



**CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO  
CONTRA POLIOMIELITE E SARAMPO - 2018**

O Estado de São Paulo juntamente com os Municípios realizará no período de **4 a 31 de agosto de 2018**, a Campanha de Vacinação contra a Poliomielite e contra o Sarampo, tendo como dia de divulgação e mobilização nos dias **4 e 18 de agosto**. Nos demais estados federados, o Ministério da Saúde realizará a Campanha Nacional de Vacinação no período de 06 a 31 de agosto de 2018 e o dia da mobilização no dia 18 de agosto de 2018. Estas estratégias têm como objetivo manter elevada cobertura vacinal contra a poliomielite nos municípios, visando evitar a reintrodução do vírus selvagem da poliomielite, bem como vacinar os menores de cinco anos de idade contra o sarampo e a rubéola, para manter o estado de eliminação dessas doenças no país.

As campanhas contra poliomielite foram iniciadas em 1980, estando o país livre da doença desde 1990. Com relação às campanhas contra o sarampo, estas são realizadas desde 1995, com a vacinação de população alvo específico que, na grande maioria das vezes, abrange as crianças de um a quatro anos de idade.

A população alvo desta ação é composta de **crianças de um ano até quatro anos 11 meses e 29 dias, correspondendo a 2.202.964 crianças no Estado de São Paulo**. A meta mínima a ser alcançada corresponde a 95% de cobertura vacinal contra poliomielite e sarampo.

### **1. Campanha Nacional de Vacinação Contra a Poliomielite e Contra o Sarampo**

A poliomielite e o sarampo são doenças de notificação compulsória e o país tem compromissos internacionais para erradicar e eliminar, respectivamente, estas doenças.

No que se refere à poliomielite, esta é uma doença infectocontagiosa viral aguda, caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito. Acomete em geral os

membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada, e a arreflexia no segmento atingido.

A transmissão ocorre por contato direto pessoa a pessoa, pela via fecal-oral (mais frequentemente), por objetos, alimentos e água contaminados com fezes de doentes ou portadores, ou pela via oral-oral, através de gotículas de secreções da orofaringe (ao falar, tossir ou espirrar). A falta de saneamento, as más condições habitacionais e a higiene pessoal precária constituem fatores que favorecem a transmissão do poliovírus.

O último caso de poliomielite no Brasil ocorreu em 1989 e desde 1990, não são registrados casos da doença, que é grave e foi responsável por danos irreversíveis para milhares de crianças no mundo. As ações de prevenção e controle, em especial a vacinação, contribuíram para que, em 1994, o país recebesse da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a Certificação de área livre de circulação do poliovírus selvagem do seu território, juntamente com os demais países das Américas.

Apesar dos progressos alcançados desde o início do programa global de erradicação da poliomielite, a doença permanece endêmica em três países (Afeganistão, Nigéria e Paquistão). Além disso, outros são considerados de risco para o agravamento, especialmente naqueles com baixa cobertura vacinal, bolsões de não vacinados e que mantêm viagens internacionais ou relações comerciais com estes países.

### **1.1. Situação Epidemiológica da Poliomielite nas Américas, no Brasil e em São Paulo**

Até a primeira metade da década de 80, a poliomielite foi de alta incidência no Brasil, contribuindo, de forma significativa, para a elevada prevalência anual de sequelas físicas, observada naquele período. No Brasil, no ano de 1980, foi adotada como medida de controle da poliomielite, a ampliação das coberturas vacinais por meio de campanhas de vacinação em massa, em todo o território nacional, utilizando-se a vacina oral Sabin, em duas etapas anuais, de um só dia cada, na faixa etária de 0-5 anos. A diminuição de casos foi assim observada: para o Brasil de 1280 casos em 1980, para 122 em 1981; no Estado de São Paulo, de 101 casos em 1980, para 7 em 1981.

No Brasil, o registro do último caso confirmado foi em 1989 em Souza, na Paraíba. No Estado de São Paulo, o último caso registrado foi em 1988, no município de Teodoro Sampaio. O Peru, em 1991, foi a última nação americana que registrou casos da doença. Em 1994, a OPAS/OMS certificou a erradicação da transmissão autóctone do poliovírus selvagem nas Américas, após 3 anos sem circulação desse vírus no Continente. Desde então, todos os países da região assumiram o compromisso de manter altas e homogêneas as coberturas vacinais, bem como uma vigilância epidemiológica ativa e sensível para identificar, imediatamente, a reintrodução do poliovírus selvagem em cada território nacional e adotar medidas de controle capazes de impedir a sua disseminação.

As ações de vacinação são fundamentais tanto nas ações de rotina como nas campanhas nacionais. O esquema vacinal do Calendário Nacional de Vacinação é composto por três doses da vacina inativada poliomielite (VIP), administradas aos dois, quatro e seis meses, sendo necessários dois reforços com a vacina oral poliomielite (VOP) aos 15 meses e aos 4 anos de idade. A meta de cobertura vacinal maior ou igual a 95% deverá ser alcançada em todos os municípios brasileiros, tanto na rotina quanto nas Campanhas.

## **1.2. Situação epidemiológica do sarampo no Brasil**

Em 1992, o Brasil adotou a meta de eliminação do sarampo para o ano 2000, com a implantação do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, cujo marco inicial foi a realização da primeira campanha nacional de vacinação contra a doença, que levou a uma redução de mais de 80% nas notificações de sarampo. No entanto, em 1997 uma importante epidemia se estendeu por diferentes estados brasileiros, com mais de 53 mil casos confirmados, sendo a maioria deles no Estado de São Paulo (ESP). As faixas etárias mais acometidas foram os indivíduos menores de um ano de idade e adultos jovens entre 20 e 29 anos.

Nos últimos anos, foram vivenciados surtos de sarampo no país, sendo registrados em 2015, 211 casos da doença no Estado do Ceará, 02 São Paulo e 01 em Roraima, relacionado ao surto do Ceará. Como resultado das ações de vigilância, laboratório e imunizações, em 2016, o Brasil recebeu o certificado de eliminação da circulação do vírus do sarampo pela OMS, declarando a região das Américas livre do sarampo. No período de 2016 a 2017, não foi

registrado nenhum caso da doença no país. Atualmente, o Brasil enfrenta surtos de sarampo em dois estados (Roraima e Amazonas) com registro de 314 casos confirmados até semana epidemiológica (SE) 23.

Internacionalmente, desde julho de 2017, a Venezuela vem enfrentando surto de sarampo, sendo a maioria dos casos registrados em Bolívar. A atual situação sociopolítica e econômica enfrentada pelo país ocasiona um intenso movimento migratório que contribuiu para a propagação do vírus para outras áreas geográficas, incluindo o Brasil.

O estado de Roraima, devido à proximidade territorial com a Venezuela, vem recebendo imigrantes venezuelanos, alojados em abrigos, residências alugadas e praças públicas. No período de fevereiro a maio de 2018, foram notificados 397 casos suspeitos de sarampo dos quais 50 foram descartados, 172 foram confirmados e 175 estão em investigação. A faixa etária mais acometida pela doença, em sua grande maioria, é representada pelas crianças de um a quatro anos de idade, correspondendo um total de 40 casos.

No Estado de Roraima, desde a notificação dos casos suspeitos de sarampo, ações de vacinação vêm sendo implementadas contra a doença e, no período de março a abril de 2018, todos os municípios realizaram campanha de vacinação seletiva para indivíduos na faixa etária de seis meses até 49 anos. Nesta ação, o público alvo era de cerca de 409 mil pessoas, das quais 189.154 tiveram a situação vacinal avaliada e 112.971 receberam a vacina tríplice viral.

No Amazonas, os últimos casos confirmados da doença foram registrados no ano de 2000. Contudo, no período de fevereiro a maio de 2018, foram notificados 905 casos, e destes 142 foram confirmados, 85 descartados e 678 permanecem em investigação. Todos os casos confirmados são brasileiros e o genótipo identificado foi o D8, idêntico ao genótipo que está em circulação em Roraima e Venezuela. Em relação à faixa etária, o maior número de casos está concentrado em crianças de seis meses a quatro anos de idade, representando 76 casos.

Em Manaus-AM, a campanha contra o sarampo foi antecipada, ocorrendo no período de 14 a 27 de abril, na qual foram vacinadas 145.715 crianças, alcançando uma cobertura de 76,06% do público alvo (dados retirados do informativo epidemiológico 013/2018 – SEMSA/AM).

O Estado de São Paulo, no período de 2001 a 2017, registrou 46 casos de sarampo, isolados ou como parte de surtos limitados, classificados como importados ou relacionados a importação. Todos estes casos evoluíram para cura, sem sequelas e não houve registro de óbito. Em 2018, até o presente momento, um caso de sarampo foi confirmado no ESP, importado da Ásia Ocidental, de maneira isolada, com exantema em abril e sem casos secundários.

## **2. Objetivo**

Vacinar indiscriminadamente contra poliomielite e sarampo as crianças de um a quatro anos de idade, contribuindo para a redução do risco de reintrodução do poliovírus selvagem, sarampo e rubéola.

## **3. População alvo e meta**

A população alvo desta campanha são as crianças de um ano até quatro anos 11 meses e 29 dias, totalizando 2.202.964 de crianças.

A meta é vacinar, no mínimo, 95% dessas crianças (2.902.815), de forma homogênea, para evitar a manutenção ou formação de bolsões de não vacinados.

## **4. Vacinas que serão utilizadas na campanha**

### **4.1. Informações técnicas relacionadas às vacinas poliomielite**

A VIP confere soroproteção de 100%, um mês após a vacinação primária (3 doses), para os poliovírus vacinais tipos 1 e 3 e de 99% a 100% para o tipo 2.

A VOP induz boa imunidade intestinal e humoral. Confere proteção contra dois sorotipos do poliovírus 1 e 3, e sua eficácia é em torno de 90% a 95% com a administração de três doses. Para uma imunidade longa, frente aos tipos de poliovírus, faz-se necessário completar o esquema básico de três doses, ou seja, 3 doses de VIP (D1, D2 e D3), sendo necessárias 2 doses de reforço (VOP) após o término do esquema básico.

A administração da VOP é bem aceita pela população e possibilita a imunização dos contatos das pessoas vacinadas, em razão da disseminação do poliovírus no ambiente, viabilizando a eliminação da doença causada pelo poliovírus selvagem.

#### **4.2 Informações técnicas relacionadas às vacinas tríplice viral**

Nesta campanha de vacinação será utilizada vacina tríplice viral de diferentes laboratórios produtores.

A vacina tríplice viral não deve ser administrada simultaneamente com a vacina febre amarela, em crianças primovacinadas menores de dois anos de idade. Neste momento, o PNI reforça a necessidade de priorizar a vacinação com a tríplice viral, devendo-se agendar a dose da vacina febre amarela com intervalo de 30 dias.

Alerta-se para evitar o contato da bisnaga conta-gotas com a boca Criança, impedindo a contaminação no ato da vacinação.

#### **Referências**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância da Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. 4ª Ed. Brasília. 2014.
2. World Health Organization. Vaccines Safety Basics- Learning manual. 2013
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância da Doenças Transmissíveis. PORTARIA Nº 1.533, DE 18 DE AGOSTO DE 2016. Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação

dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância da Doenças Transmissíveis. Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos pós-vacinação. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância da Doenças Transmissíveis. Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos pós-vacinação. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
6. Plotkin, A. S.; Orenestein, W. A. Offit PA (Eds) Vaccines. 7th Ed. Saunders. 2018.

### **Sites recomendados**

[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br) (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)

[www.cdc.gov/vaccines/programs/global](http://www.cdc.gov/vaccines/programs/global) (CDC)

[www.fda.gov](http://www.fda.gov) (Food and Drug Administration)

[www.gavialliance.org](http://www.gavialliance.org) (Gavi Alliance)

[www.gatesfoundation.org/Pages/home.aspx](http://www.gatesfoundation.org/Pages/home.aspx) (Bill & Melinda Gates foundation)

[www.paho.org](http://www.paho.org) (Pan-american Health Organization)

[www.polioeradication.org](http://www.polioeradication.org) (Global Polio Eradication Initiative)

[www.polioplace.org/history/collections](http://www.polioplace.org/history/collections) (Polio place - A service of Post-Polio Health International) [www.post-polio.org](http://www.post-polio.org) (Post-Polio Health International)

[www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs) (Secretaria de Vigilância em Saúde/MS)

<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/home>

[www.unicef.org](http://www.unicef.org) (UNICEF)

[www.vaccinealliance.org](http://www.vaccinealliance.org) [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov) (Centers Diseases Control)

[www.who.int](http://www.who.int) (Organização Mundial de Saúde)

[www.measlesrubellainitiative.org](http://www.measlesrubellainitiative.org)

### **Divisão de Imunização**

**Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória**

**Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar**

**Julho de 2018**