou nenhuma resistência ao vírus modificado. Essa sua característica o coloca em posição de destaque entre as doenças emergentes.

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. Esses casos também são frequentes 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.

4.1. Vigilância epidemiológica

Na influenza epidêmica anual cerca de 5%-15% da população mundial é afetada com infecções do trato respiratório superior. Essas epidemias anuais resultam em 3 a 5 milhões de casos com doença grave e 250.000 a 500.000 óbitos, cuja maior carga de hospitalizações e óbitos ocorre nas populações de risco.

Nesse contexto, emerge a importância do monitoramento epidemiológico mundial da gripe, que foi estabelecido em 1952 e, atualmente, mobiliza uma rede de 121 laboratórios em 92 países, coordenados por quatro centros de referência vinculados à Organização Mundial de Saúde (OMS). As constantes alterações genéticas do vírus da influenza permitem ajustes anuais quanto à formulação da vacina trivalente, no sentido de incluir as cepas circulantes mais prevalentes.

No Brasil, o Sistema de Vigilância Epidemiológica da Influenza, implantado desde 2000, tem como objetivos: monitoramento das cepas virais que circulam nas regiões brasileiras, resposta a situações inusitadas (surtos e epidemias), avaliação do impacto da vacinação, acompanhamento da tendência de morbidade e de mortalidade associadas à enfermidade, e a produção e divulgação de informações epidemiológicas. Utiliza-se a estratégia de vigilância sentinela, baseada numa rede de unidades de saúde e de laboratórios de diagnóstico. Cabe à unidade sentinela a coleta e o envio de espécimes clínicos (obtidos de uma amostra biológica do paciente que procura atendimento médico) ao laboratório de referência, para processamento e análise. É papel da unidade, ainda, informar semanalmente a proporção de casos de síndrome gripal atendidos, em relação ao total de atendimentos clínicos ocorridos na unidade, distribuídos por faixa etária.

Atualmente, o Sistema Nacional de Vigilância da Influenza conta com uma rede de aproximadamente 60 unidades sentinela, sendo sete no Estado de São Paulo.

De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), no Brasil, em 2008, circularam as seguintes estirpes virais da influenza: *A/Brisbane/59/2007-Like H1N1*; *A/Brisbane/10/2007-Like H3N2*; *B/Florida/04/2006*; *B/Ohio/01/2005*; *B/Malaysia/2506/2004*.

Dentre os vírus respiratórios identificados, observou-se o predomínio do vírus influenza A (H1/H3-15%) em comparação com o da influenza B (10%), nas amostras processadas e originárias das unidades sentinela de vigilância da influenza no País.

No Estado de São Paulo, as estirpes virais identificadas em 2008 foram: *A/Brisbane/59/2007-Like H1N1*; *B/Florida/04/2006*; *B/Ohio/01/2005*; *B/Malaysia/2506/2004*.

Em 2008, houve predomínio do vírus influenza A (H1) em relação ao vírus influenza B, entre as amostras biológicas procedentes das unidades sentinela no Estado.

5. Influenza aviária em seres humanos

Permanece a preocupação global com a possibilidade de surgimento de um novo subtipo pandêmico do vírus influenza. Desde dezembro de 2003, em consequência da expansão geográfica de epizootias de influenza aviária de alta patogenicidade A/H5N1 em várias partes do mundo, vem sendo registrados casos humanos de infecção por esta cepa. No período de 2003 até março de 2009, de acordo com a OMS, foram registrados 412 casos e 256 óbitos em 15 países, em sua grande maioria no continente asiático, atingindo uma letalidade de 62%.

Refêrencias bibliográficas

1. American Academy of Pediatrics. 2006 Red Book: Report of Committee on Infectious Disease. 27 ed. Elk Grove Village, IL, American Academy of Pediatrics, 2006.
2. Brandileone MCC, Andrade ALSS, Di Fabio JL *et al.* Appropriateness of a pneumococcal conjugate vaccine in Brazil: potencial impact of age and clinical diagnosis, with emphasis on meningitis. *J Infect Dis.* 2003; 187: 1206-12.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Campanha nacional de vacinação do idoso. Informe Técnico 2009.
4. CDC. Prevention and Control of Influenza Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR.* 2007;56(RR-6);1-42.
5. Daufenbach LZ, *et al.* Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006. *Epidemiol Serv Saúde*, Brasília, 18(1):29-44, jan-mar 2009.
6. Moura M, Silva LJ. Pesquisas de opinião sobre as campanhas de vacinação contra a influenza no Estado de São Paulo. *Boletim Epidemiológico Paulista/SES-SP*, 2004; 4: 8-10.
7. Neuzil KM, *et al.* The effect of influenza on hospitalizations, outpatient visit, and courses of antibiotics in children. *New England of Medicine*, Boston, v. 342, p. 225-231, 2000.
8. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof Alexandre Vranjac". Comissão Permanente de Assessoramento em imunizações. Norma do Programa de Imunização. São Paulo, SES, 2008.
9. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Informe Técnico Influenza Humana & Influenza Aviária & Pandemia de influenza. São Paulo, SES, 2006.

VACINA CONTRA INFLUENZA

