

NOTA SBR SOBRE VACINA DA DENGUE COMISSÃO DE DOENÇAS ENDÊMICAS E INFECCIOSAS

1. QUAL VACINA CONTRA A DENGUE ESTÁ DISPONÍVEL NO BRASIL?

QDENGAC[®] (Takeda): vacina tetravalente de vírus vivo atenuado.

2. ESSA VACINA PROTEGE PARA QUAIS SOROTIPOS DA DENGUE? (INDUZ PROTEÇÃO)?

A vacina demonstrou ser eficaz contra o DENV-1 (69,8%), DENV-2 (95,1%) e DENV-3 (48,9%). A eficácia contra o DENV-4 não pôde ser avaliada nesse período, devido ao insuficiente número de casos de dengue causados por esse sorotipo durante o estudo.

3. PARA QUEM É INDICADA A NOVA VACINA QDENGAC[®]?

Essa vacina está indicada para indivíduos de 4 e 60 anos, independentemente de ter tido ou não dengue previamente. (soronegativos e soropositivos).

4. ONDE ESTÁ DISPONÍVEL?

Em clínicas privadas de vacina – para indivíduos de 4 a 60 anos.

Nos postos de saúde (SUS) – de 10 a 14 anos.

As vacinas serão destinadas a regiões de saúde com municípios de grande porte e com alta transmissão da dengue nos últimos dez anos e população residente igual ou maior a 100 mil habitantes, levando também em conta altas taxas de infecção nos últimos meses. O público-alvo, em 2024, serão crianças e adolescentes de 10 a 14 anos, faixa etária que concentra o maior número de hospitalização por dengue, depois de pessoas idosas, grupo para o qual a vacina não foi liberada pela Anvisa.

A lista dos municípios e a estratégia de vacinação serão informadas pelo Ministério da Saúde nos próximos dias. A previsão é que as primeiras doses sejam aplicadas em fevereiro.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/janeiro/chegam-ao-brasil-as-primeiras-doses-da-vacina-contr-a-dengue>

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 2466 – 9º Andar
São Paulo – SP – CEP 01402-000

Telefone: (+55 11) 3289-7165 / 3266-3986 / 98606-0174

E-mail: secretaria@reumatologia.org.br

www.reumatologia.org.br

Presidente: Marco Antônio Araújo da Rocha Loures

Secretário: Fernando Augusto Chiuchetta

1º Secretário: Samuel Katsuyuki Shinjo

2º Secretário: Valderillo Feijó Azevedo

Diretor Científico: Ivânio Alves Pereira

Tesoureiro: Lauredo Ventura Bandeira

1ª Tesoureira: Cristiane Kayser

Ouidora: Hellen Mary da Silveira de Carvalho

Presidente Eleito: José Eduardo Martinez

5. QUAL O ESQUEMA DE DOSES?

Duas doses de 0,5 ml, por via subcutânea, com intervalo de 3 meses entre elas.

6. QUAIS SÃO AS CONTRAINDICAÇÕES E PRECAUÇÕES?

Como toda vacina de vírus vivo, está contraindicada para:

- Gestantes e nutrizes (amamentando).
- Imunodeficiências primárias ou adquiridas, incluindo aqueles em uso de terapias imunossupressoras, como pacientes oncológicos, transplantados e com doenças inflamatórias imunomediadas (reumatológicas).
- Reação de hipersensibilidade a dose anterior.

7. COMO FICAM AS RECOMENDAÇÕES PARA OS PACIENTES COM DOENÇAS REUMÁTICAS?

A SBR recomenda seguir as mesmas orientações indicadas para a vacina contra a febre amarela, considerando o cenário epidemiológico, tipo e atividade da doença de base e o grau de imunossupressão induzido pelo tratamento vigente, classificada segundo o quadro a seguir:

Quadro 1 Posicionamento da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) quanto ao grau de imunossupressão conferido pelas drogas utilizadas para o tratamento dos pacientes com DOENÇAS REUMÁTICAS IMUNOMEDIADAS (DRIM)#
Pacientes considerados não imunossuprimidos:
Clinicamente estáveis, que estiverem nas seguintes condições:
Sem tratamento
Recebendo apenas sulfasalazina ou hidroxicloroquina
Em uso de corticosteroide tópico, inalatório, periarticular ou intra-articular
Pacientes considerados sob baixo grau de imunossupressão:
Metotrexato $\leq 0,4$ mg/kg/semana ou ≤ 20 mg/semana
Leflunomida doses 20 mg/dia
Tratamento diário com corticosteroides em doses < 20 mg/dia de prednisona ou equivalente durante curto período de tempo (< 2 semanas)
Pacientes considerados sob alto grau de imunossupressão:
Tratamento diário com corticosteroides em doses ≥ 20 mg/dia (ou > 2 mg/kg/dia para pacientes com peso < 10 kg) de prednisona ou equivalente durante ≥ 14 dias

Presidente: Marco Antônio Araújo da Rocha Loures
 Secretário: Fernando Augusto Chiuchetta
 1º Secretário: Samuel Katsuyuki Shinjo
 2º Secretário: Valderillo Feijó Azevedo
 Diretor Científico: Ivânio Alves Pereira
 Tesoureiro: Lauredo Ventura Bandeira
 1ª Tesoureira: Cristiane Kayser
 Ouvidora: Hellen Mary da Silveira de Carvalho
 Presidente Eleito: José Eduardo Martinez

Pulsoterapia com metilprednisolona
Utilizando micofenolato de mofetil ou sódico, ciclosporina, ciclofosfamida, tacrolimus, azatioprina
Medicamentos imunobiológicos e biossimilares
Inibidores de JAK

É importante ressaltar que deve ser considerado o uso destas drogas isoladamente, não a terapia combinada, cujo efeito imunossupressor pode ser intensificado e que, de maneira geral, as vacinas contendo agentes vivos atenuados (VVA) são contraindicadas durante estados de alta imunossupressão.

Neste contexto recomenda-se uma suspensão temporária do tratamento para a administração segura das VVA, caso o paciente esteja com atividade da doença controlada ou inativa, em decisão compartilhada.

ATENÇÃO ESPECIAL:

1. Após este período de suspensão a vacina pode ser administrada e o retorno do tratamento deve ser realizado após 4 semanas da vacinação.
2. SEGUINDO O ESQUEMA DE DOSES DESTA VACINA, ESTE PROCEDIMENTO TEM QUE SER APLICADO PARA AMBAS.

Quadro 2 Intervalo recomendado entre interrupção da terapia imunossupressora e administração de vacinas vivas atenuadas

Grupo terapêutico	Medicamentos	Intervalo entre suspensão e vacinação
Glicocorticoide	Corticoide > 20 mg/dia ou pulsoterapia endovenosa	Um mês
Sintéticos convencionais	MTX Leflunomida# SSZ e HXQ	Um a três meses Níveis séricos < 0,02 mg/L Nenhum
Imunossupressores	Ciclofosfamida, ciclosporina, micofenolato, tacrolimus, azatioprina, 6-mercaptopurina	Três meses
Sintéticos alvo-específicos	Tofacitinibe, upadacitinibe, baricitinibe	Duas semanas

Biológicos	Anticitocinas e inibidores da coestimulação do linfócito T	Três meses, 5 meias-vidas ou o que for menor
	Depletors de linfócito B*	Seis meses

HCQ: hidroxicloroquina; MTX: metotrexato; SSZ: sulfassalazina.

Fica a critério médico a realização do protocolo de eliminação da droga antes de indicação da vacina.

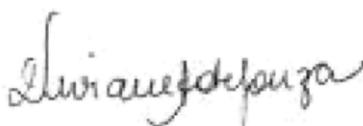
* Recomenda-se que pacientes que tenham recebido rituximabe devam também ter normalização dos níveis de IgG e IgM para receber a vacinação contra vírus vivo atenuado.

OBSERVAÇÕES:

1. Vacinar preferencialmente antes da imunossupressão. Vacinas inativadas devem ser administradas pelo menos 14 dias antes do início da terapia imunossupressora e as vivas atenuadas idealmente quatro semanas antes. Na impossibilidade de aguardar, manter intervalo mínimo de duas semanas.

Referências

- 1) Pileggi GS, Da Mota LMH, Kakehasi AM, De Souza AW, Rocha A, de Melo AKG, et al. Brazilian recommendations on the safety and effectiveness of the yellow fever vaccination in patients with chronic immune-mediated inflammatory diseases. *Adv Rheumatol.* 2019;59(1):17.
- 2) Salviato G, Brenol CV, da Mota LMH, Valadares LDA, Valim V, Cruz VA, de Souza VA. Vacinação no paciente com doenças reumáticas. In: Moreira C, Shinjo SK. Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia. 3ª edição. Santana de Parnaíba. Editora Manole; 2023.



Viviane Angelina de Souza

Coordenadora Comissão Doenças Endêmicas e Infecciosas



Marco Antônio Araújo da Rocha Loures

Presidente

Presidente: Marco Antônio Araújo da Rocha Loures
 Secretário: Fernando Augusto Chiuchetta
 1º Secretário: Samuel Katsuyuki Shinjo
 2º Secretário: Valderillo Feijó Azevedo
 Diretor Científico: Ivânio Alves Pereira
 Tesoureiro: Lauredo Ventura Bandeira
 1ª Tesoureira: Cristiane Kayser
 Ouvidora: Hellen Mary da Silveira de Carvalho
 Presidente Eleito: José Eduardo Martinez