analisados. A vacina BCG obteve maior cobertura vacinal nos anos de 2013 (101,39%), 2014 (101,28%), 2015 (102,89%), 2016 (84,07%), 2017 (86,96%), 2018 (84,27%), 2020 (78,43%), 2021 (66,66%) e 2022 (86,66%); sendo que entre os anos de 2015 e 2016 ocorreu uma expressiva queda da CV. A partir desse período, a CV da BCG estabeleceu-se abaixo da recomendação do PNI. A vacina contra a Febre Amarela obteve menor cobertura em 2015 (83,29%), 2016 (69,45%), 2017 (72,81%), 2018 (69,14%), 2019 (66,44%), 2020 (62,19%), 2021 (54,31%) e 2022 (60,73%).

Conclusão: Em 2016 e 2021 todos os imunógenos apresentaram redução da CV. A partir de 2016, a CV de todos os imunógenos estava abaixo do ideal. As vacinas contra a poliomielite e meningococo C apresentaram CV adequada em 2013. Nesses 10 anos, os imunobiológicos Hepatite B, Rotavírus, Pneumocócica, Pentavalente e Febre Amarela obtiveram CV inferior à adequada. Constata-se a baixa CV do Calendário de Imunização de zero até 12 meses na Bahia no período de 10 anos. Esse cenário demonstra a importância da implementação de políticas de incentivo à vacinação dessa população-alvo na Bahia.

Palavras-chave: Cobertura Vacinal Vacinação Programas de Imunização Crianças Bahia

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103093

COBERTURA VACINAL NO BRASIL: UM LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DOS ÚLTIMOS 10 ANOS

Beatriz Camargo Gazzi*, Ananda Totti Rodrigues, Camila Vitória Anjos Lorenzoni, Júlia Gória Ferraz, Bianca Rezende Lucarevschi

Universidade de Taubaté (UNITAU), Taubaté, SP, Brasil

A vacinação é uma estratégia eficaz e custo-efetiva na prevenção de doenças. O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973 com o intuito de reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, é coordenado pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias de saúde estaduais e municipais, com mais de 38 mil salas de vacinação, oferecendo 29 vacinas de forma gratuita, sendo 15 para crianças, 9 para adolescentes e 5 para adultos e idosos. Nesse contexto, a vacinação se tornou uma das principais intervenções em saúde pública, responsável pela erradicação da poliomielite, e diminuição de outras doenças. Porém, o crescimento do movimento anti-vacinas e a propagação de notícias falsas têm apresentado desafios para o PNI. Como consequência, observa-se o retorno de surtos de doenças outrora já controladas, como o Sarampo, evidenciando a necessidade de medidas governamentais. Assim, este estudo objetiva analisar o índice de cobertura vacinal no Brasil e a distribuição geográfica nos últimos 10 anos. Foram analisados os índices de cobertura vacinal do PNI, obtidos pelo total de doses aplicadas de acordo com o esquema vacinal completo dividido pela população alvo. Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo de abrangência nacional, referente aos anos de 2013 a 2022.O maior índice foi em 2015 (95,07), com declínio para 50,44 em 2016, menor cobertura da década. Quanto às macrorregiões, o Norte teve a menor cobertura por 8 anos, mas foi no Nordeste o menor índice absoluto do período, de 47,96 (2016). Em contraste, o Sul teve as melhores marcas por 6 anos, seguida pelo Centro-Oeste, por 3 anos. Já a maior cobertura absoluta ocorreu pontualmente no Sudeste, em 2015 (98,51). O Pará deteve a menor marca do Norte em 2016 (41,43), sendo o estado com os piores índices do país por 3 anos. O Mato Grosso do Sul foi, por 4 anos, o líder nacional, com ápice em 2015 (113,07). Já no Sudeste, Rio de Janeiro teve o pior desempenho por 8 anos, com a menor cobertura em 2016 (47,98), enquanto que Minas Gerais liderou os índices por 7 anos, com ápice em 2015 (100,33). Por fim, no Sul, Santa Catarina teve as melhores marcas em 8 dos 10 anos, com auge de 100,69 (2015), enquanto que o Rio Grande do Sul apresentou os piores índices, com pior desempenho em 2016 (53,86). Assim, são evidenciadas discrepâncias regionais quanto à cobertura vacinal no Brasil, necessitando de políticas públicas direcionadas para as demandas regionais, tanto na esfera individual quanto na coletiva.

Palavras-chave: Cobertura vacinal Brasil Epidemiologia

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103094

EFICÁCIA DE UMA VACINA DE PROTEÍNA F PRÉ-FUSÃO DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (RSVPREF3 OA) EM ADULTOS MAIS VELHOS COM CONDIÇÕES CARDIORRESPIRATÓRIAS COEXISTENTES

Lessandra Michelin[a,*], Veronica Hulstrom[a], Alberto Papi[b], Robert G. Feldman[c], Raffaele Antonelli-Incalzi[d], Katie Steenackers[e], Dong-Gun Lee[f], Michael G. Ison[g], Laurence Fissette[a], Marie-Pierre David[a], Céline Maréchal[a], Lusine Kostanyan[a], Marie Van der Wielen[a]

[a] *GSK;*
[b] *St. Anna University Hospital, University of Ferrara, Ferrara, Itália;*
[c] *Clinical Trials Inc., Little Rock, Estados Unidos;*
[d] *Università Campus Bio-Medico di Roma, Roma, Itália;*
[e] *University of Antwerp, Antuérpia, Bélgica;*
[f] *Seoul St. Mary's Hospital, The Catholic University of Korea, Seoul, Coreia do Sul;*
[g] *National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, Bethesda, Estados Unidos*

Objetivos: O vírus sincicial respiratório (VSR) pode causar doença respiratória grave em adultos mais velhos com problemas cardiorrespiratórios. Em um estudo controlado por placebo de fase 3 em andamento (NCT04886596), a eficácia da vacina (VE) RSVPreF3 OA durante a primeira temporada de VSR foi de 82,6% contra doenças do trato respiratório inferior relacionadas ao VSR (RSV-LRTD), e 71,7% contra doenças respiratórias agudas relacionadas ao VSR (RSV-ARI) em adultos com ≥60 anos de idade. Apresentamos a VE em participantes com condições cardiorrespiratórias coexistentes de interesse associadas a um risco maior de desfechos graves da doença por VSR.

Métodos: Adultos com ≥60 anos foram randomizados 1:1 e receberam 1 dose de vacina RSVPreF3 OA ou placebo. A VE foi