

GERIATRIA

GUIA DE VACINAÇÃO

SBG
Sociedade Brasileira de
Geriatría e Gerontologia

SBIm5
SOCIETADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES

2013/14

GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA

Coordenação científica

Isabella Ballalai – SBIm

Priscila Gaeta Baptistão – SBGG

Autores e revisão científica

SBIm

Gabriel Oselka

Guido Carlos Levi

Isabella Ballalai

Jacy Andrade

Renato Kfourri

SBGG

Alana Meneses Santos

João Toniolo Neto

Priscila Gaeta Baptistão

EDITORACÃO Magic | RM www.magic-rm.com

COORDENAÇÃO EDITORIAL Ricardo Machado

DIREÇÃO DE ARTE E PRODUÇÃO GRÁFICA Silvia Fittipaldi

DESIGN GRÁFICO Lucas Moraes

COPIDESQUE E REVISÃO Sonia Cardoso

Diretoria SBGG

Presidente

Nezilour Lobato Rodrigues (PA)

1º Vice-Presidente

Paulo Renato Canineu (SP)

2º Vice-Presidente

(e Presidente do Departamento de Gerontologia)

Mariana Asmar Alencar (MG)

Secretária Geral

Ana Lúcia de Sousa Vilela (RJ)

Secretária Adjunta

Leila Auxiliadora José Sant'Ana (MT)

Tesoureiro

Daniel Kitner (PE)

Diretora Científica

Maria Alice Vilhena Toledo (DF)

Diretora de Defesa Profissional e Ética

Silvia Regina Mendes Pereira (RJ)

Av. N. Srª de Copacabana, 500 - salas 609-610

Rio de Janeiro - RJ

Tel: 21 2285-8115 / Fax: 21 3734-5568

<http://www.sbgg.org.br> | sbggnacional@terra.com.br

Diretoria SBIm

Presidente

Renato de Ávila Kfourri

Vice-Presidente

Guido Carlos Levi

1ª Secretária

Miriam Martho de Moura

2ª Secretária

Jacy Amaral Freire de Andrade

1ª Tesoureira

Naomy Helena Cesar Vizeu Wagner

2ª Tesoureira

Isabella Ballalai

Rua Luís Coelho 308 – 5º andar, Cj 54

São Paulo – SP

Tel: 11 3255-5674 / Fax: 11 3255-9659

www.sbim.org.br | sbim@sbim.org.br

Sumário

Apresentação	03
Introdução	04
Vacinas, Especificidades e Indicações	06
Influenza	06
Pneumocócicas	10
Difteria, Tétano e Coqueluche	14
Hepatite A	17
Hepatite B	19
Febre Amarela	21
Meningocócica Conjugada	23
Vacina Tríplice Viral	25
Imunobiológicos disponíveis nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Cries)	27
Vacina Inativada Poliomielite (Vip)	27
Vacina Hepatite B (Hb) e Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B (IGHAHB)	27
Vacina Hepatite A (HA)	28
Vacina Varicela (VZ) e Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (IGHVAZ)	28
Imunoglobulina Humana Antirrábica (IGHAR)	30
Vacina Influenza Inativada (INF)	30
Vacina Haemophilus Influenzae do Tipo B (HIB)	31
Imunoglobulina Humana Antitetânica (IGHAT)	31
Vacina Meningocócica C Conjugada (MEN C)	31
Calendário de Vacinação do Idoso	32



APRESENTAÇÃO

A vacinação está diretamente relacionada com a melhor qualidade e expectativa de vida. Pessoas imunocompetentes têm mais condições de enfrentar adversidades associadas à ação de vírus e bactérias, portanto, é um grande equívoco negligenciar a prevenção de danos à saúde por meio de imunobiológicos, independentemente da faixa etária.

No Brasil, a esperança de vida ao nascer já ultrapassa os 74 anos, mas a equação que aponta um incremento na taxa de longevidade da população só faz real sentido se acrescentarmos a ela o coeficiente da qualidade.

O envelhecimento está relacionado a maior ocorrência de doenças degenerativas e, contra elas, a ciência tem se dedicado a buscar meios para o controle ou a cura. No tocante às imunizações, o futuro é hoje – doenças que impactam sobremodo a vida de idosos já podem ser prevenidas ou amenizadas com o auxílio de vacinas.

O principal objetivo deste Guia é, portanto, apresentar as diferentes vacinas do calendário do idoso de maneira resumida e objetiva, para que o geriatra e o clínico geral possam consultá-lo no dia a dia do consultório e/ou ambulatório. Dessa forma, a SBIIm e a SBGG esperam contribuir para a melhor prática médica e melhores conquistas para a saúde dos idosos.

INTRODUÇÃO

O principal objetivo do profissional de saúde que atende o indivíduo idoso deve ser a promoção do envelhecimento bem-sucedido, ou seja, um envelhecimento associado ao baixo risco de doenças e/ou incapacidades funcionais a elas relacionadas, assegurando, dessa maneira, o melhor bem-estar possível.

A vacinação tem se mostrado uma medida custo-efetiva na prevenção de doenças infecciosas em todas as faixas etárias.

A prevenção de doenças infecciosas insere-se nesse contexto ao possibilitar a redução da morbimortalidade e a melhoria da qualidade de vida. Logo, à proporção que se desenvolvem novas vacinas, que a cobertura vacinal de crianças se mantém em níveis bons ou satisfatórios, e que a população vive mais, faz-se necessário que a Saúde se volte para a imunização de adultos e idosos.

As alterações imunológicas associadas ao envelhecimento ou imunossenescência fazem aumentar o risco de infecções que, em idosos, podem ser associadas com declínio funcional inespecífico e comorbidades, com manifestações clínicas diversificadas, promovendo nesse grupo populacional maiores taxas de hospitalizações e morbimortalidade. Esses são alguns dos aspectos que justificam a imunização como parte fundamental dos programas de prevenção e promoção da saúde do idoso.

Além disso, muitos indivíduos com mais de 60 anos encontram-se ainda em franca atividade profissional, com responsabilidades e contribuindo na renda familiar. Portanto, seu adoecimento pode acarretar, além de absenteísmo e prejuízo financeiro, a transmissão de doenças infecciosas à sua família, situação que pode prejudicá-lo ainda mais no trabalho, devido à necessidade, muitas vezes, de acompanhar o familiar doente.

Outros aspectos importantes são: a proximidade entre avós e netos, sendo as crianças importantes agentes transmissores de doenças infecciosas; e as mudanças nos padrões da sexualidade, com o consequente aumento da incidência de doenças sexualmente transmissíveis entre os maiores de 60 anos.

Sendo assim, cabe ao médico investigar a situação vacinal, identificar quais vacinas devem ser indicadas e orientar o indivíduo sobre a importância de mantê-las atualizadas, visando à prevenção de doenças como:

- ▶ As do trato respiratório inferior – quarta causa de morte nos países desenvolvidos, sendo três vezes mais comuns em pessoas acima dos 60 anos de idade.
- ▶ O tétano, ainda frequente em muitos países, em especial na população acima dos 50 anos.
- ▶ A difteria, que pode trazer problemas futuros em idades mais avançadas.
- ▶ A pertussis, cuja morbidade parece ser substancial entre os idosos.
- ▶ O herpes zoster, cujo risco de emergência aumenta com a idade – ocorre em 20% a 25% da população com mais de 60 anos.
- ▶ A hepatite B, sexualmente transmissível.
- ▶ De modo geral, todas as vacinas podem ser aplicadas nos idosos. Algumas requerem precauções especiais, como é o caso do sarampo, da caxumba, da rubéola, da varicela e da febre amarela, compostas de vírus vivos atenuados. Veja, a seguir, o detalhamento de cada vacina.

PRINCIPAIS OBJETIVOS DO CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO IDOSO

Proteger de doenças infecciosas potencialmente graves.

Reduzir a suscetibilidade e o risco de quadros infecciosos graves pela presença de comorbidades.

Prevenir a descompensação de doenças crônicas de base causada por doenças infecciosas.

Melhorar a qualidade e a expectativa de vida.

VACINAS, ESPECIFICIDADES E INDICAÇÕES

INFLUENZA

Doença e epidemiologia

A influenza ou gripe é uma doença infecciosa aguda do trato respiratório, altamente contagiosa, causada por vírus da família *Orthomyxoviridae*, classicamente dividido em três tipos imunológicos: *Mixovirus influenza A*, *B* e *C*, sendo que apenas os tipos *A* e *B* têm relevância clínica em humanos.

Sua transmissibilidade é alta, sobretudo pela via direta, por meio das secreções respiratórias da pessoa contaminada expelidas durante a fala, tosse ou espirros. A via indireta se caracteriza pelo contato das mãos em superfícies recém-contaminadas por secreções respiratórias, o que possibilita levar o agente infeccioso direto à boca, aos olhos ou ao nariz.

A síndrome gripal clássica é caracterizada por início abrupto dos sintomas, com febre alta, calafrios, cefaleia, tosse seca, mialgia, fadiga e anorexia. Em geral, tem evolução benigna e autolimitada, de poucos dias. Porém, é possível a ocorrência de complicações, que são mais comuns em extremos de idade e indivíduos com algumas condições clínicas, como doença crônica pulmonar, cardiopatias, doença metabólica crônica, imunodeficiência ou imunodepressão, gravidez, doença renal crônica e hemoglobinopatias. As complicações pulmonares mais comuns são as pneumonias virais primárias e a pneumonias bacterianas secundárias.

O vírus caracteriza-se por elevada taxa de mutação e as epidemias são causadas por novos subtipos que surgem em consequência de pequenas alterações antigênicas (*antigenic drifts*) resultantes de mutações pontuais durante a replicação viral. Essas alterações implicam a necessidade de modificação anual da composição da vacina, definida a partir das informações do sistema de monitoramento do vírus, ação essencial para identificar as novas cepas de influenza e o risco de uma ameaça global causada pela doença. Esse monitoramento é realizado pelo Global Influenza Surveillance Network (GISN) desde 1947, e conta com 130 centros nacionais de Influenza em 101 países.

Importância da vacinação na população idosa

Dentre as infecções preveníveis por meio de vacinas, as mais frequentes em idosos são as do trato respiratório, destacando-se as infecções por influenza. A vacinação é a medida mais eficaz para prevenir a gripe e reduzir a morbimortalidade associada à doença nesse grupo populacional e, nas últimas décadas, essa medida tem sido usada com sucesso para reduzir os impactos da enfermidade nessa população.

Características gerais da vacina

No Brasil, as vacinas disponíveis são constituídas por vírus inativados e fragmentados, portanto, sem risco de infectar o paciente. Para a produção dessas vacinas, o vírus influenza é inoculado em ovos embrionados de galinha, purificado e inativado pelo formaldeído. As vacinas são trivalentes, compostas de três cepas influenza: dois subtipos A (H1N1 e H3N2) e um subtipo de B, conforme orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A vacina com adjuvante pode ser utilizada na população de idosos com boa resposta imune, o que compensaria a resposta imune deficiente pela própria imunossenescência.

As vacinas utilizadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI-MS) não contêm adjuvantes, sendo apenas disponíveis no sistema privado.

Composição das vacinas

A vacina utilizada no ano de 2013 no hemisfério Sul, segundo a OMS, é composta pelas seguintes cepas:

- ▶ A/Califórnia/7/2009 (H1N1)pdm09
- ▶ A/Victoria/361/2011 (H3N2)
- ▶ B/Wisconsin/1/2010

Proteção/eficácia

Em adultos jovens saudáveis, a eficácia da vacina influenza é de cerca de 70% a 90%. A detecção de anticorpos protetores ocorre, em geral, cerca de duas semanas após a vacinação, e o pico máximo do título de anticorpos, quatro a seis semanas após a mesma. A proteção conferida pela vacinação é de cerca de um ano. Em idosos estima-se que a prevenção de doença respiratória aguda seja de, aproximadamente, 60%. No entanto, os reais benefícios da vacina estão na capacidade de prevenir a pneumonia viral primária ou bacteriana secundária, a hospitalização e a morte, ainda mais em pessoas com doenças crônicas cardiovasculares e pulmonares.

Indicação

A partir dos 6 meses de vida, deve ser aplicada anualmente como rotina, em especial nos indivíduos com mais de 60 anos, e de preferência antes do início do outono.

As pessoas que convivem com idosos e/ou cuidadores também devem ser vacinadas.

Esquema de doses

Dose única anual.

Vias de administração

Intramuscular (IM), preferencialmente no músculo deltoide; ou subcutânea (SC).

Aplicação concomitante com outras vacinas do calendário do idoso

Podem ser administradas simultaneamente com outras vacinas ou medicamentos, em diferentes sítios anatômicos.

Eventos adversos

Em geral, a vacina é bem tolerada e apresenta bom perfil de segurança. Eventos locais são benignos, autolimitados e, em geral, com resolução espontânea em 48 horas: dor; sensibilidade no local da injeção; eritema e endureção.

Podem ocorrer os seguintes eventos sistêmicos:

- ▶ Manifestações gerais leves, como febre, mal-estar e mialgia começando entre seis e 12 horas após a vacinação e persistindo por um a dois dias.
- ▶ Reações anafiláticas são raras e ocasionadas por hipersensibilidade a qualquer componente da vacina.

Há relatos raros da ocorrência de Síndrome de Guillain Barré (SGB): quase sempre os sintomas aparecem entre sete e 21 dias, e no máximo até 42 dias (sete semanas) após a exposição ao possível agente desencadeante. É importante dizer que a incidência aumentada dessa síndrome esteve relacionada com alguns lotes específicos da vacina há alguns anos e que o risco de SGB causada pela infecção por influenza é muito maior do que o risco pela vacina influenza.

ATENÇÃO

Todo e qualquer evento adverso grave deve ser notificado ao produtor, na área de farmacovigilância da empresa e ao Ministério da Saúde.

Os processos agudos respiratórios (gripe e resfriado) que possam eventualmente ocorrer após a administração da vacina significam processos coincidentes e não estão relacionados com a vacina.

Contraindicações e precauções

Adie a vacinação

- ▶ Na presença de doença febril aguda moderada ou grave.
- ▶ Para pacientes com trombocitopenia ou qualquer distúrbio de coagulação: risco de sangramento pela via de administração da vacina (intramuscular). Nesses casos, a via subcutânea deve ser considerada.

Contraindique a vacinação

- ▶ Para indivíduos com história de reação anafilática prévia ou alergia grave relacionada ao ovo de galinha e seus derivados, assim como a qualquer componente da vacina.
- ▶ Para indivíduos com história pregressa de SGB: avaliação médica criteriosa, observando-se o risco-benefício da vacina.

Vacinas disponíveis no Brasil

O país importa a vacina influenza de diferentes produtores internacionais, obedecendo à recomendação da OMS. Já a vacina utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS) é produzida pelo Instituto Butantan, em parceria com o Laboratório Sanofi Pasteur. A composição das vacinas é padrão nas apresentações utilizadas via intramuscular ou subcutânea: 15 µg H1N1 + 15 µg H3N2 + 15 µg B, totalizando 45 µg por dose de vacina – recomendada para maiores de 6 meses de vida.

No Brasil, uma apresentação da vacina influenza para aplicação intradérmica está disponível e tem a seguinte composição: 9 µg de hemaglutinina de cada cepa vacinal, totalizando 27 µg por dose de vacina – recomendada para indivíduos entre 18 e 59 anos. A via intradérmica permite a redução da concentração de antígenos, aplicação com microagulhas e resultado de eficácia e segurança semelhante ao das vacinas tradicionais com menor volume aplicado, sendo 0,5 mL nas vacinas intramusculares adultas e 0,1 mL na vacina intradérmica. Recentemente, foi licenciada no Brasil uma vacina inativada, subunitária, destinada a maiores de 65 anos. Fabricada pela Novartis, ela se diferencia pela presença do adjuvante MF-59. Adultos com idade ≥ 65 anos, com ou sem doenças crônicas, apresentam títulos geométricos médios de anticorpos maiores após essa vacinação, na comparação com a vacina convencional (sem adjuvante).

Em estudo comparando a efetividade de vacinas influenza, no que diz respeito à diminuição de sintomas de gripe em idosos (sendo 96,4% com idade ≥ 65 anos), Iob e colaboradores observaram uma efetividade de 94% para a vacina com MF-59 versus 24,5% para uma vacina sem adjuvante.

Além das hemaglutininas virais, as diferentes vacinas podem ter em sua composição substâncias como neomicina, gentamicina, gelatina etc. Dessa forma, a coleta de dados antes da vacinação é importante para detecção de alergia grave a alguma dessas substâncias.

A vacina é bem tolerada e apresenta bom perfil de segurança. Eventos locais são benignos, autolimitados e, em geral, com resolução espontânea em 48 horas.

Disponibilidade

Nos postos de saúde (para maiores de 60 anos e outros grupos de risco) e nas clínicas privadas de vacinação.

Perspectivas de novas vacinas

As vacinas quadrivalentes, com duas linhagens do vírus Influenza B, atenuada e inativada, serão brevemente utilizadas nos EUA, com a vantagem de oferecerem maior cobertura em relação aos vírus influenza circulantes a cada temporada.

PNEUMOCÓCICAS

Doença e epidemiologia

As síndromes clínicas mais importantes causadas pelos pneumococos são a pneumonia, a bacteremia e a meningite. A doença pneumocócica invasiva é definida pelo isolamento do pneumococo em locais normalmente estéreis, como sangue, líquido pleural ou líquor.

A pneumonia é a apresentação clínica mais comum da doença pneumocócica em adultos, embora isoladamente não seja considerada doença “invasiva”. Na verdade, a bacteremia ocorre em cerca de 20%-30% dos pacientes com pneumonia pneumocócica. A letalidade, quando há bacteremia, é de cerca de 20% (em comparação com 5%-7% nos casos de pneumonia sem bacteremia), mas é muito mais elevada em pacientes idosos (o mesmo ocorre com pneumonia sem bacteremia).

Quanto à meningite pneumocócica, a letalidade chega a 80% em idosos e são comuns as sequelas neurológicas.

As infecções pneumocócicas são mais comuns nos extremos da vida (em menores de 2 anos e maiores de 65). É importante salientar que doenças crônicas cardiovasculares, pulmonares, hepáticas ou renais, bem como as neurológicas e a imunodepressão, são fatores de risco bem estabelecidos. Assim, em comparação com adultos saudáveis, pessoas com doenças cardíacas ou pulmonares crônicas ou diabetes mellitus têm risco três a seis vezes maior de doença pneumocócica invasiva. Pacientes com imunodeficiência possuem risco 23 a 48 vezes maior de desenvolver a doença invasiva. É, portanto, evidente a importância de vacinar idosos.

Vacinas disponíveis

Polissacarídica 23-valente (VPP23) e conjugada 13 valente (VPC13).

Importância da vacinação na população idosa

As doenças causadas pela bactéria *Streptococcus pneumoniae* (Pneumococo) são as principais causas de morbimortalidade no mundo, em todas as faixas etárias, principalmente nos extremos de idade. Os idosos são um conhecido grupo de risco para complicações e mortalidade por doença pneumocócica. A distribuição dos sorotipos varia com a idade e área geográfica. Dados epidemiológicos revelam que ocorrem mundialmente 1,6 milhão de mortes relacionadas à doença pneumocócica todos os anos.

Características gerais das vacinas

Vacina polissacarídica 23 valente (VPP23)

Composição – Contém polissacarídeos da cápsula de 23 sorotipos do *Streptococcus pneumoniae*: 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12E, 14, 15B, 17E, 18C, 19A, 19E, 20, 22F, 23F e 33F.

Esses sorotipos são responsáveis por cerca de 90% dos casos de infecções pneumocócicas invasivas, tanto em países da Europa e nos Estados Unidos, como no Brasil, sendo 20 deles responsáveis por mais de 70% dos casos de doença pneumocócica invasiva (sepse, meningite, pneumonia). Contudo, cabe salientar que a vacina inclui os sorotipos que, com mais frequência, são resistentes aos antimicrobianos mais utilizados. Nos Estados Unidos, 15%-30% das cepas isoladas apresentam resistência a mais ou menos três classes de antibióticos.

Eficácia – Embora utilizada há décadas, existem ainda controvérsias quanto à eficácia da VPP23 na prevenção da doença não invasiva, quando o diagnóstico etiológico é mais complicado.

Quanto à doença invasiva, recente metanálise (Cochrane) avaliou estudos randomizados e observacionais envolvendo várias vacinas polissacarídicas (dois a 23 sorotipos). A efetividade estimada foi de 82% (odds-ratio 0,18, com intervalo de confiança 95%: 0,10 a 0,31). Dos cinco estudos randomizados incluídos na análise, três envolviam populações com idades médias ou medianas ≥ 60 anos.

Por outro lado, estudos observacionais que avaliaram o efeito da vacina polissacarídica sobre pneumonia adquirida na comunidade (sem confirmação etiológica) apresentaram resultados divergentes. Em sete estudos que incluíram coortes de idosos, não institucionalizados, apenas dois referiram risco menor de pneumonia entre os vacinados.

Ainda na citada metanálise, os estudos que avaliaram pneumonia pneumocócica confirmada bacteriologicamente (e por sorotipos vacinais) mostraram eficácia de 87%. Um recente estudo japonês controlado com placebo, em idosos institucionalizados, mostrou eficácia de 64% (IC 95%: 32%-81%) para a prevenção de pneumonia pneumocócica.

O Acip, nos EUA, hoje, recomenda uma dose única de VPP23 para todas as pessoas com mais de 65 anos de idade.

Vacinas conjugadas

Duas vacinas conjugadas estão licenciadas no Brasil para uso em crianças, contendo de dez ou 13 sorotipos de pneumococo. A vacina pneumocócica conjugada 13 valente (VPC13), que contém os sorotipos 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F e 23F, também está licenciada para adultos com mais de 50 anos de idade – desde 2011 nos EUA e a partir de 2013 no Brasil.

A conjugação dos polissacarídeos do pneumococo a uma proteína transportadora (vacina conjugada) resulta em um antígeno capaz de induzir uma resposta imunológica T dependente, estimulando a produção de anticorpos e a indução de memória imunológica, portanto, capaz de gerar resposta booster.

Embora os resultados obtidos com as vacinas conjugadas tenham sido adequados na vacinação de crianças, não existe ainda clareza quanto ao seu papel na proteção dos idosos. Apesar de tudo indicar que sim, não há, ainda, estudos publicados quanto à eficácia vacinal, particularmente na prevenção de pneumonia comunitária (PAC). Em adultos imunocomprometidos, a vacina conjugada tem o potencial de estimular uma resposta imune mais robusta, o que já levou o CDC (Centers for Disease Control and Prevention) norte-americano a indicar rotineiramente em adultos imunodeprimidos o esquema de uma dose de vacina 13 valente conjugada, seguida, após dois meses, de uma dose da vacina polissacarídica 23 valente.

Quando os resultados de um grande estudo de eficácia em idosos (atualmente em fase final) estiverem disponíveis, será possível estabelecer, com maior segurança, os benefícios do uso de VPC13 em idosos, sobretudo em relação à prevenção de PAC.

Recomendação para a vacinação de maiores de 60 anos

Indicação – para todas as pessoas a partir dos 60 anos ou que tenham patologias crônicas específicas.

Algumas considerações importantes

- ▶ Existem duas vacinas seguras e eficazes para proteger adultos da doença pneumocócica: VPP23 e VPC13. A vacinação é eficaz na prevenção das formas invasivas da infecção pneumocócica e há evidências de proteção também para a pneumonia adquirida na comunidade.
- ▶ Embora persistam algumas controvérsias, a VPP23 fornece proteção para a infecção pneumocócica de 50% a 80% em adultos, e sua indicação se mantém para imunocomprometidos e outros grupos de risco, como também para todos os adultos com mais de 60 anos de idade.

- ▶ Com base em evidências de que a VPC13 proporciona níveis de anticorpo melhores e possível melhor persistência de anticorpos em adultos, bem como sobre a sugestão de que o uso de vacina conjugada permite uma resposta de reforço quando seguida da aplicação de vacina polissacarídica, o referido CDC norte-americano recomendou, recentemente, que adultos pertencentes aos grupos de risco com idade entre 19 a 64 anos também recebam VPC13 seguida por VPP23 oito semanas mais tarde.
- ▶ O Comitê Assessor de Práticas de Imunizações (Acip) nos EUA, hoje, recomenda uma dose única de VPP23 para todas as pessoas com mais de 65 anos de idade. E uma segunda dose após cinco anos em adultos com idades entre 19 e 64 anos pertencentes aos grupos de risco (incluindo insuficiência renal crônica ou síndrome nefrótica); com asplenia funcional ou anatômica; imunocompetentes com doenças crônicas, tais como alcoolismo, diabetes mellitus ou doença pulmonar crônica; tabagistas; implante coclear.
- ▶ A SBIm, em seu calendário de vacinação para o idoso, recomenda a vacinação rotineira de maiores de 60 anos com VPC13, seguida, após dois meses, de VPP23.
- ▶ Para grupos de risco, a SBIm, independentemente da idade, recomenda o uso de VPC13 e VPP23 no mesmo esquema.
- ▶ A VPP23 está disponível nos Cries para os grupos de risco com mais de 2 anos de idade.

Esquema de doses

Para aqueles nunca vacinados anteriormente

Iniciar esquema com dose única de VPC13, seguida dois meses depois (intervalo mínimo) de uma dose de VPP23. Uma segunda dose de VPP23 deve ser aplicada cinco anos após a primeira.

Para aqueles anteriormente vacinados com uma dose de VPP23

Aplicar VPC13, respeitando o intervalo de 12 meses entre a última dose de VPP23 e a dose de VPC13. Aplicar a segunda dose de VPP23 cinco anos após a última dose de VPP23 e no mínimo dois meses após a VPC13.

Para aqueles anteriormente vacinados com duas doses de VPP23

Respeitar o intervalo de 12 meses entre a última dose de VPP23 e a dose de VPC13. Se a segunda dose de VPP23 foi aplicada antes dos 65 anos, está indicada uma terceira dose depois dessa idade, com intervalo mínimo de cinco anos da última dose.

Via de administração

Intramuscular.

Aplicação concomitante com outras vacinas do calendário do idoso

Não há limitação para o uso concomitante de VPP23 e VPC13 com outras indicadas para os idosos (influenza, dTpa, por exemplo).

Eventos adversos

As duas vacinas são geralmente muito bem toleradas. Os eventos adversos mais comuns são os locais (dor, eritema), que regredem com rapidez. A febre é incomum.

Reações mais graves são muito raras (anafilaxia, por exemplo).

Há referência a aumento da frequência e intensidade das reações locais quando da revacinação. Embora isso possa ocorrer, a intensidade é habitualmente pouco expressiva, quando a revacinação é realizada com intervalo de cinco anos ou mais em relação à dose anterior.

Adie a vacinação

- ▶ Em caso de doença febril aguda.
- ▶ Para pacientes com trombocitopenia ou qualquer distúrbio de coagulação: risco de sangramento pela via de administração da vacina (intramuscular). Nesses casos, a via subcutânea deve ser considerada.

Contraindique a vacinação

A única contraindicação formal é história de reação anafilática à dose anterior da vacina ou algum de seus componentes.

Disponibilidade – a VPP23 e a VPC13 não fazem parte, ainda, do rol de vacinas disponibilizadas na rotina para idosos pelo PNI. A VPP23 está disponível nos Cries para idosos que fazem parte de grupos considerados de risco. Ambas as vacinas estão disponíveis em serviços privados de vacinação.

DIFTERIA, TÉTANO E COQUELUCHE

Doenças e epidemiologia

Embora sejam doenças com características clínicas e epidemiológicas distintas, a profilaxia de tétano, difteria e coqueluche será discutida em conjunto devido à utilização habitual de vacinas combinadas (dT, dTpa).

Tétano – O número de casos de tétano neonatal e acidental diminuiu acentuadamente nos últimos anos no Brasil, graças, sobretudo, à vacinação. Entretanto, casos de tétano acidental continuam ocorrendo, predominando em idosos que não foram vacinados, foram incompletamente vacinados ou não receberam os devidos reforços.

Difteria – A doença foi praticamente eliminada no Brasil, também graças à vacinação. Entretanto, surtos da doença em adultos têm ocorrido em vários países, devido à ausência de vacinação primária ou de reforços inadequados, o que enfatiza a necessidade de se procurar manter níveis protetores de anticorpos em todas as fases da vida.

Coqueluche – Vem ocorrendo aumento expressivo no número de casos de coqueluche em muitos países, inclusive no Brasil, em diferentes faixas etárias, predominando, em alguns deles, entre adolescentes e adultos jovens. Entretanto, a preocupação maior é com o aumento de casos no primeiro ano de vida (em especial no primeiro semestre, antes do esquema rotineiro de três doses das vacinas contendo o componente coqueluche ter sido completado), pois, nessa idade, a coqueluche é potencialmente muito grave e, até, fatal, apesar de eventual tratamento adequado.

Dados do Ministério da Saúde documentam o registro de 15.428 casos suspeitos de coqueluche em 2012, sendo 28,9% deles confirmados, o que significa um aumento de 97% em relação ao número de casos confirmados no Brasil registrados no mesmo período em 2011. Do total de 2.924 casos confirmados em menores de 1 ano, 85% ocorreram entre menores de 6 meses.

A infecção do lactente acontece sobretudo pelo contato com seus cuidadores e familiares. Portanto, é fundamental proteger indiretamente o lactente pela proteção de seus comunicantes, o que é uma razão adicional (além da proteção direta de quem se vacina) para imunizar adultos, incluindo os pais, pessoal de apoio e os idosos (avós e avós), para proteger o recém-nascido da coqueluche.

Vacinas disponíveis

Não existe vacina monovalente de difteria ou coqueluche. O toxoide tetânico (TT) é produzido para uso como vacina monovalente, mas não está disponível na rede pública, que optou pela vacina dupla (toxoides diftérico e tetânico). No momento, na rede privada esta vacina também não está disponível. As vacinas disponíveis, hoje, são: dT (dupla bacteriana do tipo adulto), apenas na rede pública, e dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto), apenas na rede privada.

Eficácia

Os toxoides diftérico e tetânico são extremamente imunogênicos e falhas vacinais em pessoas já vacinadas são muito raras.

Em 2012, os casos de coqueluche aumentaram 97% em relação ao ano anterior.

As vacinas coqueluche são muito eficazes na prevenção de formas graves da doença, mas menos para a prevenção de formas atenuadas. Entretanto, a duração da proteção induzida por essas vacinas, e também pela doença, é relativamente curta, em muitos casos inferior a dez anos. Acredita-se ser essa uma das causas do ressurgimento da doença, já referido. É importante salientar que a coqueluche (ao contrário de outras, como sarampo e varicela) não confere proteção vitalícia, o que explica novos episódios em indivíduos previamente acometidos, inclusive adultos e idosos.

Indicação e esquemas de vacinação

Idealmente, os idosos vacinados para difteria e tétano (três doses, pelo menos, no passado) deveriam receber uma única dose da vacina dTpa (independentemente do intervalo transcorrido desde a última dose de TT ou dT) e, a partir daí, uma dose de dTpa a cada dez anos. Não havendo disponibilidade de dTpa, a indicação para os adequadamente vacinados é de uma dose de dT a cada dez anos.

Os idosos nunca vacinados (ou com história vacinal desconhecida) devem receber uma dose de dTpa, seguida de duas doses de dT (dois, e de quatro a oito meses depois). Não havendo disponibilidade da vacina dT, utilizam-se três doses de dTpa. Reforços, como já citado, a cada dez anos (com dT ou, idealmente, com dTpa).

Via de administração

Intramuscular.

Aplicação concomitante com outras vacinas do calendário do idoso

As TT, dT ou dTpa podem ser administradas simultaneamente com outras vacinas indicadas para idosos.

Eventos adversos

Reações locais (dor, eritema, edema) e febre são os eventos adversos mais observados.

Encefalopatia e convulsões não foram relatadas em idosos e foram relacionadas ao uso de vacinas de células inteiras e na faixa etária infantil. Adultos e idosos só utilizam vacinas acelulares, pois são eficazes e mais seguras que as vacinas de células inteiras.

Adie a vacinação

Em caso de doença febril aguda.

Contraindique a vacinação

- ▶ No caso de reação anafilática prévia às vacinas ou a algum de seus componentes.
- ▶ Para pacientes com trombocitopenia ou qualquer distúrbio de coagulação: risco de sangramento pela via de administração da vacina (intramuscular). Nesses casos, a via subcutânea deve ser considerada.

Disponibilidade

- ▶ Postos públicos de vacinação: Dupla bacteriana do tipo adulto (dT).
- ▶ Clínicas privadas de imunização: Tríplice bacteriana do tipo adulto (dTpa) ou tétano somente.

HEPATITE A

Doença e epidemiologia

A mais comum dentre as hepatites virais, a hepatite A tem distribuição mundial, com incidência superior a 1.500.000 casos/ano. No entanto, sua frequência é muito mais elevada nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento e, mesmo nesses, tem grande variabilidade regional. Em Manaus, por exemplo, foi encontrada positividade sorológica de 93% na população em geral, porém no Rio de Janeiro e Porto Alegre esse índice foi de 55%. Com o passar dos anos, tem caído a prevalência e a incidência dessa doença, em particular nas regiões com melhores condições sanitárias.

O agente etiológico é um vírus RNA, identificado pela primeira vez em 1979, por Feinstone, Kopikian e Purcell, nas fezes de pacientes em fase aguda da doença. A transmissão se dá, principalmente, pela ingestão de alimentos ou água contaminados com as fezes provenientes dos eliminadores do vírus – que pode sobreviver por longo tempo em água ou ambientes úmidos. A hepatite A tem evolução limitada, não levando à cronicidade, embora possa apresentar, ainda mais em adultos, evolução bastante prolongada, até de muitos meses. Nas crianças, a maioria dos casos é assintomática, mas em adultos e idosos pode ter curso severo, com formas coleostáticas fortemente sintomáticas e, mesmo, uma evolução fulminante (que também pode ocorrer em crianças), felizmente rara, é responsável pela taxa de mortalidade de 0,01% no cômputo global das infecções.

Não existe tratamento clínico eficiente, daí a importância da prevenção. Esta pode decorrer da melhoria das condições sanitárias ambientais e das medidas higiênicas individuais. A partir da década de 1980, tornou-se disponível a vacina de alta eficácia e excelente tolerabili-

dade. São aplicadas duas doses por via IM na região deltoide para adultos e idosos, com intervalo de seis meses entre as doses.

A maioria dos adultos e idosos em nosso país apresenta positividade sorológica para essa infecção. Aos 50 anos, são poucos os indivíduos que não tiveram ainda contato com o vírus. Assim sendo, para os idosos, a vacinação é indicada apenas para aqueles suscetíveis, com sorologia negativa para a doença. O que mostra a importância especial para a indicação desta triagem sorológica é a representada pelos indivíduos com risco aumentado de complicações decorrentes da hepatite A, como, por exemplo, os portadores de doenças hepáticas crônicas (em particular a hepatite C, os hemofílicos e em algumas situações de imunossupressão, por doença ou medicamento). Em idosos suscetíveis, que tiveram contato com doente ou durante surtos da doença em instituições, embora a aplicação precoce da vacina possa trazer proteção completa, quando o período de contágio pode ter sido superior a poucos dias, considera-se prudente associar à imunoglobulina humana normal, em dose de 0,02 a 0,06 ml/kg, por via IM em uma única administração.

Importância da vacinação na população idosa

Entre a população idosa há maior probabilidade de se encontrar indivíduos com anticorpos para hepatite A. Portanto, para esse grupo populacional, a vacinação não é prioritária. Pode-se solicitar sorologia para definição da necessidade de sua aplicação. Nos indivíduos que tiveram contato com doentes infectados por hepatite A ou durante surto da doença, a vacinação deve ser acompanhada da aplicação de imunoglobulina padrão.

Características da vacina

- ▶ **Vacina hepatite A** – composta por vírus inativado.
- ▶ **Via de administração** – IM (apenas no músculo deltoide).
- ▶ Pode ser administrada simultaneamente a outras vacinas, mas em sítios diferentes.

Recomendação

- ▶ **Hepatite A** – após avaliação sorológica ou em situações de exposição ou surtos.
- ▶ **Hepatite combinada A e B** – a vacinação combinada para as hepatites A e B é uma opção e pode substituir a vacinação isolada para as hepatites A e B, quando as duas vacinas estão indicadas.

Disponibilidade

- ▶ **Clínicas privadas de vacinação** – vacina hepatite A e combinada hepatite A e B.

Esquema de doses

- ▶ **Hepatite A** – duas doses, com intervalo de seis meses após a primeira (esquema 0-6 meses).
- ▶ **Hepatite combinada A e B** – três doses, sendo a segunda um mês depois da primeira e a terceira seis meses após a primeira (esquema 0-1-6 meses).

Adie a vacinação

- ▶ Na presença de doença febril aguda.
- ▶ Para pacientes com trombocitopenia ou qualquer distúrbio de coagulação: risco de sangramento pela via de administração da vacina (intramuscular). Nesses casos, a via subcutânea deve ser considerada.

Contraindique a vacinação

- ▶ Diante de reação anafilática após dose prévia.

HEPATITE B

Doença e epidemiologia

Aproximadamente 45% da população mundial vivem em áreas em que a prevalência de infecção crônica pelo vírus da hepatite B (VHB) é alta (mais de 8% HbsAg positivo) e 5% da população mundial têm hepatite B crônica, com cerca de 500 mil mortes por ano. Apesar dos avanços na terapia antiviral, apenas uma minoria dos pacientes com hepatite crônica B apresentará resposta sustentada ao tratamento.

Importância da vacinação na população idosa

Houve mudança no padrão sexual dos homens com mais de 60 anos em decorrência dos medicamentos para tratamento de disfunção erétil, disponíveis no mercado a partir da década de 1990, proporcionando-lhes atividade sexual mais intensa. Já em relação às mulheres, estudos apontam que, apesar de terem a frequência de relações sexuais diminuídas por ocasião da menopausa, elas continuaram com atividade sexual ativa e têm dificuldade em negociar o uso do preservativo com os parceiros. Essa nova realidade nos faz perceber a necessidade de os profissionais da área da Saúde estarem atentos ao diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis também entre os idosos.

A coinfeção do vírus da hepatite B (VHB) e HIV ocorre em número considerável e é explicada pelas vias de transmissão comuns

Pelo menos 5% da população mundial têm hepatite B crônica. A doença provoca cerca de 500 mil mortes por ano.

a estes dois vírus, basicamente sexual, vertical e parenteral. Em São Paulo, de acordo com o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), essa coinfeção está presente em todas as faixas etárias e ocorre em 86% das mulheres e 14% dos homens.

Características da vacina

- ▶ **Vacina hepatite B** – composta por vírus inativado.
- ▶ **Via de administração** – IM (apenas no músculo deltoide).
- ▶ Pode ser administrada simultaneamente a outras vacinas, mas em sítios diferentes.

Recomendação

- ▶ **Hepatite B** – deve ser administrada de rotina.
- ▶ **Hepatite combinada A e B** – a vacinação combinada para as hepatites A e B é uma opção e pode substituir a vacinação isolada para as hepatites A e B, quando ambas estão indicadas.

Disponibilidade

- ▶ **Clínicas privadas de vacinação** – vacina hepatite B e combinada hepatite A e B.

Esquema de doses

- ▶ **Hepatite B** – três doses, sendo a segunda um mês depois da primeira e a terceira seis meses após a primeira (esquema 0-1-6 meses).
- ▶ Esquemas especiais de vacinação para a hepatite B são necessários para pacientes imunossuprimidos e renais crônicos: dose dobrada em quatro aplicações (esquema 0-1-2-6 meses).
- ▶ **Hepatite combinada A e B** – três doses, sendo a segunda um mês depois da primeira e a terceira seis meses após a primeira (esquema 0-1-6 meses).

Adie a vacinação

- ▶ Na presença de doença febril aguda.
- ▶ Para pacientes com trombocitopenia ou qualquer distúrbio de coagulação: risco de sangramento pela via de administração da vacina (intramuscular). Nesses casos, a via subcutânea deve ser considerada.

Contraindique a vacinação

- ▶ Diante de reação anafilática após dose prévia.

FEBRE AMARELA

Doença e epidemiologia

Doença endêmica, a febre amarela nas formas mais severas oferece letalidade ao redor de 50%, sendo mais grave entre crianças de baixa idade e idosos. A OMS calcula ocorrerem cerca de 200 mil casos por ano e 30 mil óbitos pela doença.

Existem dois ciclos de transmissão: o urbano e o silvestre. Na América do Sul, o ciclo predominante é o silvestre, com esporádicos relatos de forma urbana na Bolívia e no Paraguai.

No Brasil, há mais de 60 anos não há registro de febre amarela urbana (erradicada em 1942), mas existe o risco potencial de retorno em regiões em que existe o mosquito da dengue, o *Aedes Aegypti*, também transmissor de febre amarela, bem como de outro mosquito de crescente importância, o *Aedes albopictus*.

Na atualidade, a doença em nosso país só ocorre pelo seu ciclo silvestre, com transmissão pelo mosquitos *Haemagogus* e *Sabethes*. As áreas de risco, consideradas endêmicas, são as regiões Norte e Centro-Oeste do país e o nordeste do Maranhão. São consideradas áreas de risco partes do Piauí, Bahia, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, sendo o centro-oeste do Espírito Santo avaliado como de risco potencial.

Além do combate ao vetor, tarefa esta de óbvia dificuldade, a prevenção da febre amarela é feita basicamente através da vacinação para a doença. A cepa vacinal básica, 17D, foi estabelecida em 1936, por Theiler e Smith, nos laboratórios da Fundação Rockefeller, e é hoje produzida na França. No Brasil, no mercado público, utiliza-se basicamente a cepa 17DD, obtida por Biomanguinhos/Fiocruz e hoje responsável por mais de 90% das vacinas da febre amarela aplicadas no mundo.

Importância da vacinação na população idosa

Devem ser imunizados todos os residentes em área de risco, bem como habitantes de outras regiões maiores de 9 meses de idade que se dirijam às áreas de risco, de preferência no mínimo dez dias antes da viagem. Existem também vários outros países que exigem, para entrada de estrangeiros, certificado de vacinação para febre amarela.

Características gerais da vacina

A vacina é de alta imunogenicidade (ao redor de 97%) e oferece proteção prolongada. No entanto, desde 2001 têm ocorrido relatos de evento adverso fatal resultante da visceralização do vírus vacinal. Nos Estados Unidos observou-se maior risco em idosos (ver quadro), fato

Vacina febre amarela: Risco de doença viscerotrópica, segundo o Centers for Disease Control and Prevention

Geral	0,3/100.000
> 60 anos	1,8/100.000
< 60 anos	0,1/100.000

esse não verificado no Brasil. Todos os casos relatados ocorreram após a primeira dose da vacina.

Fica, portanto, a pergunta sobre a propriedade de se vacinar os indivíduos maiores de 60 anos. José Geraldo Ribeiro, em recente reunião do CTAI (Comitê Técnico Assessor em Imunizações) do PNI, assim resumiu essas indicações:

1. Vacinar todos os habitantes de áreas endêmicas.
2. Para os viajantes para áreas endêmicas, esclarecer o candidato sobre os riscos potenciais, para permitir-lhe embasamento em sua decisão (eventualmente cancelamento da viagem).
3. Quando houver exigência internacional, em área considerada sem risco, avaliar risco-benefício junto ao viajante.

Via de administração

Subcutânea, em dose de 0,5 mL, com reforços – a indicação de reforços a cada dez anos vem sendo reconsiderada em alguns países, mas, em princípio, nenhuma alteração é esperada no calendário brasileiro até o momento.

Características da vacina

- ▶ **Vírus vivo atenuado** – originária da cepa 17D do vírus da febre amarela, cultivada em ovos embrionados de galinha.
- ▶ **Via de administração** – subcutânea.

Recomendação

- ▶ Indivíduos que vivem nas regiões classificadas pelo MS como áreas de risco.
- ▶ Indivíduos que pretendem viajar para esses locais: avaliar risco/benefício, somente devendo ser indicada em casos de alta transmissão, pois os idosos têm maior risco de eventos adversos graves.

A OMS, em recente publicação, passa a recomendar a vacina em dose única, fato que motivará importantes mudanças em vários países. Em situações epidêmicas pode-se baixar a idade mínima de vacinação para a partir dos 6 meses.

Disponibilidade

- ▶ Postos públicos de vacinação.
- ▶ Clínicas privadas de vacinação.

Esquema de doses

Uma dose e, por ora, ainda um reforço a cada dez anos, para quem vive ou vai se deslocar para áreas endêmicas, embora a nova regulamentação da OMS recomende dose única.

Adie a vacinação

- ▶ Na presença de doença febril aguda.
- ▶ Em vigência de tratamento imunossupressor, quimioterápico ou radioterápico (intervalo mínimo de duas semanas).

Contraindique a vacinação

- ▶ Histórico de reação anafilática após ingestão de ovo de galinha.
- ▶ Doenças ou tratamentos imunossupressores, quimioterápico ou radioterápico.
- ▶ Nos casos de doença febril aguda.
- ▶ Diante de reação anafilática após ingestão de ovo de galinha ou a dose anterior da vacina.
- ▶ Em crianças com menos de 6 meses de vida.

ATENÇÃO

A idade superior a 60 anos se apresenta como contraindicação relativa.

MENINGOCÓCICA CONJUGADA

Doença e epidemiologia

A doença meningocócica é causada pela bactéria *Neisseria meningitidis* (Meningococo), cuja disseminação resulta em infecções invasivas graves, como a meningite e a meningococcemia. As infecções, em geral, têm início abrupto e evoluem de forma rápida, alcançando uma taxa de letalidade de 10% a 20%. A doença pode acometer pessoas de todas as faixas etárias, porém, a maior incidência ocorre em crianças menores de 5 anos de idade, sobretudo nos menores de 1 ano. Em situações de surtos observa-se

uma distribuição da doença meningocócica entre os adolescentes e adultos jovens. Sabe-se, hoje, que indivíduos assintomáticos podem ser portadores desta bactéria na nasofaringe, propiciando a transmissão para indivíduos suscetíveis.

Características da vacina

Vacina com polissacarídeos dos meningococos A, C, W135 e Y, conjugada com proteínas carreadoras.

Via de administração

- ▶ IM profunda.
- ▶ Pode ser administrada simultaneamente a outras vacinas ou medicamentos.

Recomendação

- ▶ Indicada para idosos apenas em casos de epidemia da doença.
- ▶ Em situação endêmica, o médico do paciente pode indicar a vacinação após avaliação do risco/benefício.

Existem dados limitados em indivíduos com idade entre 56-65 anos e não existem dados para indivíduos com mais de 65 anos de idade.

Disponibilidade

Clínicas privadas de vacinação.

Esquema de doses

Dose única.

Adie a vacinação

- ▶ Na presença de doença febril aguda.
- ▶ Para pacientes com trombocitopenia ou qualquer distúrbio de coagulação: risco de sangramento pela via de administração da vacina (IM).

Contraindique a vacinação

Para indivíduos com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da vacina.

VACINA TRÍPLICE VIRAL (Sarampo, Caxumba e Rubéola)

Doenças e epidemiologia

Sarampo – É uma doença infecciosa aguda, causada por um vírus RNA chamado *Morbillivirus*, da família *Paramyxoviridae*, grave, transmissível e extremamente contagiosa. A OMS estima que ocorram, por ano, cerca de 20 milhões de casos e 197 mil mortes por sarampo no mundo, principalmente entre as crianças menores de 5 anos de idade. Mais da metade destes óbitos foi registrada na Índia, de 2000 a 2007. Com as campanhas de vacinação, houve 74% de redução das mortes por esta virose. São considerados grupos de maior risco/faixa etária: crianças menores de 5 anos; profissionais da área da Saúde e da Educação; populações institucionalizadas de quartéis, prisões, centros de reclusão de menores, albergues, alojamentos; estudantes (do ensino fundamental ao médio); adolescentes e adultos jovens que viajam para países em que o sarampo é endêmico; trabalhadores da construção civil; trabalhadores do setor de turismo; pessoas que pretendem viajar para áreas endêmicas e que não foram vacinadas; crianças desnutridas ou indivíduos com doenças crônicas, como doenças cardíacas fibrose cística, asma, tuberculose, ou outras doenças crônicas pulmonares.

Caxumba – A doença é causada por um vírus específico pertencente à categoria do *parainfluenza*, subgrupo do *paramixovirus*. A parotidite infecciosa costuma apresentar-se sob a forma de surtos, que acometem mais as crianças. Estima-se que, na ausência de imunização, 85% dos adultos poderão ter a doença, sendo que 1/3 dos infectados não apresentará sintomas. A doença é mais severa em adultos. As estações com maior ocorrência de casos são o inverno e a primavera.

Rubéola – É uma doença exantemática aguda, causada por um vírus pertencente ao gênero *Rubivirus*, da família *Togaviridae*. Apresenta alta contagiosidade, acometendo sobretudo crianças em idade escolar. Apresenta curso benigno, com manifestações clínicas leves, muitas vezes subclínico ou assintomático e raras complicações. Sua importância epidemiológica está relacionada à síndrome da rubéola congênita (SRC), quando a infecção ocorre durante a gestação e causa complicações importantes, como abortos, natimortos e malformações congênitas.

O principal objetivo da vacinação para rubéola é a prevenção da SRC. A partir da disponibilização da vacina, os surtos da doença têm ocorrido de maneira variável, com intervalo de alguns anos, observando-se picos da doença no inverno e começo da primavera em regiões de clima temperado.

O número de casos de rubéola caiu dramaticamente em países que disponibilizam a vacina; nos Estados Unidos, desde 2004 a doença foi declarada eliminada. No Brasil, no final da década de 1990, registrou-se número expressivo de casos da doença; em 1997 houve cerca de 30 mil casos, e

O principal objetivo da vacinação para rubéola é a prevenção da SRC.

consequente aumento da SRC. Após a implementação do Plano de Erradicação do Sarampo, em 2002, que impulsionou a vigilância e o controle da rubéola, registraram-se 443 casos nesse mesmo ano, o que representa redução superior a 90% da incidência da doença se comparada a 1997.

Importância da vacinação na população idosa

A maioria dos adultos brasileiros com mais de 60 anos de idade, muito provavelmente, é imune ao sarampo, rubéola e caxumba. Em casos de surtos, pessoas sem comprovação sorológica de infecção passada ou que não tenham recebido pelo menos duas doses da vacina tríplice viral na vida, devem ser vacinadas, independentemente da idade, desde que não imunodeprimidas ou gestantes.

Características da vacina

- ▶ Vacina combinada de vírus vivo atenuado.
- ▶ Via de administração: subcutânea.
- ▶ Pode ser administrada simultaneamente a outras vacinas.

A produção de anticorpos é semelhante a quando se administram as vacinas monovalentes de cada um dos vírus componentes.

Recomendação

- ▶ Não é rotina para idosos.
- ▶ Pode ser indicada a critério médico: surtos, viagens a lugares endêmicos, entre outros.
- ▶ Após exposição ao vírus do sarampo: uma dose até 72 horas após a exposição.

Disponibilidade

- ▶ Postos públicos de vacinação: apenas em situações especiais.
- ▶ Clínicas privadas de vacinação.

Esquema vacinal

É considerado protegido o indivíduo que tenha recebido duas doses da vacina após 1 ano de idade, com intervalo mínimo de um mês entre elas.

Adie a vacinação

- ▶ Diante do uso de imunoglobulinas e de sangue e derivados previamente à vacinação ou nos 15 dias posteriores a ela. Revacinar nessas condições.

Contraindique a vacinação

- ▶ Em indivíduos imunossuprimidos.
- ▶ Diante de histórico de reações anafiláticas após ingestão de ovo.

IMUNOBIOLOGICOS DISPONÍVEIS NOS CENTROS DE REFERÊNCIA PARA IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS (CRIES)

Vacina inativada poliomielite (VIP)

Indicações

Pessoas submetidas a transplante de órgãos sólidos ou de medula óssea.

Vacina hepatite B (HB) e imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB)

Indicações

Vacina para indivíduos suscetíveis

1. vítimas de abuso sexual;
2. vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção por VHB;
3. comunicantes sexuais de portadores de VHB;
4. profissionais de Saúde;
5. hepatopatias crônicas e portadores de hepatite C;
6. doadores de sangue;
7. transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea;
8. doadores de órgãos sólidos ou de medula óssea;
9. potenciais receptores de múltiplas transfusões de sangue ou poli-transfundidos;
10. nefropatias crônicas/dialisados/síndrome nefrótica;
11. convívio domiciliar contínuo com pessoas portadoras de VHB;
12. asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas;
13. fibrose cística (mucoviscidose);
14. doença de depósito;
15. imunodeprimidos.

Imunoglobulina para indivíduos suscetíveis

1. prevenção da infecção perinatal pelo vírus da hepatite B;
2. vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção por VHB;
3. comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B;
4. vítimas de abuso sexual;
5. imunodeprimidos após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados.

Vacina hepatite A (HA)

Indicações

1. hepatopatias crônicas de qualquer etiologia, inclusive portadores do vírus da hepatite C (VHC);
2. portadores crônicos do VHB;
3. coagulopatias;
4. adultos com HIV/Aids que sejam portadores do VHB ou VHC;
5. doenças de depósito;
6. fibrose cística;
7. trissomias;
8. imunodepressão terapêutica ou por doença imunodepressora;
9. candidatos a transplante de órgão sólido, cadastrados em programas de transplantes;
10. transplantados de órgão sólido ou de medula óssea;
11. doadores de órgão sólido ou de medula óssea, cadastrados em programas de transplantes.
12. hemoglobinopatias.

Vacina varicela (VZ) e imunoglobulina humana antivariçela zoster (IGHVAZ)

Indicações

Vacina varicela

Vacinação pré-exposição

1. leucemia linfocítica aguda e tumores sólidos em remissão há pelo menos 12 meses, desde que apresentem > 700 linfócitos/mm³, plaquetas > 100.000 /mm³ e sem radioterapia;
2. profissionais de Saúde, pessoas e familiares suscetíveis à doença e imunocompetentes que estejam em convívio domiciliar ou hospitalar com pacientes imunodeprimidos;
3. candidatos a transplante de órgãos, suscetíveis à doença, até pelo menos três semanas antes do ato cirúrgico, desde que não estejam imunodeprimidos;

4. imunocompetentes suscetíveis à doença e, maiores de 1 ano de idade, no momento da internação em enfermaria onde haja caso de varicela;
5. antes da quimioterapia, em protocolos de pesquisa;
6. nefropatias crônicas;
7. síndrome nefrótica: crianças com síndrome nefrótica, em uso de baixas doses de corticoide (< 2 mg/kg de peso/dia até um máximo de 20 mg/dia de prednisona ou equivalente) ou para aquelas em que o corticoide tiver sido suspenso duas semanas antes da vacinação;
8. doadores de órgãos sólidos e medula óssea;
9. receptores de transplante de medula óssea: uso restrito, sob a forma de protocolo, para pacientes transplantados há 24 meses ou mais;
10. pacientes infectados pelo HIV/Aids se suscetíveis à varicela, e assintomáticos ou oligossintomáticos (categoria A1 e N1);
11. pacientes com deficiência isolada de imunidade humoral e imunidade celular preservada;
12. doenças dermatológicas crônicas graves, tais como ictiose, epidermólise bolhosa, psoríase, dermatite atópica grave, e outras semelhantes;
13. uso crônico de ácido acetilsalicílico (suspender uso por seis semanas após a vacinação);
14. asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas;
15. trissomias.

Vacinação pós-exposição

1. para controle de surto em ambiente hospitalar, nos comunicantes suscetíveis imunocompetentes maiores de 1 ano de idade, até 120 horas após o contágio.

IGHVAZ

A sua utilização depende do atendimento de três condições, a saber: suscetibilidade, contato significativo e condição especial de risco, como definidas abaixo:

1. Que o comunicante seja suscetível, isto é:
 - a) pessoas imunocompetentes e imunodeprimidos sem história bem definida da doença e/ou de vacinação anterior;
 - b) pessoas com imunossupressão celular grave, independentemente de história anterior.
2. Que tenha havido contato significativo com o vírus varicela zoster, isto é:
 - a) contato domiciliar contínuo: permanência junto com o doente durante pelo menos uma hora em ambiente fechado;
 - b) contato hospitalar: pessoas internadas no mesmo quarto do doente ou que tenham mantido com ele contato direto prolongado, de pelo menos uma hora.

3. Que o suscetível seja pessoa com risco especial de varicela grave, isto é:
 - a) crianças ou adultos imunodeprimidos;
 - b) grávidas;
 - c) recém-nascidos de mães nas quais a varicela apareceu nos cinco últimos dias de gestação ou até 48 horas depois do parto;
 - d) recém-nascidos prematuros, com 28 ou mais semanas de gestação, cuja mãe nunca tenha tido varicela;
 - e) recém-nascidos prematuros, com menos de 28 semanas de gestação (ou com menos de 1.000 g ao nascimento), independentemente de história materna de varicela.

Imunoglobulina Humana Antirrábica (IGHAR)

Indicações

1. indivíduos com algum tipo de hipersensibilidade ao soro heterólogo (antitetânico, antirrábico, antidiftérico, antiofídico etc.);
2. indivíduos que não completaram esquema antirrábico por eventos adversos à vacina;
3. indivíduos imunodeprimidos – na situação de pós-exposição, sempre que houver indicação de vacinação antirrábica.

Vacina influenza inativada (INF)

Indicações

1. HIV/Aids;
2. transplantados de órgãos sólidos e medula óssea;
3. doadores de órgãos sólidos e medula óssea devidamente cadastrados nos programas de doação;
4. imunodeficiências congênitas;
5. imunodepressão devido a câncer ou imunossupressão terapêutica;
6. comunicantes domiciliares de imunodeprimidos;
7. profissionais de saúde;
8. cardiopatias crônicas;
9. pneumopatias crônicas;
10. asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas;
11. diabetes mellitus;
12. fibrose cística;
13. trissomias;
14. implante de cóclea;
15. doenças neurológicas crônicas incapacitantes;
16. usuários crônicos de ácido acetilsalicílico;
17. nefropatia crônica/síndrome nefrótica;
18. asma;
19. hepatopatias crônicas.

Vacina *Haemophilus influenzae* do tipo b (Hib)

Indicações

Transplantados de medula óssea e órgãos sólidos.

Imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT)

Indicações

1. indivíduos que apresentaram algum tipo de hipersensibilidade quando da utilização de qualquer soro heterólogo (antitetânico, antirrábico, antidiftérico, antiofídico etc.);
2. indivíduos imunodeprimidos, nas indicações de imunoprofilaxia contra o tétano, mesmo que vacinado. Os imunodeprimidos deverão receber sempre a IGHAT no lugar do SAT, devido à meia vida maior dos anticorpos;
3. recém-nascidos em situações de risco para tétano cujas mães sejam desconhecidas ou não tenham sido adequadamente vacinadas;
4. recém-nascidos prematuros com lesões potencialmente tetanogênicas, independentemente da história vacinal da mãe.

Vacina meningocócica C conjugada (Men C)

Indicações

1. asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas;
2. imunodeficiências congênitas da imunidade humoral, particularmente do complemento e de lectina fixadora de manose;
3. pessoas menores de 13 anos com HIV/Aids;
4. implante de cóclea;
5. doenças de depósito.

ATENÇÃO

Dependendo da situação epidemiológica, a vacina meningocócica C conjugada poderá ser administrada para pacientes com condições de imunodepressão contempladas neste Guia.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO IDOSO

Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SbIm) – 2013/2014

VACINAS	QUANDO INDICAR	ESQUEMAS
Influenza (gripe)	Rotina.	Dose única anual, preferencialmente antes do início do outono.
Pneumocócica conjugada 13 valente (VPC13) e Pneumocócica 23 valente (VPP23)	Rotina.	O esquema de vacinação para a doença pneumocócica deve ser iniciado com uma dose da VPC13 seguida de uma dose de VPP23 dois meses depois e uma segunda dose de VPP23 cinco anos após.
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa)	Rotina.	<p>Uma dose de vacina dTpa é recomendada, mesmo nos indivíduos que receberam a vacina dupla bacteriana do tipo adulto (dT).</p> <p>Para indivíduos com esquema de vacinação básico completo (pelo menos três doses de toxoide tetânico): fazer reforço com dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto) a cada dez anos.</p> <p>Com esquema de vacinação básico contra o tétano incompleto (menos de três doses): uma dose de dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto) a qualquer momento e completar a vacinação básica com uma ou duas doses de dT (dupla bacteriana do tipo adulto) de forma a totalizar três doses de vacina contendo o componente tetânico. Em ambos os casos: na impossibilidade do uso da vacina dTpa, substituir a mesma pela vacina dT; e na impossibilidade da aplicação das outras doses com dT, substituir a mesma pela vacina dTpa completando três doses da vacina com o componente tetânico.</p>
Hepatites A e B	Hepatite A: após avaliação sorológica ou em situações de exposição ou surtos.	Duas doses, no esquema 0-6 meses.
	Hepatite B: rotina.	Três doses, no esquema 0-1-6 meses.
	Hepatite A e B: após avaliação sorológica ou em situações de exposição ou surtos.	Três doses, no esquema 0-1-6 meses. A vacinação combinada para as hepatites A e B é uma opção e pode substituir a vacinação isolada para as hepatites A e B.
Febre amarela	Rotina para residentes em áreas de vacinação. Avaliar risco/benefício para os demais em caso de viagens.	Indicada para habitantes de áreas classificadas pelo MS como de vacinação e para as pessoas que vão viajar para essas regiões, assim como para atender às exigências sanitárias para determinadas viagens internacionais.
Meningocócica conjugada ACWY	Surtos.	Dose única.
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Situações de risco aumentado.	É considerado protegido o indivíduo que tenha recebido, em algum momento da vida, duas doses da vacina tríplice viral acima de 1 ano de idade, e com intervalo mínimo de um mês entre elas. Aplicar uma dose para indivíduos que receberam uma dose previamente; aplicar duas doses para os que ainda não receberam nenhuma dose da vacina ou com antecedentes vacinais desconhecidos. O intervalo mínimo de 30 dias entre as doses precisa ser respeitado.

COMENTÁRIOS	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS	
	postos públicos de vacinação	clínicas privadas de vacinação
Os maiores de 60 anos fazem parte do grupo de risco aumentado para as complicações e óbitos por influenza.	SIM	SIM
Para indivíduos que já receberam a VPP23, recomenda-se um intervalo de um ano para a aplicação de VPC13 e de cinco anos para a aplicação da segunda dose de VPP23, com intervalo mínimo de dois meses entre as duas. Se a segunda dose de VPP23 foi aplicada antes dos 65 anos, está indicada uma terceira dose depois dessa idade, com intervalo mínimo de cinco anos da última dose.	SIM, VPP23 PARA GRUPOS DE RISCO E INSTITUCIONALIZADOS	SIM
<p>O indivíduo com mais de 60 anos é considerado de risco para as complicações relacionadas à coqueluche. A vacina está indicada mesmo para aqueles que tiveram a doença, já que a proteção conferida pela infecção não é permanente.</p> <p>Na impossibilidade de acesso à vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa), deve ser recomendada a vacina dupla bacteriana do tipo adulto (dT).</p>	dT SIM dTpa NÃO	dT NÃO dTpa SIM
Na população com mais de 60 anos existe a possibilidade aumentada de se encontrar indivíduos com anticorpos contra hepatite A. Para esse grupo, portanto, a vacinação não é prioritária. A sorologia pode ser solicitada para definição da necessidade ou não de vacinar. Em contactantes de doentes com hepatite A, ou durante surto da doença, a vacinação deve ser acompanhada da aplicação de imunoglobulina padrão.	NÃO	SIM
Esquemas especiais de vacinação para a hepatite B são necessários para pacientes imunodeprimidos e renais crônicos: dose dobrada (2 mL = 40 mcg) em quatro aplicações (esquema 0-1-2-6 meses), e nesses casos está disponível nos Cries. Para esses pacientes, sorologia anti-Hbs deve ser realizada anualmente e o reforço está indicado para aqueles com resultados <10 UI/mL.	NÃO	SIM
A vacinação combinada para as hepatites A e B é uma opção e pode substituir a vacinação isolada para as hepatites A e B, quando as duas vacinas estão indicadas.	NÃO	SIM
Maior risco de eventos adversos graves acima dos 60 anos de idade.	SIM	SIM
A vacina pode ser utilizada em situações endêmicas, se prescrita pelo médico do paciente após avaliação de risco/benefício.	NÃO	SIM
Não deve ser rotina, mas, a critério médico (surto, viagens, entre outros), pode ser indicada para maiores de 60 anos. Contraindicada para imunodeprimidos.	EM SITUAÇÕES ESPECIAIS	SIM

O principal objetivo deste Guia é apresentar as diferentes vacinas do calendário do idoso de maneira resumida e objetiva, para que o geriatra e o clínico geral possam a ele recorrer no dia a dia do consultório e/ou ambulatório.

A prevenção de doenças infecciosas possibilita a redução da morbimortalidade e a melhoria da qualidade de vida. Portanto, com esta publicação, a SBIm e a SBGG esperam contribuir para a melhor prática médica e melhores conquistas para a saúde dos idosos.