

IMUNIZAÇÃO EM CRIANÇAS INFECTADAS PELO HIV: UMA LEITURA DE COBERTURA VACINAL

IMMUNIZATION IN CHILDREN INFECTED BY HIV: A READING OF VACCINATION COVERAGE

*Bruna Rodrigues Braga¹
Sheila Rodrigues Dias Filgueiras²
Amanda Maurício Miranda de Lima¹*

RESUMO

Objetivos: Identificar a série histórica da cobertura vacinal das crianças com diagnóstico definitivo de HIV atendidas na sala de vacinação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no período de 2005 a 2015. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de cunho epidemiológico descritiva, onde os dados foram coletados por meio de prontuários, e analisados por meio de uma análise estatística descritiva. **Resultados:** apenas a vacina para hepatite A obteve 100% de cobertura vacinal. **Conclusão:** Constatou-se que a cobertura vacinal para esse grupo não se mantém efetiva, reforçando assim a necessidade de se reavaliar o processo de trabalho estabelecido.

Palavras-chave: Cobertura Vacinal. Vacinação. HIV. Soro positividade para HIV.

ABSTRACT

Objective: To identify the historical series of children vaccination coverage with definitive diagnosis of HIV treated in the vaccination room of the Municipal Health Department from 2005 to 2015. **Method:** This is a descriptive epidemiological study with data collected by medical records and analyzed by a descriptive statistical. **Results:** Only the hepatitis A vaccine obtained 100% vaccination coverage. **Conclusion:** It was verified that the vaccination coverage for this group does not remain effective, thus reinforcing the needs to reevaluate the work process established.

Keywords: Vaccination Coverage. Vaccination. HIV. HIV Sero positivity.

INTRODUÇÃO

Este artigo tem por objeto de estudo a situação vacinal das crianças com diagnóstico de HIV atendidas na sala de vacinação da Secretaria Municipal de Saúde em um município de médio porte situado no interior do estado do Rio de Janeiro. Ademais, surgiu o interesse pelo estudo, na busca sobre conhecimento da temática.

O HIV é o vírus da imunodeficiência humana, que pode levar à Aids, que significa síndrome da imunodeficiência adquirida. O primeiro caso da infecção ocorreu na África em 1977, quando pesquisadores estudavam o vírus Ebola, e houve o falecimento de uma médica e pesquisadora dinamarquesa, Margrethe P. Rask, aos 47 anos, por causas ainda não vistas⁽¹⁾.

1 Enfermeira. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: brunarodrigues.braga@outlook.com.

2 Enfermeira. Centro Universitário de Barra Mansa.

Já em 1982, ocorreu o primeiro caso notificado em mulheres associado a transfusão sanguínea e a definição da sigla AIDS. Contudo, em 1983, um retrovírus de um paciente infectado foi isolado e, nos anos seguintes, o pesquisador norte-americano Gallo identificou o HTLV-3, que mais tarde ficaria conhecido como HIV. Contudo, o primeiro caso notificado no Brasil foi em 1982, no estado de São Paulo, no Hospital de Infectologia Emílio Ribas. Mas somente no ano de 1987, foi aprovado a comercialização do primeiro antirretroviral, o AZT (zidovudina), este medicamento inibe o vírus do HIV. Já mais tarde, em 1995, o 3TC (lamivudina) começou a ser usado, que age inibindo a replicação do vírus⁽²⁾.

Em relação aos aspectos fisiopatológicos, o HIV é um retrovírus com genoma RNA, da Família Retroviridae (retrovírus) e subfamília Lentivirinae. Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos que necessitam de uma enzima denominada transcriptase reversa para se multiplicar. Essa enzima é responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, que pode, então, integrar-se ao genoma do hospedeiro. Além disso, todos têm a capacidade de infectar linfócitos através do receptor CD4⁽³⁾.

A transmissão do vírus HIV ocorre das seguintes maneiras: materiais que apresentem fluidos corporais infectados; hemoderivados sem processos transfusionais; equipamentos médicos, cirúrgicos e odontológicos mal esterilizados; no sêmen, fluídos vaginais e anais durante relação sexual sem preservativo; uso de drogas injetáveis com compartilhamento de seringas; em acidentes ocupacionais, quando profissionais da saúde sofrem ferimentos com materiais perfuro-cortantes contaminados com sangue ou outros materiais biológicos; até na gestação, em que o vírus pode ser transferido para o feto por via placentária, no canal de parto e até mesmo pela amamentação⁽⁴⁾.

A gestação acelera a evolução da doença nas mães portadoras do vírus do HIV e cerca de 20% dos recém-natos dessas mães não medicadas também carregam o vírus. A carga viral elevada é o principal fator de risco associado à transmissão vertical⁽⁵⁾.

O Ministério da Saúde disponibiliza AZT oral para as gestantes infectadas desde 1994 e AZT endovenoso e solução oral para os RN desde 1996. Essas medicações juntamente com a assistência de enfermagem no pré-natal, no parto e no puerpério, e os cuidados de enfermagem com o RN de maneira correta fazem com que as taxas de transmissão vertical sejam cada vez menores⁽⁶⁾.

A transmissão vertical pode ocorrer durante a gestação, no parto e/ou na amamentação. Para reduzir o contágio de maneira vertical, a gestante infectada deve começar a terapia antirretroviral a partir do primeiro trimestre de gestação, o parto deverá ser programado e escolhida a cesariana como recomendação. Na sala de parto, os profissionais devem adotar precauções básicas de cuidados com o RN, visto que a maior parte da transmissão pelo HIV da mãe para o RN ocorre no parto devido a exposição de mucosas e de sangue contendo partículas com o vírus. Deve ser evitado aspiração de vias aéreas do RN, o mesmo deve ser encaminhado para o banho com água corrente e sabão imediatamente logo após o parto. O uso de AZT para o RN deve começar até as primeiras 8 horas de vida e prolongado até seis semanas de vida⁽⁷⁾.

A passagem transplacentária de anticorpos maternos (IgG anti-HIV) ocorre principalmente no terceiro trimestre de gestação, podendo persistir até os 18 meses de idade na criança. Por isso, não recomenda-se a utilização de métodos de detecção de anticorpos para o diagnóstico em menores de 18 meses de idade, sendo preferencialmente utilizado os testes moleculares (TM), como por exemplo a quantificação do RNA viral (carga viral – CV)⁽⁸⁾.

Dessa forma, o diagnóstico do HIV em crianças com idade maior ou igual a 18 meses se dá da seguinte maneira: um teste de triagem para detecção de anti-HIV 1 e anti-HIV-2 e pelo menos um teste confirmatório; em caso de resultado positivo, nova amostra deverá ser coletada para confirmar a positividade da primeira amostra; é considerada não infectada quando houver uma amostra não reagente em testes de detecção para

anticorpos anti-HIV ou uma amostra negativa em dois testes rápidos; em caso de resultados discordantes nos dois primeiros ensaios, realiza-se um terceiro teste rápido. Quando este terceiro teste resultar negativo, a amostra é considerada “negativa para o HIV”⁽⁸⁾.

Cobertura vacinal se trata de um conjunto de indicadores que avaliam a cobertura vacinal para algumas doenças. O conceito de indicador de cobertura vacinal é constituído pelo número de doses aplicadas (correspondente ao esquema completo de vacinação) de determinado imunobiológico dividido pela população alvo e multiplicado por 100, em uma área e tempo considerados. Este indicador corresponde ao percentual de pessoas vacinadas e potencialmente protegidas contra determinada doença⁽⁹⁾.

O resultado desse estudo expõe na realidade a capacidade operacional do serviço, porém salienta-se que a leitura das variáveis propostas e a análise da cobertura vacinal viabiliza a construção de uma leitura diagnóstica de risco para a contaminação vertical pelo HIV bem como o a detecção, se for o caso de redirecionamento das ações assistenciais no sentido de qualificá-las, justificando assim o valor da pesquisa.

A fim de revelar o objeto proposto, tem-se por hipótese que quando a criança se expõe ao vírus HIV tende a se manter uma cobertura de imunização mais efetiva a esse grupo. Portanto, no intuito de validar as hipóteses desenhadas, tem-se por objetivos: levantar o número de crianças com diagnóstico de HIV que fazem acompanhamento na sala de vacinação e verificar a cobertura vacinal dessas crianças junto a sala de vacinação no período de 2005 a 2015.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de cunho epidemiológico descritiva, onde destaca-se a descrição detalhada da ocorrência de eventos relacionados à saúde nas populações com a intenção de conhecer padrões gerais no comportamento de

doenças e identificar subgrupos populacionais mais vulneráveis⁽¹⁰⁾.

A população do estudo foi composta por seis crianças com diagnóstico de HIV atendidas na sala de vacinação da Secretaria Municipal de Saúde do município sede da pesquisa, no período de 2005 a 2015. Teve-se por critério de inclusão: todas as crianças presentes no estudo deveriam estar cadastradas no programa de imunobiológicos especiais com diagnóstico consolidado de HIV+. Portanto, foram excluídas as que não apresentaram o diagnóstico positivo para HIV.

Os dados de imunização das crianças foram obtidos por meio de prontuário, em que foram selecionadas as seguintes variáveis: a observação apenas das vacinas especiais administradas na sala de vacinação da Secretaria Municipal de Saúde do Município, sede de pesquisa para crianças portadoras do HIV (Pneumocócica 23v, Meningocócica C, Influenza, Hepatite A, Varicela), número de doses, data da vacinação, aprazamento das próximas doses, procedência. Os dados foram analisados por meio de uma análise estatística descritiva, da cobertura vacinal operacionalizada pelo município propiciando uma análise à luz do referencial teórico.

O levantamento e a análise dos dados foram realizados no período de três meses. Todo o estudo respeitou os preceitos éticos da pesquisa, especificando as fontes de consultas e demonstrando valores das variáveis sem identificação dos sujeitos.

O projeto foi desenvolvido somente após a aprovação do Comitê de Ética do Centro Universitário de Barra Mansa (UBM). O projeto foi aprovado pelo CEP do UBM, demonstrado por meio do CAAE 59487916.7.0000.5236 e parecer substanciado 1.816.353.

RESULTADOS

A partir da consolidação dos dados levantados na sala de vacinação da Secretaria Municipal de Saúde do Município sede da pesquisa foi possível realizar a leitura da cobertura vacinal realizada para a população do estudo.

Tabela 1. Cobertura Vacinal para a Vacina Meningocócica C. Município sede da pesquisa/RJ. 2005 a 2015.

MENINGOCÓCICA C	
DOSES	QNT. CRIANÇAS
1ª DOSE	4
2ª DOSE	0
1º REFORÇO	0
COBERTURA:	0%

Fonte: Sala de Vacinação da Secretaria Municipal de Saúde, 2005- 2015.

Para a Meningocócica C obteve-se 0% de cobertura vacinal para o população alvo da pesquisa, visto que, apenas 4 das 6 crianças receberam apenas a 1ª dose da vacina.

De acordo com os dados levantados, para a vacina de Influenza, obtivemos apenas 2 crianças vacinadas, configurando 33,33% de cobertura vacinal para esse imunobiológico.

Tabela 2. Cobertura Vacinal para a Vacina Hepatite A. Município sede da pesquisa/RJ. 2005 a 2015.

HEPATITE A	
DOSES	QNT. CRIANÇAS
1ª DOSE	6
2ª DOSE	6
COBERTURA:	100%

Fonte: Sala de Vacinação da Secretaria Municipal de Saúde, 2005-2015.

Conforme apresentado, para a vacina Hepatite A, obtivemos 100% da cobertura vacinal, o que significa que todas as seis crianças participantes do estudo receberam tanto a 1ª quanto a 2ª dose da vacina.

Tabela 3. Cobertura Vacinal para a Vacina Varicela. Município sede da pesquisa/RJ. 2005 a 2015.

VARICELA	
DOSES	QNT. CRIANÇAS
1ª DOSE	1
2ª DOSE	0
COBERTURA:	0%

Fonte: Sala de Vacinação da Secretaria Municipal de Saúde, 2005-2015.

Para a vacina Varicela, obteve-se 0% de cobertura vacinal para o população alvo da pesquisa, visto que, apenas uma das seis crianças recebeu apenas a 1ª dose da vacina.

Tabela 4. Cobertura Vacinal para a Vacina Pneumocócica 23V. Município sede da pesquisa/RJ. 2005 a 2015.

PNEUMOCÓCICA 23V	
DOSES	QNT. CRIANÇAS
1ª DOSE	6
2ª DOSE	3
COBERTURA:	50%

Fonte: Sala de Vacinação da Secretaria Municipal de Saúde, 2005-2015.

Verifica-se que para a vacina Pneumocócica 23v, obteve-se cobertura vacinal de 50%, pois 2 crianças não receberam a 2ª dose dentro do aprazamento previsto e; a 2ª dose de outra criança está aprazada para 2020.

DISCUSSÃO

O esquema de vacinação para crianças portadoras do vírus do HIV com vacina a Meningocócica C é da seguinte maneira: 1ª dose aos 3 meses, 2ª doses aos 5 meses e reforço aos 15 meses, porém todas as crianças da pesquisa começaram o esquema tardiamente, após os 15 meses. Devido a essa situação e por serem portadores do HIV, tem-se a seguinte questão: que após os 12 meses de idade e não vacinadas anteriormente, a criança deverá receber 2 doses com intervalo de 8 a 12 semanas, e uma dose de reforço após 5 anos da última dose recebida.

Porém, as doses administradas da Meningocócica C foram baseadas no Manual do CRIE 2006, que diz que crianças maiores de 12 meses de idade, portadoras ou não do HIV e não vacinadas anteriormente, deverão receber dose única. Com isso, os esquemas das crianças participantes do estudo se encontram incompletos e com uma cobertura zerada para essa vacina, devendo haver uma busca ativa dessas crianças para que possam completar o esquema com a 2ª dose e o reforço, para que a eficácia desse imunobiológico seja conferida a esse grupo de crianças⁽¹¹⁻¹²⁾.

A vacina influenza inativada induz a produção de anticorpos protetores nas pessoas HIV+ com poucos sintomas de imunodeficiência e com contagem adequadas de linfócitos CD4+.

Entre as pessoas com HIV/Aids com doença avançada e contagens baixas de linfócitos CD4+, a vacina pode não induzir anticorpos protetores, contudo, essa vacina está indicada para crianças maiores de 6 meses de idade, sem nenhuma contraindicação. Porém, a cobertura para essa vacina em nosso recorte histórico se encontra abaixo do esperado, visto que todas as crianças acompanhadas na Sala de Vacinação da Secretaria Municipal de Saúde do município sede da pesquisa, iniciaram o tratamento após os 15 meses de idade. Sendo assim, todas deveriam ter em seu calendário vacinal as doses anuais da Influenza. Neste caso, a Sala de Vacinação da Secretaria Municipal de Saúde deveria trabalhar com o propósito de uma busca ativa para com essas crianças, pois, elas e seus contatos domiciliares necessitam de imunização contra a gripe⁽¹¹⁾.

A vacina contra Hepatite A deve ser administrada preferencialmente após os 12 meses de idade, com 2 doses, com intervalo de 6 a 12 meses. Todas as crianças do estudo foram vacinadas com Hepatite A após os 12 meses de idade e completaram o esquema. Assim, identifica-se que houve 100% de cobertura vacinal desse imunobiológico, assim atendendo o esperado pelo PNI (Programa Nacional de Imunização)⁽¹¹⁾.

Recomenda-se a administração da vacina Varicela aos 12 meses em crianças assintomática, pois essa vacina é de vírus atenuado. Uma segunda dose, com intervalo mínimo de um mês. Para essa vacina, observou-se uma cobertura zerada, devido a apenas ter sido administrada uma 1ª dose, não dando sequência ao esquema. Com isso, tem-se por hipótese que essa baixa na cobertura vacinal, pode ser decorrente de alguns potenciais problemas, como os níveis de CD4 fora do padrão, pelo fato de as crianças se apresentarem sintomáticas ou, até mesmo, pela baixa adesão ao programa, visto que algumas vacinas, com exceção da Hepatite A, também tiveram cobertura abaixo do esperado. Contudo, são apenas esses critérios que excluem a administração dessa vacina. Portanto, deveria ser realizado uma busca ativa, para a detecção e avaliação desses potenciais problemas e, assim, instituir continuidade a imunização dessas crianças⁽¹¹⁾.

Deve-se vacinar com Pneumocócica 23v crianças a partir dos 2 anos de idade. A revacinação é indicada uma única vez, devendo ser realizada cinco anos após a dose inicial. Assim, verifica-se uma cobertura de 50% para a vacina Pneumocócica 23V, pois 2 crianças não receberam a 2ª dose, e a 2ª dose de outra criança está aprazada para 2020. Por se tratar de uma vacina inativada, não possui contraindicação para este grupo⁽¹¹⁾.

Neste estudo, ainda que obtidos resultados significativos, considera-se como limitação a questão de que algumas vacinas possuem campanhas nacionais, podendo não ter sido registradas em prontuário nesta época devido a demanda de procura ao serviço ou, até mesmo, de terem sido administradas em outras unidades de saúde, contaminando, assim, as informações e comprometendo a análise desses dados. Reforça-se, então, mais uma vez, a necessidade de reavaliar o planejamento das ações do processo de trabalho no setor.

CONCLUSÃO

O objetivo deste trabalho foi identificar a série histórica da cobertura vacinal das crianças com diagnóstico definitivo de HIV atendidas na Sala de Vacinação da Secretaria Municipal de Saúde do município sede de pesquisa, no período de 2005 a 2015. De acordo com as variáveis estudadas, observou-se que em relação a cobertura vacinal, verificou-se que somente para a vacina contra hepatite A conseguiu-se obter 100% de cobertura. As demais vacinas ficaram aquém das doses preconizadas para garantia de prevenção de doenças imunopreveníveis.

Portanto, conclui-se que deveria haver uma maior interação entre o IST/Aids e a Sala de Vacinação da Secretaria Municipal de Saúde do Município sede de pesquisa, buscado a melhoria da qualidade e da assistência prestada à essas crianças e a seus contatos domiciliares. Este cenário indica a necessidade de algumas revisões e reflexões no processo de trabalho no que se refere à integração entre a Sala de Vacinação da Secretaria

Municipal de Saúde e o setor de IST/Aids, bem como a revisão e/ou a construção de indicadores de monitoramento para captação dos faltosos e; planejamento de ações a partir de seus resultados, como rotina de busca ativa, educação continuada em saúde para os profissionais dos dois setores e os familiares destas crianças, a fim de garantir e proporcionar melhor qualidade assistencial e de vida das crianças e de suas famílias.

Por fim, ao término da pesquisa, constatou-se que em relação à hipótese traçada de que, quando a criança se expõe ao vírus HIV, tende-se a manter uma cobertura de imunização mais efetiva a esse grupo no cenário da pesquisa não se valida, reforçando a necessidade de se reavaliar o processo de trabalho estabelecido.

REFERÊNCIAS

1. Shilts, R. O prazer com risco de vida. Rio de Janeiro: Record;1987.
2. Martini, JG. La educacion sexual em tiempos de HIV/AIDS. Rev Enferm Global [Internet]. 2007 [citado 2016 Abr 12];11:2-17. Disponible: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/436>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Aids: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento [Internet]. [citado 2016 Abr 21]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf
4. Universidade Federal Do Rio De Janeiro (UFRJ). HIV na Gravidez. Rotinas Assistenciais da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro [Internet]. [citado 2016 Mai 15]. Disponível em: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/hiv_e_gravidez.pdf
5. Neto, LFS. A Transmissão Vertical do HIV [Internet]. São Paulo: PUC; 2016 [citado 2016 Mai 01]. Disponível em: <http://www.pucsp.br/cipa/artigos/transmissao-vertical-hiv.html>
6. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A Prescrição: Promovendo a Utilização Racional de Medicamentos e a Administração Correta de Casos nos Serviços Básicos de Saúde [Internet]. Nova Iorque: Divisão de Programa do UNICEF;1998 [citado 2016 Abr 21]. Disponível em: http://www.unicef.org/prescriber/port_p16.pdf
7. Universidade Federal De Minas Gerais (UFMG). HIV no período neonatal – prevenção e conduta [Internet]. 2014 [citado 2016 Mai 15]. Disponível em: http://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/artigos_infecciosas/HIV_22_08_2014.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico Para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV [Internet]. 2016 [citado 2016 Abr 21]. Disponível em: http://www.fmt.am.gov.br/layout2011/diversos/manual_tecnico_hiv_2016_final_25_07_pdf_54115.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS - Comentários sobre os Indicadores de Cobertura até 2006 [Internet]. [citado 2016 Jul 02]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/Com2007/Com_F13.pdf
10. Werneck, G. Epidemiologia Descritiva: qualidade das informações e pesquisa nos serviços de saúde. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2009 [citado 2016 Mai 24]; 18(3): 205-207. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v18n3/v18n3a02.pdf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais [Internet]. 2014 [citado 2016 Jul 04]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual_crie_.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais [Internet]. 2006 [citado 2016 Jul 04]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centro_referencia_imunobiologicos.pdf

Recebido em: 10/10/2018.
Aprovado em: 08/12/2018.