

Julho, 2006 Ano 3 Número 31

■ **Campanha Nacional de Vacinação Contra Poliomielite**
“O seu filho quer duas gotinhas da sua atenção”
National Vaccination Campaign Against Poliomyelitis
“Your child wants two drops of your attention”

Divisão de Imunização – DI

Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar – DDTHA

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” – CVE

Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP

Introdução

No dia 26 de agosto ocorrerá mais uma etapa da Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite. Na ocasião, planeja-se vacinar, no Estado de São Paulo, cerca de 3,5 milhões de crianças menores de 5 anos de idade com uma dose da vacina oral contra poliomielite. As campanhas nacionais de vacinação contra a poliomielite completam 27 anos de sucesso no controle epidemiológico da poliomielite em território brasileiro. O Brasil está livre do poliovírus desde 1989 e assim deve manter-se 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.

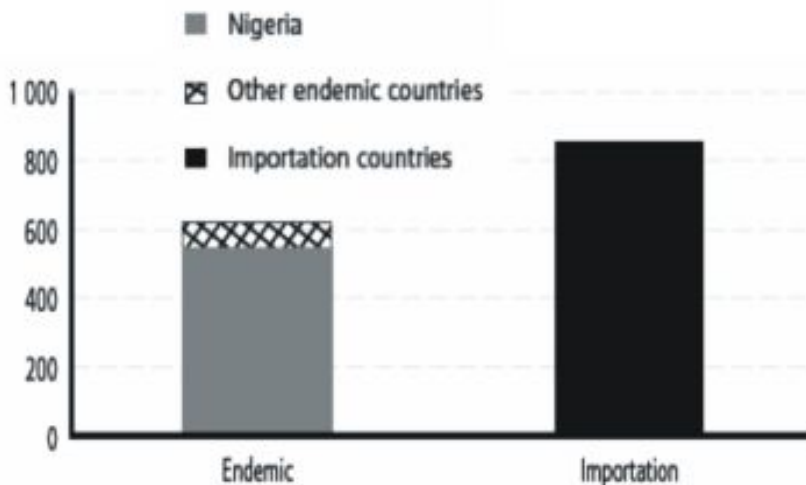
No ano de 2004, em Genebra, foi avaliado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um documento intitulado “Plano Estratégico de Iniciativa Global para a Erradicação da Poliomielite 2004-2008”. Em concordância com o plano, o Brasil vem realizando ao longo dos anos a monitorização para garantir ausência do poliovírus selvagem, vigilância das PFAs, por meio da detecção, investigação e notificação de casos em menores de 15 anos, a vacinação de rotina, suplementação da vacinação de rotina em menores de 5 anos nos Dias Nacionais de Vacinação contra Poliomielite e manutenção das altas taxas de coberturas vacinais.

Situação epidemiológica

No Brasil a poliomielite está erradicada e o registro dos últimos casos confirmados em 1989, nos Estados do Rio Grande do Norte e Paraíba; no Estado de São Paulo, o último caso foi registrado em 1988, no município de Teodoro Sampaio. O Peru, em 1991, foi a última nação das Américas a registrar casos da doença. Em 1994, a região 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, em 1988, para quatro, em março de 2006 (Afeganistão, Índia, Nigéria e Paquistão). Egito e Níger, antes países endêmicos, não apresentam circulação de poliovírus selvagem há mais de um ano. O número de casos de poliomielite no mundo aumentou de 1.255 (2004) para 1.938 (2005). Houve uma redução de 50% na transmissão do poliovírus selvagem nos países endêmicos, exceto Nigéria, responsável por 40% do total, com aumento do número de casos de 782 (2004) para 799 (2005).

É fato preocupante que, em 2005, o número de casos de poliomielite nos países reinfectedos tenha sido maior que o dos países endêmicos (852 casos comparados a 617 casos, até 1/11/2005) (Figura 1).



Fonte: Polionews. Issue 25.

Figura 1. Caso de poliomielite endêmicos e importados no mundo em 2005

Em 2006 houve importação de casos de poliomielite em nove países: Bangladesh, Etiópia, Iêmen, Indonésia, Níger, Somália, Namíbia, Nepal e Republica Democrática do Congo, sendo relatados 741 casos em 13 países, incluindo os endêmicos (Tabela 1).

Tabela 1. Total de casos de poliomielite no mundo 2006 (até 18/7/2006).

País	Número de casos
Nigéria (endêmico)	539
Índia (endêmico)	100
Somália (importação)	26
Afeganistão (endêmico)	19
Namíbia (importação)	17
Paquistão (endêmico)	11
Bangladesh (importação)	9
Níger (importação)	6
Etiópia (importação)	6
Republica Democrática do Congo (importação)	4
Indonésia (importação)	2
Iêmen (importação)	1
Nepal (importação)	1

Fonte: Global Polio Eradication.

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 7 a 14 dias para as formas parálíticas, com variações de 3 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 entre 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 parálítica 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. A maioria dos casos se recupera, sem seqüelas; pacientes com persistência da paralisia após um ano do início da doença, geralmente, ficam com seqüelas. Outras formas raras incluem a poliomielite parálítica bulbar e a polioencefalite.

Notificação do caso

Deve ser notificado, imediatamente, ao serviço de vigilância epidemiológica da região:

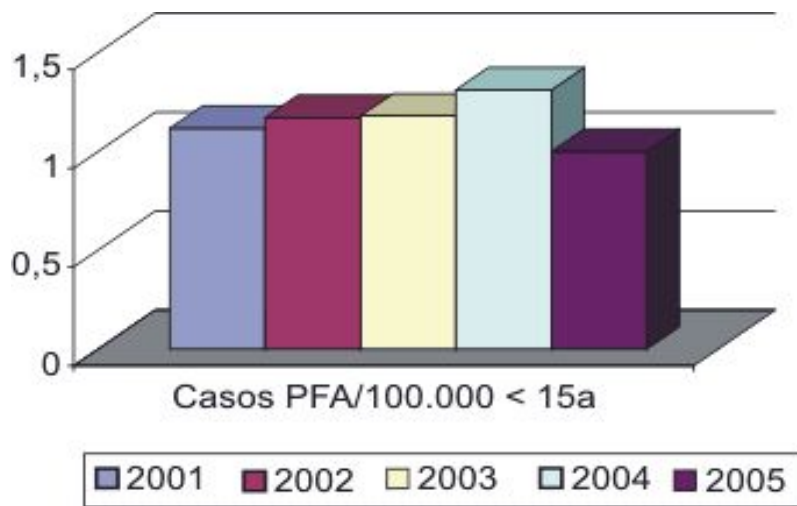
- todo caso de paralisia ou paresia flácida aguda em pessoas menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica e
- todo caso de paralisia em pessoas de qualquer idade, quando há suspeita diagnóstica de poliomielite.

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.

Indicadores de qualidade

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

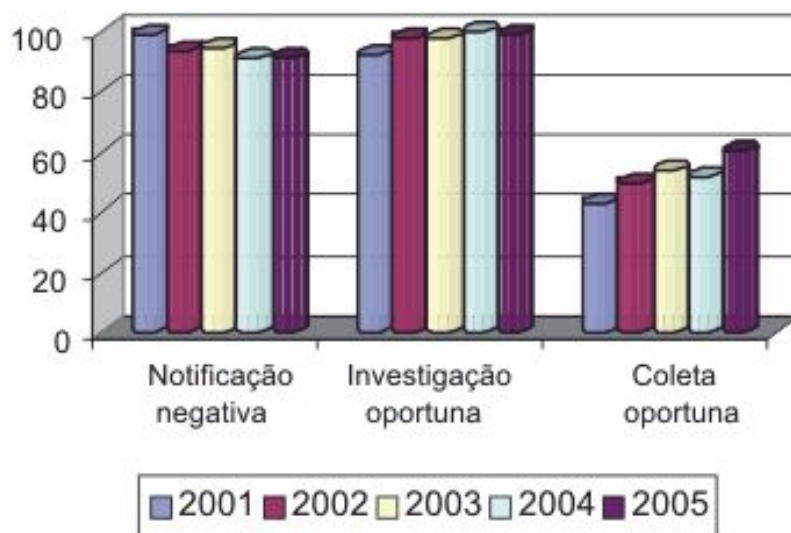
Um dos indicadores utilizados para avaliar a qualidade da vigilância da doença é a taxa de notificação de PFA maior que 1 caso/100.000 habitantes menores de 15 anos. Em 2005, o Brasil e o Estado de São Paulo registraram 1,1 e 1,00 casos/100.000 habitantes menores de 15 anos, respectivamente. Em São Paulo, o total de casos foi 109 e no Brasil, 609, não sendo confirmado nenhum caso de poliomielite.



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

Gráfico 1. Taxa de notificação de casos de paralisia flácida aguda (PFA), São Paulo, 2001 a 2005.

Os indicadores de qualidade também compreendem as notificações negativas, investigação e coleta oportunas. 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. O Gráfico 2 mostra que, apesar das notificações negativas e investigações oportunas estarem atendendo a meta proposta de 80%, as coletas oportunas não atingiram a meta.



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

Gráfico 2. Indicadores da vigilância epidemiológica da poliomielite/PFA, São Paulo, 2001 a 2005.

Campanha de Vacinação

Introdução

A estratégia é vacinar indiscriminadamente todas as crianças de 0 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 0 a 4 anos, em cada fase (Tabela 2).

Tabela 2. Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite. Série histórica de cobertura vacinal em menores de 5 anos. Estado de São Paulo, 1995 a 2005.

Ano	1ª Fase		2ª Fase	
	Nº de crianças vacinadas <5 anos	CV %	Nº crianças vacinadas <5 anos	CV %
1995	3.311.201	99,47	3.333.171	103,25
1996	3.177.363	98,42	3.258.673	100,94
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

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

Vacina utilizada

■ Composição

A vacina contra a poliomielite oral trivalente é constituída de poliovírus atenuado do tipo I com 1.000.000 DICT 50, tipo II com 100.000 DICT 50 e tipo III com 600.000 DICT 50.

Durante a Campólio serão distribuídas vacinas de três laboratórios:

- a) Biomanguinhos: cloreto de magnésio, estreptomicina, eritromicina, tween 80, L-Arginina e água destilada.
- b) Chiron: cloreto de magnésio, arginina, lactoalbumina, fenol vermelho, cloreto de sódio, cloreto de potássio, cloreto de cálcio, glicose, fosfato de sódio, sulfato de magnésio, fosfato de potássio.
- c) Sanofi- Pasteur: neomicina, polimixina, fenol vermelho, sacarose e fosfato.

■ Apresentação

É apresentada sob forma líquida, em frascos ou bisnagas.

■ Conservação

Em Campanhas de Vacinação conservar a temperatura de +2º C a +8º C 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.

■ **Via de administração**

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

■ **Esquema de administração**

Durante a campanha: vacinar TODAS as crianças de 0 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.

■ **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) e
- reação anafilática em dose anterior.

Vacinação simultânea e intervalo entre as vacinas

Na Campólio, as demais vacinas do calendário – BCG-ID, hepatite B, tetravalente, DPT, febre amarela e tríplice viral – poderão ser aplicadas simultaneamente nas 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.

Eventos Adversos

A vacina oral contra a poliomielite é extremamente segura e as reações associadas são muito raras. Quadro

de reações alérgicas não-graves podem ocorrer em pequena fração dos vacinados (14 notificações de reações alérgicas de 2000 a 2002; dados do Sistema Nacional de Informação de Eventos Adversos Pós-vacinação – SI-EAPV). Considerando que, em média, são administradas 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 Estados Unidos. A taxa é maior nos casos que ocorrem após a primeira dose (cerca de 1 caso/760 mil doses, incluindo receptores e comunicantes). No Brasil, a incidência da poliomielite associada à vacina é de 1 caso/4,4 a 6,7 milhões de doses administradas entre todos os vacinados. Para comunicantes de vacinados 1 caso/6,7 a 15,5 milhões de doses administradas. Para os receptores de primeira dose, 1 caso/761,1 mil primeiras doses. Para os comunicantes de receptores de primeiras doses, 1 caso / 1 milhão de primeiras doses.

Na ocorrência de eventos adversos associados à vacinação, notificar a Vigilância Epidemiológica do município/Regional ou ao Disque CVE: 0800-555466.

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.

Referências bibliográficas

1. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” (CVE/SES-SP). Poliomielite – Informe técnico.
2. Fundação Nacional da Saúde (Funasa). Guia de Vigilância Epidemiológica. Quinta Edição. Brasília 2002.
3. World Health Organization (WHO). Polio News – Monthly Situation Reports. Disponível em: www.polioeradication.org [2006 abr].
4. World Health Organization (WHO). Polio News – Monthly Situation Reports. Disponível em: [2006 Jul].
5. World Health Organization (WHO). Global Situation. Global case count. Disponível em: www.polioeradication.org.
6. World Health Organization (WHO). Polio News – Issue 25 – Autumn 2005. Disponível em: www.polioeradication.org.
7. World Health Organization (WHO). Polio News – Issue 26 – Spring 2006. Disponível em: www.polioeradication.org.

polioeradication.org.

8. World Health Organization (WHO). WER. Advisory committee on polio eradication – standing recommendations for responding to circulating polioviruses in polio-free areas: nº. 38, 23/09/2005: 330-331.
9. World Health Organization (WHO). WER. Conclusions and recommendations of the Advisory Committee on Polyomyelitis Eradication, Geneva: 11-12 October 2005; nº. 47, 25/11/2005,80:410-416.
10. World Health Organization (WHO). WER. Resurgence of wild poliovirus type 1 transmission and effect of importation into polio-free countries, 2002-2005: nº. 7, 17/02/2006:63-68.
11. World Health Organization (WHO). WER. Progress towards interruption of wild poliovirus transmission in 2005; nº 17,2006, 165-172.
12. Centers for Disease Control and Prevention Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. The Pink Book. 9th Edition January 2006. Poliomyelitis: 98-99.

Correspondência/Correspondence to:

Benedito Arantes

Divisão de Imunização

Av. Dr. Arnaldo, 351, 1º andar, sala 115 – Cerqueira César - São Paulo/SP

CEP: 01246-901

e-mail: dvimuni@saude.sp.gov.br



Bepa
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 1º andar, s. 135
São Paulo - SP - tels.: (11) 3066-8823 / 3066-8825
e-mail: bepa@saude.sp.gov.br

Fale conosco

