

TO 305

FÁBIO ROBERTO RUIZ DE MORAES

**COBERTURA DA VACINAÇÃO
ANTI-RUBÉOLA NO PUERPÉRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

FÁBIO ROBERTO RUIZ DE MORAES

**COBERTURA DA VACINAÇÃO
ANTI-RUBÉOLA NO PUERPÉRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr.: Edson José Cardoso

**Orientadora: Prof. Dra.: Lígia Antunes Caldeira de
Andrada**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, à DEUS, pois sem Ele nada seria possível.

À minha orientadora e minha amiga, a Professora LÍGIA ANTUNES CALDEIRA DE ANDRADA, a quem devo meus sinceros agradecimentos, pois além de me orientar, teve muita paciência e abdicou muitas vezes dos seus momentos de folga para me ajudar.

Ao professor JORGE ABI-SAAB NETO, que contribuiu com seus conhecimentos e a sua opinião no trabalho.

Ao meu pai, JOSÉ ROBERTO DE MORAES, e a minha mãe, MARIA TEREZA RUIZ DE MORAES, pessoas que nunca deixaram de acreditar no meu sonho, e agüentaram tudo junto comigo.

Ao meu grande irmão e amigo WALTER BRUNETTA FILHO, que além de sempre me apoiar nos momentos difíceis, também me ajudou nas revisões dos textos.

À todos os colegas de curso que contribuíram na coleta de dados deste trabalho.

Ao grande amor da minha vida, GIOVANA LETÍCIA SCHINDLER, minha melhor amiga e futura mãe dos meus filhos.

À todos os funcionários da Maternidade Carmela Dutra e da Maternidade do Hospital Universitário – UFSC, locais onde fiz amigos, e aprendi muito sobre medicina e sobre amor ao próximo.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVOS.....	08
3. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	09
4. RESULTADOS.....	12
5. DISCUSSÃO.....	16
6. CONCLUSÕES.....	20
7. REFERÊNCIAS.....	22
NORMAS ADOTADAS.....	24
RESUMO.....	25
SUMMARY.....	27
ANEXO 1.....	29
ANEXO 2.....	30

1. INTRODUÇÃO

A rubéola é um exantema febril(1,2), geralmente benigno(1,3), porém quando ocorre nas gestantes, pode acarretar infecção crônica e malformações fetais graves(1,3,4,5,6). O vírus da rubéola predomina no final do inverno e início da primavera(7), ele tem 60 a 70 nm de diâmetro(1), é composto de um RNA esférico, do gênero Rubivirus(6,7) e é classificado na família dos Togavírus (1,3,6,7).

A infecção pela rubéola ocorre após quatorze a vinte e um dias de exposição a secreção respiratória(1,2,6,8,9), cervical, fezes e urina de indivíduos infectados(2,7,9). A infecção pela via respiratória ocorre desde os sete dias anteriores até os cinco dias após o desaparecimento do exantema (que dura dois a quatro dias)(2,7). O contingente de mulheres em idade reprodutiva suscetíveis à infecção gira ao redor de 30 %(2,8).

A rubéola é comumente confundida com outras doenças associadas a exantemas máculo-papulares, como a mononucleose infecciosa, erupções farmacogênicas e escarlatina(1).

O diagnóstico inequívoco da rubéola somente pode ser estabelecido pelo isolamento e pela identificação do vírus, ou pelas alterações nos títulos do anticorpo específico. Os anticorpos para a rubéola são detectáveis em torno do segundo dia de exantema e aumentam nos próximos dez a vinte e um dias(1). A existência de anticorpos IgM específicos sugere infecção recente por rubéola (dentro de dois meses); entretanto, tem sido demonstrado que eles persistem por até um ano em alguns casos. Não existem outras alterações laboratoriais que

ajudem no diagnóstico de rubéola, embora comumente haja linfocitose com linfócitos atípicos(1).

O diagnóstico na gestante pode ser realizado através dos testes de Hemaglutinação (HA), ELISA(2,3,6,7,8,9,10,11) e ELFA(2).

HA < 1:8 = Negativo (suscetível)

> 1:8 = Positivo (imune ou infecção aguda se houver um aumento na titulação de 4 vezes num intervalo de 2 semanas)(2,7)

ELISA: IgM (+) = Infecção aguda (positiva 7 dias após o início do exantema ou 3 a 4 semanas após a exposição e permanece (+) por 1 a 2 meses)

IgM (-) / IgG (+) = Imune

IgM (-) / IgG (-) = Não imune (suscetível) (2)

ELFA: IgM (+) : Infecção Aguda

IgG : < 20 UI/ml : Não Reagente

20-30 UI/ml : Fraco (+)

> 30 UI/ml : Reagente(2)

Os anticorpos específicos começam a surgir durante a fase exantemática. Primeiramente, aparecem as IgM e, logo a seguir, as IgG. Tanto a IgM quanto a IgG são tituláveis no sangue do indivíduo cerca de um a três dias após o final do exantema. Quando se utiliza o método ELISA, os anticorpos IgM desaparecem três a sete dias depois da fase exantemática, enquanto os da classe IgG permanecem estáveis indefinidamente (2,6).

O diagnóstico fetal pode ser realizado através do PCR de biópsia de vilo corial (dez a onze semanas de gestação) ou do líquido amniótico através da amniocentese (dezesseis a dezoito semanas de gestação)(2,7,8,12). Pode-se realizar ainda a cordocentese com pesquisa de IgM (total e específica), hemograma e função hepática (dezoito a vinte semanas de gestação). O diagnóstico com a biópsia de vilo corial não é definitiva, pois demonstra apenas

a presença do vírus na placenta, mas não prova que o feto esteja contaminado(2).

O diagnóstico do recém nascido pode ser realizado pela dosagem de IgM, que permanece positiva por seis meses ou da IgG após os seis meses (antes pode ser materno)(2,6).

Os sintomas da rubéola consistem em mal-estar, astenia, artralgia, cefaléia, febre conjuntivite suave e linfadenopatia retroauricular(1,2,3,5,7,8,13). Nas crianças, o exantema crânio-podálico pode ser a primeira manifestação da doença(1,5). A partir de estudos sorológicos, fica evidente que 25 a 50% das infecções são subclínicas(1,3,5,7,8), ou acarretam apenas hipertrofia dos gânglios linfáticos sem lesões cutâneas; contudo, exantema sem linfadenopatia é incomum. Os sintomas respiratórios são brandos ou não ocorrem. Ocasionalmente aparecem pequenas manchas vermelhas (manchas de Forschheimer) no palato mole, porém não são patognomônicas da rubéola(1,7). O exantema começa na frente e estende-se para o tronco e extremidades. As lesões maculopapulares pequenas, de coloração mais clara do que as do sarampo, geralmente são bem definidas, porém podem coalescer e formar um eritema difuso sugestivo de escarlatina. Os gânglios linfáticos hipertrofiados e dolorosos aparecem até 7 dias antes do exantema(1,2), são mais notáveis durante o início da fase eruptiva, muitas vezes persistem por vários dias depois do exantema ter desaparecido. Esplenomegalia ou linfadenopatia generalizada pode ocorrer, porém os gânglios retroauriculares e suboccipitais são envolvidos de uma forma mais acentuada(1,2). Dor testicular e artralgia também são relatados ocasionalmente pelos adultos jovens(1).

Em relação a profilaxia da rubéola, utiliza-se a vacina Tríplice Viral nas crianças menores de 12 anos(7,14), podendo a 1ª dose ser dada aos 15 meses de idade(3,7,13); e a Lei Estadual nº 10.196 de 24 de julho de 1996 torna obrigatória a aplicação da vacina contra a rubéola em: mulheres no

puerpério(13,14); professoras, médicas, enfermeiras, técnicas, auxiliares; assistentes ou atendentes de creche; zeladoras, faxineiras, agentes de saúde de postos de saúde, escolas, hospitais, maternidades e atividades afins; estudantes no ato da matrícula para primeiro, segundo e terceiro graus(14). Qualquer mulher no menacme pode ser vacinada(3), mas deve evitar engravidar por 3 meses ou fazer uso da vacina enquanto grávida, pois o risco teórico de dano fetal é de 2,5%(2,3,6,8,9,12,14).

A idéia para o desenvolvimento deste trabalho nasceu baseado no ofício gerim nº 061/2000 do dia 28 de fevereiro de 2000(ANEXO 2), que foi enviado para vários departamentos de saúde, para vários médicos em clínicas particulares e também para o Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Neste ofício comenta-se a respeito da importância da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, e lista-se as pessoas que são obrigadas por lei a receber a vacinação contra a rubéola, e o primeiro item da lista são as mulheres no puerpério.

Devido a grande importância da rubéola e da síndrome da rubéola congênita em 1998, o Caribe estabeleceu o objetivo de eliminar a rubéola até o ano de 2000, tornado obrigatória a vacinação(13).

A vacinação reduziu a incidência da síndrome da rubéola congênita nos Estados Unidos. Nos últimos anos, no entanto, tem havido um discreto aumento da prevalência anual da doença, devido às deficiências da vacinação, nas famílias americanas de hoje. Os Centers for Disease Control recomendam que seja feita a vacinação em consultas anteriores à concepção(3).

A imunização ativa com vacinas vivas atenuadas contra rubéola tem sido realizada nos Estados Unidos desde 1969(1,9,15), especialmente entre mulheres jovens. O objetivo é reduzir a frequência da infecção na população e diminuir a chance de exposição das gestantes suscetíveis(1). A vacinação é extremamente necessária para adolescentes e adultos sobretudo do sexo feminino(1,2,8), a

menos que haja uma prova documentada de imunidade. As únicas exceções são pessoas nas quais a vacinação está especificamente contra-indicada. Nos Estados Unidos os indivíduos que trabalham nos hospitais ou clínicas, que poderiam contrair rubéola dos pacientes infectados ou que, se estiverem infectados, poderiam transmitir a infecção para gestantes, devem apresentar um comprovante que assegure seu estado de imunização(1).

O vírus atenuado pode ser detectado nas secreções respiratórias das pessoas vacinadas por um período de quatro semanas depois da imunização, porém a transmissão a outras pessoas suscetíveis jamais foi documentada durante mais de vinte anos de experiência. A vacina induz anticorpos detectáveis, que persistem por pelo menos 16 anos e, provavelmente, pela vida toda em cerca de 95% dos vacinados(1,7). Depois da exposição maciça em populações fechadas os indivíduos vacinados algumas vezes desenvolvem infecções subclínicas (diagnosticadas pelas elevações dos anticorpos e pelo isolamento do vírus). Entretanto, a impossibilidade de demonstrar a viremia nas pessoas imunizadas sugere que as gestantes previamente imunizadas não infectam seus fetos, mesmo se adquirirem a rubéola subclínica(1).

Efeitos colaterais tais como febre, exantema, linfadenopatia, polineuropatia ou artralgias ocorrem raramente nas crianças vacinadas; dor e inflamação ou parestesias articulares são detectadas em menos de 2% com as vacinas preparadas em culturas de fibroblastos embrionários humanos (RA 27/3) usadas nas mulheres. Em geral, os sintomas articulares começam de uma a três semanas depois da vacinação e podem ser confundidos com outros tipos de artrite. Embora não existam relatos de lactentes com rubéola congênita nascidos de mulheres que foram vacinadas acidentalmente durante a gestação, o risco teórico de lesão fetal induzida pelo vírus vacinal é real(1,2). A vacina está contra-indicada nos pacientes com doenças que produzem imunodeficiência, ou que estejam usando medicamentos imunossupressores. Uma exceção é a

infecção pelo HIV. A vacinação contra a rubéola deve ser aplicada a crianças e adultos portadores assintomáticos do vírus HIV. Além disso, a existência de sintomas relacionados com o HIV não é uma contra-indicação para a vacinação contra rubéola (ou, mais comumente, para a vacinação contra caxumba-rubéola-sarampo) nas crianças; a vacinação também deve ser analisada com cautela para os adultos com sintomas. Se a imunoglobulina for usada, a vacina deve ser administrada pelo menos 14 dias antes da administração da Ig, ou adiada por um período mínimo de seis semanas (de preferência, por três meses). A imunização contra rubéola depois do parto não está contra-indicada, quando a paciente tiver usado recentemente sangue total ou Ig anti-Rho (D) humana, porem um novo exame de acompanhamento é aconselhável seis a oito semanas depois, a fim de assegurar que houve conversão sorológica(1).

Dá-se grande importância à imunização pois o problema magno da rubéola é sua capacidade de produzir infecção crônica no concepto, induzindo a graves anomalias congênitas. O risco de dano fetal está inversamente relacionado à idade gestacional(1,2). No primeiro trimestre a incidência de dano fetal é de 50% no primeiro mês e de 22% no segundo mês(2,3,7,8,9,11,15). Dentre as anomalias congênitas principais estão: defeitos oculares, como a catarata, a coriorretinite e a microftalmia; defeitos cardíacos, como a persistência do canal arterial, a comunicação interventricular, e a tetralogia de Fallot; defeitos neurológicos como a microcefalia (retardamento mental), que é o mais comum(2,3,6,7,8,10). Porém os recém-nascidos ainda podem ter a Síndrome Rubéolica Aumentada (ou Síndrome da Rubéola Expandida), apresentando: baixo peso (Retardo do Crescimento Intra-Útero), púrpura trombocitopênica, anemia, hepato-esplenomegalia, pneumonia, alterações nos ossos longos, erupção cutânea, hepatite, miocardite e encefalite(1,7,8,9,11). No segundo trimestre as anomalias estão principalmente relacionadas ao retardamento psicomotor e à surdez, entretanto também podem haver anomalias

cardíacas(1,2,7,8,10,15). A incidência de dano fetal é de 7%(8). No terceiro trimestre não foram observadas alterações no concepto(2,8). A complicação mais tardia é um risco aparentemente mais alto de desenvolver diabetes mellitus(1,2,3). Existem relatos de pacientes com rubéola congênita que desenvolveram uma panencefalite subaguda progressiva(1,3,7). Ela é caracterizada por deterioração intelectual, ataxia, convulsões e espasticidades. Em alguns casos , as anormalidades dos linfócitos T, incluindo-se relações ligeiramente reduzidas entre T4/T8 e outras anomalias secundárias nas subpopulações de células T, persistem até a vida adulta(1).

Os pacientes com a síndrome da rubéola congênita podem perder os anticorpos na idade de três ou quatro anos. Portanto um teste sorológico negativo numa criança com mais de três anos não exclui a possibilidade de rubéola congênita(1). Habitualmente, os anticorpos IgM específicos são encontrados no primeiro ano de vida dos lactentes com rubéola congênita, porém o isolamento do vírus é o meio mais confiável para confirmar o diagnóstico(1).

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Investigar a cobertura vacinal contra a rubéola realizada no puerpério.

2.2 ESPECÍFICOS

Identificar em qual nível do atendimento está ocorrendo a falha na vacinação.

Sugerir quais as melhores condutas para a resolução do problema.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

A presente pesquisa é de caráter prospectivo, de delineamento transversal, não interventora.

3.1 Casuística: 322 pacientes em trabalho de parto, internadas no período de 01/06/2000 a 15/12/2000.

3.2 Ambiente: Maternidade Carmela Dutra, na cidade de Florianópolis – SC e Maternidade do Hospital Universitário – Universidade Federal de Santa Catarina, na cidade de Florianópolis – SC.

3.3 Procedimentos:

O estudo baseou-se nos dados coletados durante a internação das pacientes e reavaliados após 60 dias.

Durante a coleta de dados questionou-se de forma sucinta se a paciente havia recebido alguma orientação pré-natal (ao menos uma consulta pré-natal); se havia registros com o resultado da sorologia (IgG) para a rubéola (não se questionou a respeito do IgM, por ser um exame mais oneroso e também não é solicitado de rotina pela maioria dos médicos); se a paciente já havia sido vacinada previamente contra a rubéola; e se a paciente recordava-se a respeito de desenvolvimento prévio da rubéola.

Os dados foram coletados a partir do início do processo de internação. O questionário (ANEXO 1), que foi realizado, já se encontrava anexo ao “kit” de internação das maternidades, e seus dados foram anotados pelo acadêmico de graduação do curso de

medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, que estava na admissão da maternidade no momento da internação.

Os acadêmicos envolvidos na coleta dos dados foram previamente orientados quanto ao preenchimento do questionário.

Na Maternidade Carmela Dutra, os dados foram coletados pelos graduandos em Medicina da 10ª fase do 2º semestre do ano 2000 e pelos acadêmicos de medicina que participavam do Estágio Voluntário em Ginecologia e Obstetrícia da maternidade em questão. Na Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, os dados foram coletados pelos graduandos em medicina da 11ª e 12ª fase do 2º do semestre de 2000.

Em situações nas quais as pacientes apresentaram sorologia (IgG) não reagente para a rubéola ou que tal informação não constava na documentação por elas apresentada no ato da internação, após sessenta dias da primeira etapa do trabalho, realizou-se nova entrevista, pessoalmente ou através de contato telefônico, questionando-se sobre a realização ou não da vacinação contra a referida doença. Em se tratando de resposta negativa, solicitou-se a explanação de motivos.

Importante ressaltar, que nenhum médico recebeu orientação para estimular a vacina no momento da alta hospitalar, pois desta forma não se obteria um resultado fidedigno na pesquisa. Na verdade, naquele momento, os médicos seguiam as rotinas básicas da maternidade na qual estavam, e passavam para as pacientes as informações que julgavam necessárias. Também é importante informar que após o início deste trabalho, o Hospital Universitário – UFSC, iniciou a vacinação das puérperas dentro da própria instituição, de segundas a sextas-feiras.

Dentre os motivos para justificar a não realização da vacina, ofereceu-se à paciente quatro opções, quais sejam: não recebeu orientação médica para tal; não havia a vacina disponível no sistema público de saúde; por motivos pessoais ou esquecimento; ou outros motivos que não estes.

Ao final da data preestabelecida (15/12/2000), foi elaborado um banco de dados para efetivação de uma análise comparativa, permitindo-se visualizar se a cobertura da vacinação puerperal contra a rubéola foi realmente efetiva. Nos casos de negativa, a análise abordou o nível do atendimento no qual estava ocorrendo a falha e, num ponto de vista pessoal, qual a melhor conduta para ampliar a cobertura vacinal contra a rubéola.

As tabelas foram confeccionadas no programa Microsoft Excel® versão 7.0(16).

4. RESULTADOS

A população inicial foi de 322 gestantes. Destas, 75(22,3%) foram entrevistadas na Maternidade do Hospital Universitário e 250(77,6%) foram entrevistadas na Maternidade Carmela Dutra, conforme pode ser observado na TABELA 1.

TABELA 1

Maternidade	Nº de Pacientes entrevistadas	n	%
Maternidade do HU		72	22,3
MCD		250	77,6
Total		322	100,0

Fonte: Pacientes entrevistadas no período de 01/06/2000 a 15/12/2000 internadas na admissão da Maternidade do Hospital Universitário – UFSC e Maternidade Carmela Dutra.

Das pacientes entrevistadas 315(97,8%) realizaram pelo menos uma consulta de orientação pré-natal e 7(2,2%) não realizaram, conforme pode ser melhor observado na TABELA 2.

TABELA 2

Maternidade	Pacientes que fizeram PN		Pctes que não fizeram PN		Total	
	n	%	N	%	N	%
HU	71	22	1	0,3	72	22,4
MCD	244	75,8	6	1,9	250	77,6
Total	315	97,8	7	2,2	322	100

Fonte: Pacientes entrevistadas no período de 01/06/2000 a 15/12/2000 internadas na admissão da Maternidade do Hospital Universitário – UFSC e Maternidade Carmela Dutra.

Em relação a sorologia para a rubéola (IgG), 143 (44,4%) pacientes eram IgG (+), 88 (27,3%) eram IgG (-) e 91 (28,2%) não sabiam informar ou não constava na documentação pré-natal, conforme pode ser observado comparativamente na TABELA 3.

TABELA 3

Maternidade	IgG(+)	n	%	IgG(-)	n	%	Não Sabe	n	%	Total	n	%
HU		28	8,7	15	4,7		29	9		72	22,4	
MCD		115	35,7	73	22,7		62	19,2		250	77,6	
Total		143	44,4	88	27,4		91	28,2		322	100	

Fonte: Pacientes entrevistadas no período de 01/06/2000 a 15/12/2000 internadas na admissão da Maternidade do Hospital Universitário – UFSC e Maternidade Carmela Dutra.

Quanto ao fato de referir vacinação prévia contra a rubéola após a menarca, 46 pacientes (14,2%) disseram já terem sido vacinadas, 186 (57,7%) negaram e 90 (27,9%) não sabiam informar se já haviam sido ou não vacinadas. Estes dados podem ser melhor visualizados na TABELA 4.

TABELA 4

Maternidade	Sim	n	%	Não	n	%	Não Sabe	n	%	Total	n	%
HU		5	1,6		51	15,8		16	5	72	22,4	
MCD		41	12,7		135	41,9		74	23	250	77,6	
Total		46	14,3		186	57,7		90	28	322	100	

Fonte: Pacientes entrevistadas no período de 01/06/2000 a 15/12/2000 internadas na admissão da Maternidade do Hospital Universitário – UFSC e Maternidade Carmela Dutra.

Quando as pacientes foram questionadas a respeito do desenvolvimento prévio da rubéola, 81 (25,1%) disseram já terem desenvolvido a doença, 175 (54,3%) negaram e 90 (27,9%) não souberam responder com precisão. Fatos estes que podem ser observados com mais clareza na TABELA 5.

TABELA 5

Maternidade	Sim	n	%	Não	n	%	Não Sabe	n	%	Total	n	%
HU		15	4,6		40	12,5		17	5,3		72	22,4
MCD		66	20,5		135	41,9		49	15,2		250	77,6
Total		81	25,1		175	54,4		66	20,5		322	100

Fonte: Pacientes entrevistadas no período de 01/06/2000 a 15/12/2000 internadas na admissão da Maternidade do Hospital Universitário – UFSC e Maternidade Carmela Dutra.

Após 60 dias, as pacientes que apresentaram sorologia IgG(-) para rubéola ou não tinham esta informação documentada, foram novamente entrevistadas.

De um total de 179 pacientes, 34 não foram entrevistadas, pois o endereço e/ou telefone cedidos na 1ª etapa do trabalho não foram o suficiente para a localização das mesmas, foram então contatadas as outras 145, e questionadas se realizaram a vacinação, e se não o fizeram, por que motivo.

Esta divisão das pacientes encontradas ou não, pode ser observado na TABELA 6 – A .

A TABELA 6 – B dá maiores informações sobre os resultados obtidos no que tange a realização ou não da vacina.

TABELA 6 – A

Maternidade	Pacientes Encontradas		Pacientes não Encontradas		Total de Pacientes	
	n	%	n	%	n	%
HU	37	20,7	7	3,9	44	24,6
MCD	108	60,3	27	15,1	135	75,4
Total	145	81	34	19	179	100

Fonte: Pacientes entrevistadas no período de 01/06/2000 a 15/12/2000 internadas na admissão da Maternidade do Hospital Universitário – UFSC e Maternidade Carmela Dutra.

TABELA 6 – B

Maternidade	Pacientes que Realizaram		Paciente que não Realizaram		Total	
	n	%	n	%	n	%
HU	34	23,4	3	2,1	37	25,5
MCD	11	7,6	97	66,9	108	74,5
Total	45	31	100	69	145	100

Fonte: Pacientes entrevistadas no período de 01/06/2000 a 15/12/2000 internadas na admissão da Maternidade do Hospital Universitário – UFSC e Maternidade Carmela Dutra.

Quando questionadas sobre por qual motivo a paciente não havia sido vacinada, lhe foram oferecidas 4 opções de resposta: por falta de orientação médica no momento da alta; vacina não disponível no sistema público de saúde; motivos pessoais ou esquecimento; e outros. Estes dados foram contabilizados e didaticamente distribuídos na TABELA 7, guardando ainda a correlação de qual maternidade ocorreu o parto.

TABELA 7

Motivos da não vacinação	Maternidade						Total	n	%
	HU	n	%	MCD	n	%			
Não recebeu orientação médica	0	0		83	83		83	83	
Vacina não disponível no sistema público de saúde	0	0		4	4		4	4	
Motivos pessoais ou esquecimento	3	3		10	10		13	13	
Outros	0	0		0	0		0	0	
Total	3	3		97	97		100	100	

Fonte: Pacientes entrevistadas no período de 01/06/2000 a 15/12/2000 internadas na admissão da Maternidade do Hospital Universitário – UFSC e Maternidade Carmela Dutra.

5. DISCUSSÃO

Quando analisamos todas as entrevistas realizadas, chegamos ao número total de 322 pacientes entrevistadas, que foram subdividas em vários grupos, de acordo com: a maternidade onde ocorreu a entrevista, o fato da realização ou não de consulta pré-natal, a sorologia para a rubéola (IgG) de cada paciente, a vacinação prévia contra a rubéola e o desenvolvimento prévio da doença.

No Brasil, de 1988 a 1990, em cinco capitais brasileiras, foi realizado inquérito sorológico em mulheres na faixa etária de 10 a 21 anos. Encontrou-se, em 5600 amostras coletadas uma prevalência de anticorpos contra a rubéola de 70,9% (17,18).

Conforme dados da sociedade brasileira de pediatria, cerca de 70-80% das mulheres em idade fértil são imunes à rubéola. Até o final da década de 80 era desconhecida a verdadeira magnitude do problema da rubéola na maior parte dos países da América Latina. No Brasil, os resultados de estudos sobre a soroprevalência de anticorpos contra a rubéola, realizado nas décadas de 80 e 90 em alguns grupos populacionais, vêm orientando a definição e implementação de estratégias de vacinação. Em um desses estudos realizados em 1989 nas cidades de Niterói, Recife, Goiânia, Porto Alegre e Belém, foram examinadas 7537 amostras de soro da população geral de mulheres entre 10 e 21 anos de idade. O resultado apontou uma soroprevalência global de 68,5%. (19)

Um dos resultados obtidos por Westarb no seu trabalho sobre soroprevalência de imunidade à rubéola entre gestantes que realizaram pré-natal, no Hospital Universitário - UFSC, foi que dos 257 casos analisados, 216 (84%) eram imunes à rubéola, 38 (14,8%) eram suscetíveis e 3 (1,2%) apresentaram infecção aguda (4).

No presente trabalho a prevalência de pacientes com sorologia para rubéola (IgG) positiva foi de 143 (44,4%), com sorologia negativa foram 88(27,4%) e os não documentados 91 (28,2%).

Alguns países do continente americano já estão bem avançados em relação ao controle da rubéola como é o caso dos Estados Unidos, Cuba e Chile. Cuba já tem uma série de estratégias de vacinação complementares, vacinando mulheres até os 30 anos de idade para tentar alcançar um controle da rubéola em mulheres em idade fértil e, desde 1989, só foram confirmados dois casos de rubéola no país (17).

O estado de São Paulo introduziu o Plano de Controle da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita no mesmo período da implantação do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, em maio de 1992, realizando uma campanha de vacinação de forma indiscriminada para faixa etária de 12 meses a 10 anos de idade (17).

Em 1995, foi implantada a vigilância das doenças exantemáticas - Sarampo/Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita. Nesse ano, foi implantado o Plano de Controle da Rubéola, com a introdução da vacina tríplice viral no mês de agosto, através de campanha de vacinação com duração de um mês, para faixa etária de 1 a 12 anos de idade, atingindo cobertura vacinal de 94, 8%.(17).

No presente trabalho, das pacientes que foram novamente entrevistadas 45 (31%) realizaram a vacinação num prazo de até 60 dias após a internação, e 100 (69%) não realizaram. Fragmentando-se

a população total estudada, a cobertura vacinal das pacientes que realizaram o parto na maternidade do Hospital Universitário – UFSC foi de 92%, e das pacientes que realizaram o parto na Maternidade Carmela Dutra foi de 10%. Ressaltando-se que, o provável motivo de uma cobertura vacinal mais eficiente na Maternidade do Hospital Universitário – UFSC, é o fato deste hospital possuir um ambulatório intra-hospitalar de imunizações.

Um dos objetivos do Plano de Controle da Rubéola é ampliar a cobertura vacinal contra a rubéola, aumentar a imunidade do grupo e evitar que a doença ocorra em mulheres em idade fértil e sobretudo nas gestantes(17). Assim como, um dos objetivos deste trabalho, também foi investigar a cobertura vacinal contra a rubéola.

Uma das metas do Plano de Controle da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita é vacinar 100% da população não vacinada, seletivamente, para complemento da vacina de rotina(17).

Um dos grandes problemas listados no Relatório do 1º Seminário Nacional Sobre Doenças Exantemáticas Febris – Sarampo/Rubéola, foram exatamente as baixas coberturas vacinais e a heterogeneidade nas coberturas de rotina na população alvo(20).

No Brasil, atualmente, a vacina contra a rubéola faz parte do calendário oficial e é oferecida gratuitamente à população, de acordo com o esquema preconizado pelo Ministério da Saúde (Portaria de 1999). Com base nessa orientação, a vacina anti-rubéola é indicada nos seguintes casos:

- a) Uma primeira dose por volta dos 15 meses (tríplice viral, incluindo também as vacinas anti-sarampo e anti-caxumba) e uma segunda dose após os 12 anos de idade (nas mulheres,

aplicá-la de 12 a 49 anos), quando então podem ser utilizadas as vacinas monovalente ou dupla, associadas à anti-sarampo;

- b) Mulheres grávidas susceptíveis devem receber a vacina somente nos primeiros dias do puerpério (19).

A estratégia de vacinação ressalta a importância e a garantia de cobertura vacinal adequada, visando a redução significativa da doença. Embasado em resultados de estudos imunológicos e estratégias de controle de vários países e no Brasil, em São Paulo e Distrito Federal, o estado do Paraná define e inicia a vigilância da rubéola e rubéola congênita, respeitando os inúmeros aspectos que envolvem o seu controle. Tal implantação passa a ser efetivada simultaneamente em todas as Regionais de Saúde, associado a disponibilidade da vacina e viabilidade de um sistema de informação e avaliação, num processo dinâmico, consideram-se o apoio e integração dos diferentes serviços envolvidos(18).

Neste trabalho também se sugere ampliar a cobertura vacinal, como medida base para a erradicação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita.

6. CONCLUSÕES

A cobertura vacinal prévia contra a rubéola, referida na 1ª etapa da pesquisa foi de 14,3%.

Após 60 dias da internação a cobertura vacinal das pacientes que deveriam efetuar a vacinação (pacientes com sorologia para rubéola(IgG) negativo ou não documentado) foi de 31%, demonstrando uma baixa cobertura vacinal.

O nível de atendimento onde mais ocorreram falhas referentes à cobertura vacinal, foi o aconselhamento médico inadequado, seja durante a orientação pré-natal ou no momento da alta hospitalar, representando 83% das pacientes que não foram vacinadas.

A cobertura vacinal realizada no puerpério das pacientes do Hospital Universitário – UFSC, foi mais efetiva, provavelmente, devido ao fato do ambulatório de imunizações deste hospital realizar a vacinação das puérperas no momento da alta de segundas a sextas-feiras.

As sugestões para ajudar na resolução do problema são:

- a. Solicitar a sorologia(IgG) da rubéola para todas as gestantes durante as consultas do pré-natal, independentemente da idade gestacional, registrar este dado no prontuário e no cartão pré-natal da paciente, orientá-la sobre a vacinação após a gestação caso o IgG seja negativo.

- b. Nos hospitais e maternidades onde já existe ou pode-se viabilizar um ambulatório de imunização, a paciente receberá alta hospitalar após a vacinação.
- c. Nos locais onde for inviável a vacinação na alta, as pacientes serão orientadas à realização da mesma, durante a execução do “teste do pezinho” do recém-nascido.
- d. Conscientizar a classe médica, os serviços de saúde e maternidades da Lei nº 10.196 de 24 de julho de 1996, através dos meios de comunicação disponíveis.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Isselbacher KJ, Braunwald E. *et al* Harrison – Medicina Interna. 13^a ed
Rio de Janeiro, Nueva Editorial Interamericana Vol. 1, 157:p.867-68
2. Fedrizzi EN. Infecções e infestações. In: Manual de terapêutica
Ginecologia e Obstetrícia. Associação Catarinense de Medicina. 2^a ed
Florianópolis; 1999. p. 267-69.
3. Knuppel RA, Drukker JE. Alto risco em obstetrícia: um enfoque
multidisciplinar. 2^a ed Porto Alegre, Artes Médicas; 1996.p. 91-2
4. Westarb JS, Soroprevalência de imunidade à rubéola entre gestantes que
realizaram pré-natal, no Hospital Universitário – UFSC. Florianópolis;
1996.
5. Boletim epidemiológico – Doenças exantemáticas Secretaria de Estado da
Saúde, Florianópolis; agosto de 2000.
6. Plano de Controle da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita –
versão preliminar – Ministério da Saúde – Fundação Nacional de
Saúde, Brasília; Abril de 1999.
7. Faria, SM. Doenças exantemáticas. In: Manual de terapêutica Pediatria.
Associação Catarinense de Medicina. 2^a ed Florianópolis; 1999.
p.379-82.
8. Rezende J, Montenegro CA. Obstetrícia fundamental. 8^a ed Rio de
Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.p.408-10.
9. Infectious disease clinics of north america – Volume 10 – Number 4 –
December 1996.

10. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JG, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia 3ª ed Porto Alegre: Artes Médicas; p.231-36.
11. Pediatrics in review, volume 17 number 4, American Academy of pediatrics 1996.
12. American journal of obstetrics and gynecology – Volume 174 – Number 2 – February 1996.
13. Infectious disease clinics of north america – Volume 14 – Number 1 – March 2000.
14. ofício gerim nº 061/2000 Estado de Santa Catarina/ Secretaria de Estado de Saúde, Florianópolis – SC 28 de fevereiro de 2000.
15. Jornal de Pediatria – Síndrome da rubéola congênita e a ocorrência de cardiopatias congênitas, Ribeirão Preto – SP, 1996.
16. EXCEL versão 97.
17. Plano de Controle da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita – Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde, Brasília, Março de 1998.
18. Manual de Vigilância Epidemiológica da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita – Paraná 1995.
19. Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria – PRONAP , Número Extra – Doenças Exantemáticas, Rio de Janeiro – RJ.
20. Relatório Do 1º Seminário Nacional Sobre Doenças Exantemáticas Febris – Sarampo/Rubéola, Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde, Brasília, outubro de 1998.

NORMAS ADOTADAS

Resolução nº 001/99 do colegiado do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

A rubéola é um exantema febril, geralmente benigno, porém pode acarretar infecção crônica e malformações fetais graves quando acomete gestantes. Os sintomas da rubéola consistem em mal-estar, astenia, artralgia, cefaléia, febre, e linfadenopatia retroauricular.

Em relação à profilaxia da rubéola, a Lei Estadual nº 10.196 de 24 de julho de 1996 torna obrigatória a aplicação da vacina contra a rubéola em várias categorias pessoais ou profissionais, ressaltando que o primeiro item na lista são as mulheres no puerpério.

O presente trabalho trata de investigar a cobertura vacinal contra a rubéola no puerpério.

A pesquisa foi de caráter prospectivo, de delineamento transversal, não interventora, realizada com 322 pacientes em trabalho de parto, internadas no período de 01/06/2000 a 15/12/2000, na Maternidade do Hospital Universitário – UFSC e na Maternidade Carmela Dutra. No momento da internação questionou-se a sorologia para rubéola (IgG), se negativa ou não documentada, entrevistou-se novamente estas pacientes, perguntando se elas realizaram a vacinação, e caso não o tenham feito qual foi o motivo.

Na primeira etapa do trabalho, a soroprevalência das pacientes entrevistadas foi de 44,4% e 14% referiram vacinação prévia para a rubéola após a menarca.

Os resultados encontrados foram que, após 60 dias da internação, a cobertura vacinal total foi de 31%, e o motivo principal da não vacinação, respondendo por 83% dos casos, foi o fato de as pacientes não terem recebido orientação médica para tal.

Concluiu-se que a cobertura vacinal total foi deficiente, e o nível de atendimento que mais apresentou falhas foi o aconselhamento médico.

SUMMARY

Rubella is a febrile exanthema, generally benign, however it can cause chronic infection and serious fetal malformations when occurs in woman pregnant. The symptoms of rubella consist of malaise, asthenia, arthralgia, headache, fever, and lymphadenopathy behind the ear.

In relation to the prophylaxis of rubella, the State Law nº 10.196 of 24 of July of 1996 becomes obligator the application of the vaccine against rubella in some personal or professional categories, pointing out that the first item in the stack is the women in the puerperium.

The present work treats to investigate the vaccine covering against rubella in the puerperium.

The research was of prospective character, transversal delineation, not interventor, carried through with 322 patients in childbirth work, interned in the period of 01/06/2000 the 15/12/2000, in the Maternidade do Hospital Universitário - UFSC and in the Maternidade Carmela Dutra. At the moment of the internment it was questioned the sorology for rubella (IgG), if negative or not registered, it interviewed these patients again, asking if they had carried through the vaccination, and in case that they have not made it which were the reason.

In the first stage of the work, the seroprevalence of the interviewed patients was of 44.4% and 14% had related to previous vaccination for rubella after first menstruation period.

The joined results had been that, after 60 days of the internment, the total vaccine covering was of 31%, and the main reason of the not vaccination,

answering for 83% of the cases, was the fact of the patients not to have received medical prompt for such.

Concluded that the total vaccine covering was deficient, and the attendance level that more presented feeds was the medical advice.

ANEXO 1

CONTROLE DE PESQUISA

DATA:...../...../2000

1ª ETAPA

1. Nome:.....
2. Endereço:.....
3. Telefone:.....ou para recados:.....
4. Fez pelo menos 1 consulta pré-natal?:.....
5. Sorologia para rubéola: IgG + () IgG - () não sabe ()
6. Já fez vacinação contra a rubéola após a menarca?: sim ()
não () não sabe ()
7. Já teve rubéola?: sim () não () não sabe ()

2ª ETAPA

DATA:...../...../2000

1. A paciente foi vacinada contra a rubéola num prazo de 60 dias?:
Sim () Não ()
2. Se não foi, por quê?
() Não recebeu orientação médica para tal (durante as consultas pré-natal e/ou na alta hospitalar.
() A vacina não estava disponível no serviço público de saúde.
() Por motivos pessoais ou esquecimento
() Outro

ANEXO 2



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Ofício Gerim nº 061/2000

Florianópolis, 28 de fevereiro de 2000.

Prezado(a) Senhor(a),

Como é do seu conhecimento a Rubéola e a Síndrome da Rubéola Congênita são doenças ainda presentes em nosso meio, representando um desafio o seu controle e eliminação. O Estado de Santa Catarina vem desde 1996, implementando ações com a finalidade de notificar, investigar e controlar os casos de Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita.

Lembramos ainda, que dispomos da Lei nº 10.196, de 24 de julho de 1996, que torna obrigatória a aplicação da vacina contra Rubéola em:

- *Mulheres no puerpério;*
- *Professoras, médicas, enfermeiras, técnicas, auxiliares;*
- *Assistentes ou atendentes de creche;*
- *Zeladoras, faxineiras, agentes de saúde de postos de saúde, escolas, hospitais, maternidades e atividades afins;*
- *Estudantes no ato da matrícula para primeiro, segundo e terceiro grau.*

Informamos que utilizamos a vacina *Tríplice Viral* (*contra sarampo, caxumba, rubéola*) nas crianças menores de 12 anos e a vacina contra rubéola para os grupos descritos acima.

Solicitamos sua valorosa parceria para sempre que houver oportunidade, encaminhar essas pessoas para receber a vacina, pois quanto maior for a cobertura vacinal, menores serão as chances de termos circulação viral e conseqüentemente, a Síndrome da Rubéola Congênita. A mulher não pode estar grávida no momento da vacinação nem engravidar nos próximos 30 dias após o recebimento da vacina Tríplice Viral ou contra Rubéola.

Ressaltamos que todas as Secretarias Municipais de Saúde mantém pessoas responsáveis pela investigação dos casos de doença exantemática (*rubéola, sarampo*) estando a seu dispor para esclarecimentos.

Atenciosamente,

ILSE LISIANE VIERTEL
RESP.TEC.DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

UDSON PIAZZA
DIRETOR DA DIVE/SES/SC

Cobertura Da Vacinação Anti-Rubéola no Puerpério

Autor: Fábio Roberto Ruiz de Moraes

Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução

A rubéola é um exantema febril, geralmente benigno, porém pode acarretar infecção crônica e malformações fetais graves quando acomete gestantes.

A Lei Estadual nº 10.196 de 24 de julho de 1996 torna obrigatória a aplicação da vacina contra a rubéola em várias categorias pessoais ou profissionais, ressaltando que o primeiro item na lista são as mulheres no puerpério.

Objetivos

Investigar a cobertura vacinal contra a rubéola no puerpério, identificar em qual nível do atendimento está ocorrendo a falha na vacinação e sugerir quais as melhores condutas para a resolução do problema.

Casuística e Métodos

A pesquisa foi de caráter prospectivo, de delineamento transversal, não interventora, realizada com 322 pacientes em trabalho de parto, internadas no período de 01/06/2000 a 15/12/2000, na Maternidade do Hospital Universitário – UFSC e na Maternidade Carmela Dutra. No momento da internação questionou-se a sorologia para rubéola (IgG), se negativa ou não

documentada, entrevistou-se novamente estas pacientes, perguntando se elas realizaram a vacinação, e caso não o tenham feito qual foi o motivo.

Resultados

Na primeira etapa do trabalho, a soroprevalência das pacientes entrevistadas foi de 44,4% e 14% referiram vacinação prévia para a rubéola após a menarca.

Os resultados encontrados foram que, após 60 dias da internação, a cobertura vacinal total foi de 31%, e o motivo principal da não vacinação, respondendo por 83% dos casos, foi o fato de as pacientes não terem recebido orientação médica para tal.

Conclusões

Concluiu-se que a cobertura vacinal total foi deficiente, e o nível de atendimento que mais apresentou falhas foi o aconselhamento médico.

Autor: Fábio Roberto Ruiz de Moraes.

End.: R. Antônio Francisco da Silveira 335 – Pantanal – Florianópolis.

Telefones : (48) 234-3780 / 9963-2501.

e-mail: mambora@hotmail.com

**TCC
UFSC
TO
0305**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0305

Autor: Moraes, Fábio Robe

Título: Cobertura da vacinação anti-rubé



972814316

Ac. 254435

Ex.1 UFSC BSCCSM