

INVESTIGANDO A COBERTURA DE VACINA ORAL DE ROTAVÍRUS HUMANO(VORH)NO RIO GRANDE DO NORTE

Cilene Nunes Dantas¹

Introdução: O Rotavírus é a principal causa de adoecimento e óbito por diarreia em crianças menores de 5 anos, sendo responsável por 2 milhões de hospitalizações e mais de 600 mil mortes no mundo todo, entre crianças nessa idade⁽¹⁾. Esta virose pode ser uma das causas de diarreia aguda, acompanhada de vômito, febre e dor abdominal, em alguns casos há presença de muco e sangue podendo levar a óbito principalmente crianças menores de 2 anos. Cabe ressaltar que até o momento, são reconhecidos sete diferentes grupos de Rotavírus, designados de A a G. Os rotavírus do grupo A destacam-se como os de maior importância epidemiológica. O vírus contém no genoma o RNA fragmentado de dupla cadeia, que sintetiza proteínas não estruturais (persistem apenas na morfogênese viral) e as proteínas estruturais: VP1, VP2 e VP3 – componentes do core viral e VP7 (glicoproteína G) e VP4 (proteína P, sensível à protease) na camada externa. As duas últimas constituem os maiores antígenos envolvidos na neutralização viral e são responsáveis pela definição dos diferentes sorotipos⁽²⁾. Encontram-se descritos 10 sorotipos de VP7 e oito de VP4 capazes de infectar o homem, com possibilidade teórica de 80 combinações. Os sorotipos G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8] e G9P[8] ocorrem com maior frequência no mundo todo, dentre estes a cepa G1P[8] é a predominante. A cepa G9 tem emergido desde os anos 1990 e predomina em algumas regiões. A taxa de eficácia da vacina para casos de gastroenterite grave varia de 68 a 90% e para gastroenterite de qualquer gravidade a eficácia variou de 55 a 73%. Esta virose caracteriza-se pelo início abrupto, período curto de incubação, pela presença de vômitos em mais de 50% dos casos, febre alta e diarreia profusa, conseqüentemente, grande parte dos casos tem desidratação. Diante disso, o uso do soro de reidratação oral revela-se altamente eficaz no combate à desidratação destes casos. A transmissão ocorre de forma fecal-oral, com alta excreção do vírus, um trilhão de partículas virais/ml de fezes, ou então pela água ou por alimentos, no contato pessoa a pessoa, com objetos contaminados e, provavelmente, por secreções respiratórias. Esta virose é sazonal, estendendo-se do outono à primavera, freqüente em países de clima temperado, porém as infecções ocorrem o ano todo nas regiões tropicais do planeta. Em suma, o vírus caracteriza-se pelo seu elevado potencial disseminador, a grande variedade de cepas circulantes do rotavírus no mundo, favorecido por fatores como o clima, pela alta densidade populacional em conglomerados urbanos, além da convivência em creches das crianças e em outros ambientes fechados. Dessa forma, faz-se necessário para sua prevenção das medidas tradicionais de higiene e de saneamento básico, e para o seu controle a utilização de uma vacina eficaz e segura⁽³⁾. As primeiras vacinas foram desenvolvidas, no início da década de 80, eram de origem animal (bovino e

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Secretária Municipal de Saúde do Natal-RN e Docente da Faculdade de Ciências, Cultura e Extensão do RN.

símio), devido à grande variabilidade nos resultados dos estudos de campo atribuiu-se ao fato dessas vacinas não oferecerem proteção contra os sorotipos epidemiologicamente mais importantes. Os estudos começaram a serem desenvolvidos, no Brasil, no início da década de 90 que avaliavam a inocuidade, a imunogenicidade e a eficácia de três doses de uma vacina tetravalente, visto que previnha a diarreia causada pelo vírus da família Reoviridae, que causa diarreia grave, freqüentemente, acompanhada de febre e vômito. A vacina em questão, originalmente designada *rhesus-human reassortant rotavirus tetravalent vaccine*, *RRV-TV*, reúne quatro cepas atenuadas distintas. Em síntese, assim se apresenta a composição: a) três amostras com especificidades antigênicas para G1, G2 e G4, obtidas por reestruturação genômica *in vitro* envolvendo rotavírus de origens humana e símia (*RRV*); e b) a própria cepa *RRV*, homóloga ao G3. O produto, designado *Rotashield*, mereceu licença pela *Food and Drug Administration (FDA)*, Estados Unidos, em agosto de 1998, para uso rotineiro via oral, três doses (2, 4 e 6 meses), nesse país ⁽⁴⁾. A utilização deste imunobiológico foi suspensa, em julho de 1999, devido ao aumento de casos de invaginação intestinal. Em 2000, teve início um estudo com outra vacinal oral atenuada, a RIX4414, na Finlândia de origem humana, Rotarix (Glaxo Smith kline Biologicals), monovalente, com elevada imunogenicidade, eficácia e segurança ⁽⁵⁾. A qual foi incluída no calendário vacinal brasileiro, em março de 2006, denominada Vacina Oral de Rotavírus Humano (VROH) cujo público alvo é a população de menores de um ano de vida. No entanto, a criança só adquirir a imunidade ao receber a segunda dose do imunobiológico, de acordo com o preconizado a primeira dose deve ser aos dois meses de vida, podendo idade mínima ser com 1 mês e 15 dias e a máxima três meses e sete dias. Já a segunda dose deve ser aos 4 meses, podendo ser administrada com idade mínima aos três meses e sete dias e idade máxima aos cinco meses e quinze dias ⁽⁶⁾. Diante desta recomendação a vacina não deve, de forma alguma, ser aplicada fora deste prazo, caso ocorra esta situação deve-se preencher a ficha de notificação procedimentos inadequados e acompanhar a criança por 42 dias, na vigência de eventos adversos registrar na ficha de notificação de eventos adversos ⁽⁵⁾. Além deste cuidado devemos investigar se existem contra-indicações ao uso da vacina que vão desde a malformação formação congênita do trato digestivo, história de doença gastrointestinal crônica, história prévia de invaginação intestinal, terapêutica imunossupressiva ou corticoterapia >2mg/kg/dia por mais de 2 semanas, imunodeficiência congênita ou adquirida, até reação alérgica grave a um dos componentes da vacina ou em dose anterior. Objetivo: O estudo tem o intuito de investigar a cobertura da VORH no Rio Grande Norte (RN), no período de março de 2006 a dezembro de 2008. Metodologia: Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, exploratória e documental junto aos dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) do período em estudo. A população do estudo será composta pela população infantil, menor de um ano,

vacinada com as duas doses de VORH, no período de março de 2006 a dezembro de 2008, no RN. No ano de 2006 foram administradas 30.375 unidades referentes à primeira dose e 16.943 unidades relativas à segunda dose da VORH. Já em 2007, constatamos um aumento no número de doses administradas perfazendo 42.766 unidades na primeira dose e 32.360 unidades na segunda dose. Em 2008, foram administradas 45.699 unidades referentes à primeira dose e 35.501 unidades relativas à segunda dose da VORH. Constatamos a ocorrência de uma redução na administração da segunda dose em relação à primeira. Isso pode estar ocorrendo, em virtude da vacina ter sido implantada no calendário vacinal em 2006 ou pelo desconhecimento dos pais sobre a recomendação pré-vacinal, que gera, muitas vezes, medo e insegurança nos mesmos gerando uma baixa adesão a este imunobiológico. Outro fator relevante é a idade das crianças no momento da vacina que não pode ser administrada após a idade de 3 meses e 7 dias para a primeira dose e 5 meses e 15 dias para a segunda dose, pois as famílias comparecem tardiamente para receber a vacina na unidade de saúde. Neste contexto, percebemos a necessidade de buscarmos estratégias junto à gestão estadual e municipal para sensibilizar as famílias sobre a relevância da vacina para a saúde da criança e da coletividade, além de capacitar os profissionais para realizarem a busca dos faltosos no domicílio. Cabe destacar que as atividades educativas com a comunidade, em especial, as realizadas no pré-natal que devem focar a importância da VORH e seus benefícios para a população infantil. Além de ser de suma relevância a educação permanente dos profissionais de saúde e do agente comunitário de saúde (ACS) que deve estar informado e orientando aos moradores da sua microárea sobre a vacina, suas contra-indicações, seu aprazamento, esclarecendo dúvidas, buscando os faltosos para aplicar VORH no serviço de saúde mais próximo, propiciando a melhoria da qualidade de vida da população e a redução da mortalidade infantil.

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Informe Técnico Doença Diarréica por Rotavírus: Vigilância Epidemiológica e Prevenção pela Vacina Oral de Rotavírus Humano – VORH. Brasília, 2008.
2. AGUIAR, Z e RIBEIRO CS. Controle das Doenças transmissíveis. São Paulo: Martinari; 2006
3. Informes Técnicos Institucionais. Diarréia e rotavírus. Ver de Saúde Pública 2004; (38) 6: 844 – 5. [capturado 2009 abr. 05]; Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_rotavirus.pdf.
4. Linhares AC. Epidemiologia das infecções por rotavírus no Brasil e os desafios para o seu controle. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000 16(3):629-646,

5. Governo de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Informe Técnico Vacina contra o rotavírus, Janeiro 2006. [capturado 2009 abr. 28]; Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/imuni/IF_ROT06.pdf.

6. BRASIL. Informe Técnico Doença Diarréica por Rotavírus: Vigilância Epidemiológica e Prevenção pela Vacina Oral de Rotavírus Humano; 2006.