

Plano de Erradicação da Poliomielite: Estratégia do Brasil



Programa Estadual de Imunizações do Espírito Santo

Magnitude da Poliomielite

Poliomielite, 1988-2015

1988
> 350 000 casos
> 125 países

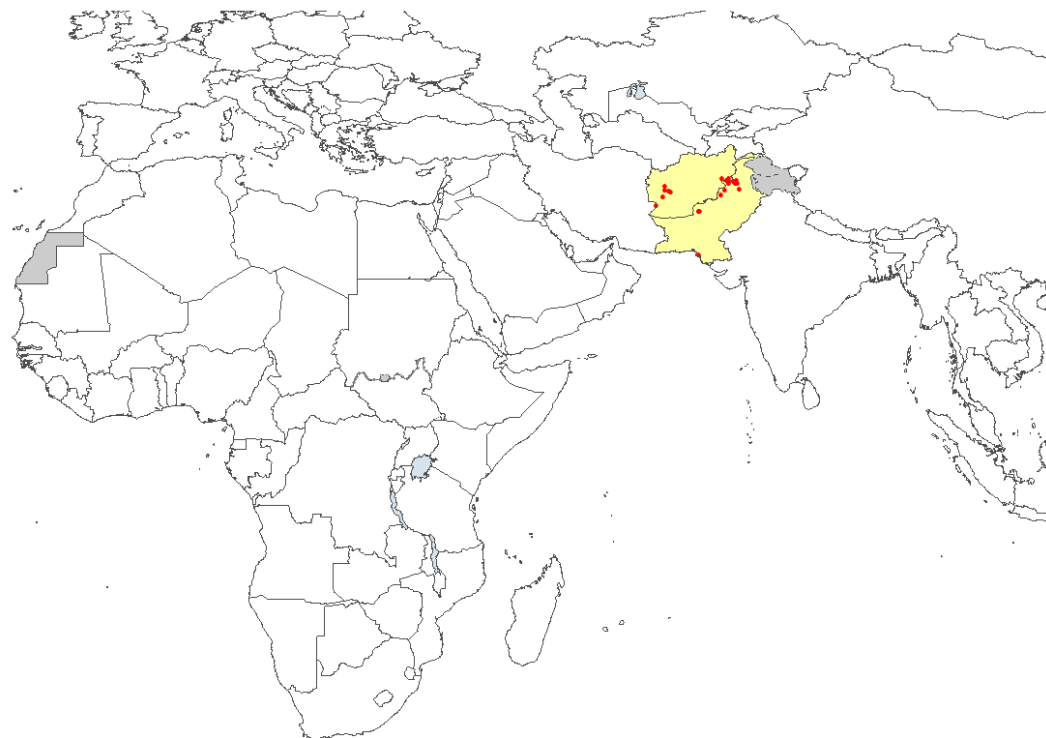
2009
1604 casos
3 países

2014
145 casos
3 países

2015
51 casos
2 países (até 13/10)

Brasil (1968-1989)
≈ 30 000 casos

Casos de poliovírus selvagens – Paquistão e Afeganistão



● Poliovirus selvagem tipo 1

■ Países endêmicos

Nigéria – saiu da lista de países endêmicos em 25/09/2015



Iniciativa Global de Erradicação da Pólio

- 41ª Assembleia Mundial da Saúde em 1988 - delegados de 166 Estados-Membros adotaram uma resolução histórica (WHA 41.28) para a erradicação mundial da poliomielite. Ela marcou o lançamento da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio, liderada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Rotary, CDC e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).
- Redução de mais de 99% dos casos
- Redução do número de países com poliomielite endêmica de 125 a 3
- Mais de 10 milhões de casos de poliomielite evitados



Iniciativa Global de Erradicação da Pólio

- Durante as duas últimas décadas do Século XX a erradicação do poliovírus parecia ser realidade e muitos países foram decretados como livres do vírus selvagem:
 - 1994 - a OMS, certificou 36 países da Região das Américas, incluindo o Brasil, como livres da pólio;
 - implementação, em âmbito nacional, das ações de vigilância, prevenção e controle da doença.
 - 2000 - Região do Pacífico Ocidental com 37 países e regiões, incluindo a China;
 - 2002 - Região Européia com 51 países em Junho;
 - 2014 – Região do Sudeste Asiático com 11 países em 27 de março;
 - 2015 – Nigéria saiu da lista de países endêmicos.
- 80% da população mundial vive em regiões certificadas como livre da pólio
- A Região Africana e do Mediterrâneo Oriental ainda não foram certificadas



Plano Estratégico para Erradicação da Pólio 2013-2018 e Endgame

- Foi elaborado em resposta à resolução WHA65.5.
- Desenvolvido pela Iniciativa Global de Erradicação da Pólio (GPEI), em consulta com as autoridades sanitárias nacionais, iniciativas globais de saúde, peritos científicos, doadores e outras partes interessadas, em resposta a uma diretiva da [Assembleia Mundial de Saúde](#).
- Aborda a erradicação da poliomielite causada por poliovírus selvagem ou poliovírus circulante derivado da vacina



Objetivos do Plano Estratégico de Erradicação da Polio e Fase Final 2013-2018

1

- Detectar e interromper a transmissão de todos os poliovírus

2

- Reforçar os sistemas de vacinação, introduzir a vacina inativada da polio (VIP) e retirar todas as vacinas orais **(VOP) começando pelo componente tipo 2**

3

- Conter o poliovírus e certificar a interrupção da transmissão

4

- Planejar o legado da pólio



Fundamentos para passar do uso da VOP trivalente para a VOP bivalente

Atualmente, os riscos associados ao componente do tipo 2 da VOPt superam os benefícios

- **Desde 1999 o poliovírus selvagem do tipo 2 de ocorrência natural não é detectado**
- **O componente do tipo 2 da VOPt:**
 - Causa mais de 90% dos vírus da polio derivados da vacina (VDPV)
 - Causa, aproximadamente, 40% da poliomielite paralítica associada a vacina (VAPP)
 - Interfere com a resposta imunitária aos poliovírus dos tipos 1 e 3 da VOPt



Eficácia e segurança da vacina oral poliomielite bivalente (VOPb)

- Vacina oral poliomielite bivalente - usada desde dezembro de 2009, e até o final de 2013, aproximadamente 4,5 bilhões de doses foram administradas em todo o mundo;
- Dados de estudos de campo e ensaios clínicos mostram que ela é segura e mais imunogênica;
- A segurança das vacinas é considerada, mais que nunca, uma preocupação mundial e a vacinação segura é fator determinante para o sucesso ou o fracasso dos programas nacionais de imunizações.
 - ✓ Fortalecer a vigilância e a detecção dos eventos adversos pós-vacinação, deve-se notificar e investigar todos os casos.



Plano de Erradicação da Poliomielite: Estratégia no Brasil

Objetivos

Geral

Atingir a meta global de erradicação da poliomielite.

Específicos

- Criar o Comitê Nacional de Certificação da Erradicação da Poliomielite.
- Fortalecer a Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas (VE PFA);
- **Substituir a vacina oral atenuada trivalente pela bivalente (Detalhamento);**
- Realizar a contenção laboratorial do poliovírus;
- Implantar gradualmente a Vigilância Ambiental do poliovírus;
- Mobilizar os profissionais de saúde e sociedade civil de forma eficaz para a divulgação da nova estratégia.



Atualizações

- Criação de grupo específico para discutir a elaboração do **Plano de Erradicação da Poliomielite: Estratégia do Brasil**
- Formação do Comitê Nacional de Certificação da Erradicação da Poliomielite
- Elaboração de documento “Plano” preliminar na CGPNI e divulgação com o Grupo Específico
- Participação na Reunião Regional de Pólio Fase Final de la Erradicación em 17-19 de agosto de 2015 (Bogotá - Colombia);



Componentes de uma mudança bem sucedida



Ações propostas

- **Período de novembro de 2015 a abril de 2016**
- **USO DA VOPT**
 - ✓ Distribuir a VOPT da CGPNI para os Estados até **30 de novembro de 2015**;
 - ✓ Fazer o inventário da VOPT nos municípios de **fevereiro a março de 2015**;
 - ✓ Distribuir a VOPT dos Estados para os Municípios e destes para as salas de vacina até o dia **31 de dezembro de 2015**;
 - ✓ Utilizar a VOPT na rotina para vacinar as crianças aos 15 meses e 4 anos, exclusivamente, até o dia **31 de março de 2016**.
 - ✓ De 01 a 20 de abril de 2016 recolher a VOPT de todas as salas de vacinas e centrais de frio e incinerar



Ações propostas

- Período de janeiro a março de 2016
- **Municípios que tem VOPt**

Esquema vacinal

2016	
Idade	Vacina
2 meses	VIP
4 meses	VIP
6 meses	VIP
15 meses	VOPt
4 anos	VOPt

Ações propostas

- Período de janeiro a março de 2016
- **Municípios que não tem VOPt**

Esquema vacinal

2016	
Idade	Vacina
2 meses	VIP
4 meses	VIP
6 meses	VIP

Ações propostas

- Período de abril a julho de 2016

Esquema vacinal

2016	
Idade	Vacina
2 meses	VIP
4 meses	VIP
6 meses	VIP

Ações propostas

- **Agosto de 2016**
- USO DA VOPb
 - ✓ Campanha indiscriminada de VOPb crianças de 1 a 4 anos de idade



Ações propostas

- A partir de setembro de 2016

Esquema vacinal

2016	
Idade	Vacina
2 meses	VIP
4 meses	VIP
6 meses	VIP
15 meses	VOPb
4 anos	VOPb
Campanha indiscriminada - crianças de 1 a 4 anos de idade	VOPb

Ações propostas

- Diminuição da perda técnica: consumo mensal passou de 1,2 milhões para 800 mil
- Aquisição de 10 milhões VIP em 2016
- 13 meses de estoque na CENADI
- Não haverá aumento de gastos para o PNI com aquisição de VIP



Ações propostas

- Aquisição de **31,7 milhões** de VOPt passa 16 milhões
- Aquisição de 25 milhões de VOPb na rotina
- Se for fazer campanha em 2016 + 17 milhões de VOPb totalizando **42 milhões**
- Dificuldade de fazer a mudança VOPt para VOPb em apenas duas semanas
- Brasil implantou esquema sequencial desde 2012
- Um passo a mais para retirada da VOP do Calendário da Criança



Calendário Nacional de Vacinação, Brasil 2016

Esquema vacinal e reforços contra a poliomielite

Idade	Vacina
2 meses	VIP
4 meses	VIP
6 meses	VIP
15 meses	VOPb
4 anos	VOPb

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS



Situação vacinal e conduta a ser adotada na rotina de vacinação contra a poliomielite, considerando a disponibilidade ou não da VOPt e da VOPb

É importante verificar a situação vacinal das crianças quanto ao imunobiológico utilizado na última dose ou reforço recebido.

Essa avaliação deverá considerar :

- **disponibilidade** da VOPt até **31 de março de 2016**
- **indisponibilidade** da VOPt e VOPb de **abril a julho de 2016**
- **disponibilidade** da VOPb **a partir de agosto de 2016.**

A recomendação é completar o esquema básico com a VIP e agendar os reforços com vacina oral bivalente conforme situação vacinal encontrada para o mês de introdução da mesma (agosto de 2016), visto que a vacina oral trivalente não poderá ser mais administrada e não estará disponível nas salas de vacina no período de abril a julho do referido ano.



Situação vacinal e conduta a ser adotada na rotina de vacinação contra a poliomielite, considerando a disponibilidade ou não da VOPT e da VOPb

Situação	Janeiro a março 2016		Abril a julho 2016		A partir de agosto 2016		Registro de doses EM CONSTRUÇÃO
	Esquema Sequencial VIP/VOP	Observação	Esquema Sequencial VIP/VOP	Observação	Esquema Sequencial VIP/VOP	Observação	
Criança não vacinada	Administrar VIP (D1)	Agendar VIP (D2)	Administrar VIP (D1)	Agendar VIP (D2)	Administrar VIP (D1)	Agendar VIP (D2)	
Criança com D1 de VIP ou VOPT	Administrar VIP (D2)	Agendar VIP (D3)	Administrar VIP (D2)	Agendar VIP (D3)	Administrar VIP (D2)	Agendar VIP (D3)	
Criança com D2 de VIP ou VOPT	Administrar VIP (D3)	Agendar primeiro reforço (R1) com VOPb a partir de agosto de 2016	Administrar VIP (D3)	Agendar primeiro reforço (R1) com VOPb a partir de agosto de 2016	Administrar VIP (D3)	Agendar primeiro reforço (R1) com VOPb	
Criança com D3 de VIP ou VOPT	Administrar o primeiro reforço (R1) conforme a idade indicada com VOPT se, de janeiro a março, ela estiver disponível. Caso contrário, agendar VOPb (R1) a partir de agosto	Agendar segundo reforço (R2) com VOPb	Agendar o primeiro reforço conforme a idade indicada com (R1) com VOPb a partir de agosto de 2016		Administrar VOPb (R1)	Agendar segundo reforço (R2) com VOPb	
Criança com R1 de VOPT	Administrar o segundo reforço (R2) conforme a idade indicada com VOPT se, de janeiro a março, ela estiver disponível. Caso contrário, agendar VOPb (R2) a partir de agosto	Considerar a criança vacinada para a idade se o R2 foi administrado.	Agendar segundo reforço (R2) com VOPb a partir de agosto de 2016	Considerar a criança vacinada para a idade quando R2 for administrado	Administrar VOPb (R2)	Considerar a criança vacinada para a idade quando R2 for administrado	
Por indicação clínica iniciou esquema com VIP - CRIE	Manter esquema indicado no CRIE com VIP						



Logística, gerenciamento e descarte do resíduo gerado da vacina oral trivalente

- **Recolhimento e descarte da VOPT** - em conformidade com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de cada instância, e legislação vigente em especial RDC nº 306/Anvisa, de 7 de dezembro de 2004 e RDC nº 358/Conama, de 29 de abril de 2005.
- **O gerenciamento e descarte do resíduo** gerado pela substituição da VOPT deverão ser comprovados mediante registros detalhados sobre os estabelecimentos suas atividades e serviços exercidos, além de volume, coleta, transporte, tratamentos e destinação final dos resíduos gerados.
- Na falta de um sistema de disposição final, ou seja, na falta do aterro sanitário, o produtor dos resíduos (o próprio serviço de saúde) é responsável pelo destino final, bem como pelo eventual tratamento prévio, como no caso do lixo composto por resíduos infectantes e o lixo especial.



Inventário para o resíduo da vacina oral trivalente - VOPT (adaptado)

Tipo de Estabelecimento:

() Sala de vacina () Central Municipal () Central Regional () Central Estadual. Qual

() Outro, especifique: _____

Propriedade: ☒ pública ☐ filantrópica ☐ privada ☐ outro, especifique: _____

Dados Gerais do estabelecimento

Razão social: _____ Estado: _____

Nome Fantasia:

CNPJ: _____ CNES: _____ Código do IBGE: _____

Endereço:

Bairro _____ Município _____ UF _____

Telephone (s):

E-mail: _____

Responsável pelo Inventário:	CPF
------------------------------	-----

Responsável Legal:	CPF
--------------------	-----

Data da realização: ____/____/____

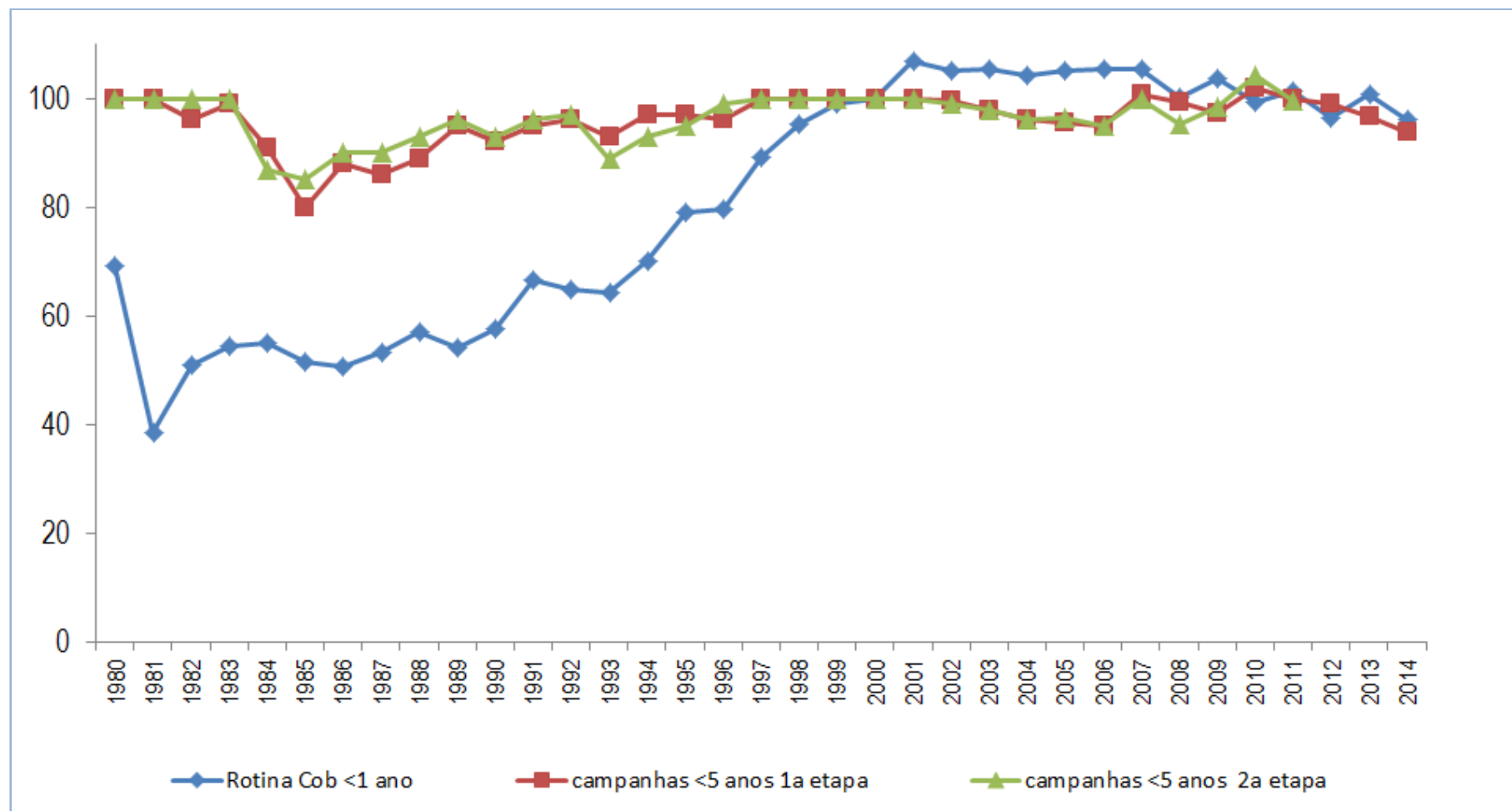
[illegible]

Validação

- **Comitê Nacional de Certificação da Erradicação da Poliomielite do Brasil** - validará o descarte do estoque restante conforme normas vigentes e fortalecimento do Programa Nacional de Imunizações na estratégia de retirada da VOPT. Essa validação deverá ocorrer duas semanas após a data da substituição.
- O Comitê deverá apresentar relatório ao Ministério da Saúde sobre suas conclusões quanto ao país ter cumprido ou não às etapas para a substituição.

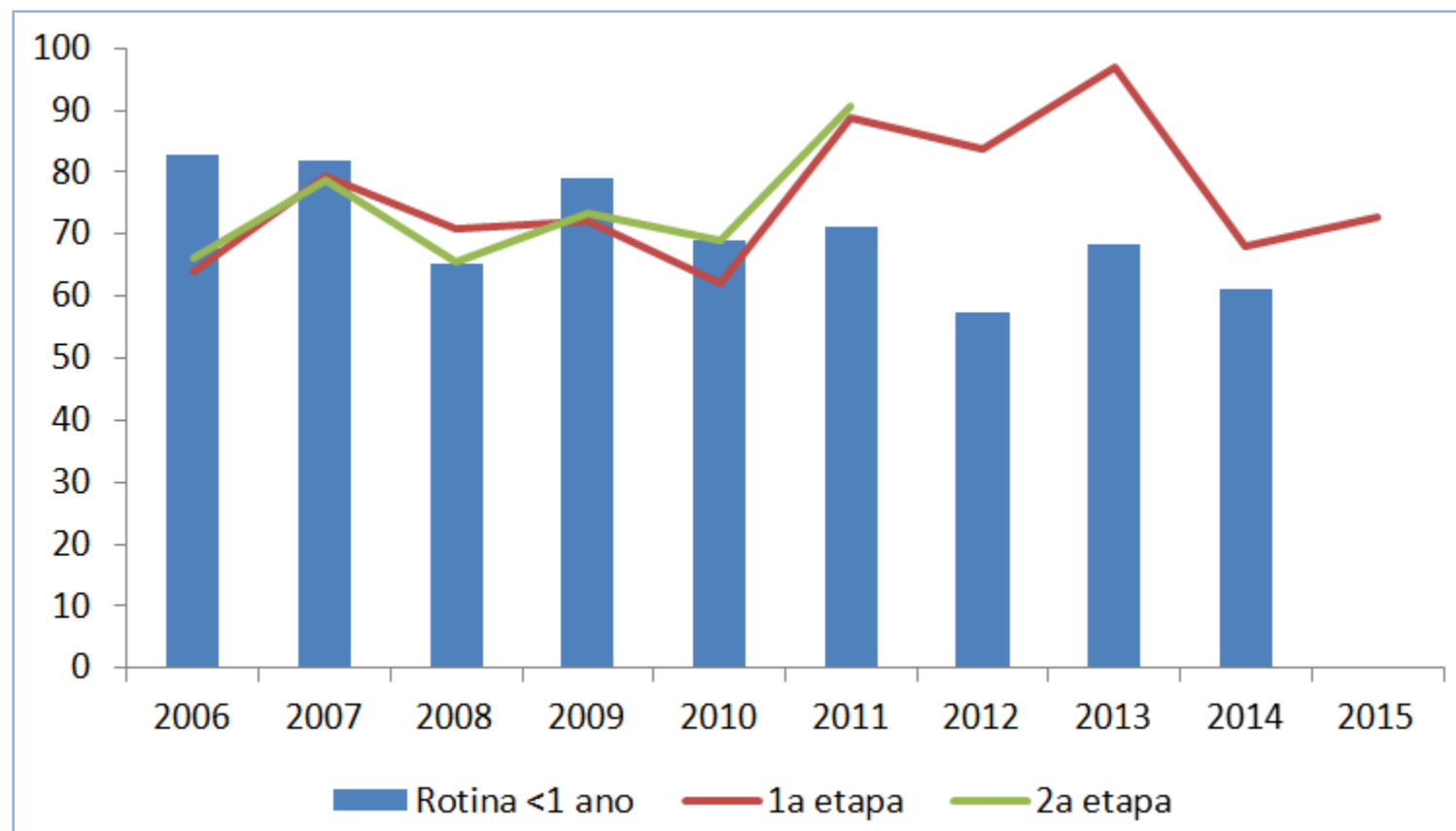


Coberturas vacinais de rotina e campanha em menores de 5 anos de idade. Brasil, 1980 a 2014



Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS

Homogeneidade de coberturas vacinais de rotina e campanha em menores de 5 anos de idade. Brasil, 2006 a 2015



Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS