

**Jornadas de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do IPB**
Bragança, 7-8 de junho 2013



**Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do
IPB**

LIVRO DE ATAS (EBOOK)

COORDENADORA: Maria Helena Pimentel

Colaboradores:

André Novo

Angela Prior

Carlos Magalhães

Celeste Antão

Eugénia Anes

Leonel Preto

Lúcia Pinto

Manuel Brás

Maria Augusta Mata

Maria Gorete Baptista

Maria José Gomes

Norberto Silva

FICHA TÉCNICA

Título

Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Data

junho de 2013

ISBN: 978-972-745-159-3

Editora: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Avenida D. Afonso V - 5300-121,

Bragança, Portugal

Tel: (+351) 273 303 200 / (+351) 273 330 950

Fax: (+351) 273 327 915

Este livro contém informações obtidas de fontes autênticas. A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos é única e exclusivamente dos autores.

Os artigos publicados neste livro são propriedade da ESSa-IPB. Este livro ou qualquer parte do mesmo, não poderá ser reproduzido ou transmitido em qualquer formato ou por qualquer meio, eletrónico ou físico ou por qualquer sistema de armazenamento de informação ou de recuperação, sem autorização prévia por escrito da ESSa-IPB.

Todos os direitos reservados.

Nota Introdutória

As primeiras jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança pretendem constituir-se num momento de encontro de todos os que se interessam pela prestação de cuidados em Saúde: professores, investigadores, profissionais da saúde e estudantes. Pretendem, ainda, aprofundar o conhecimento nas diversas áreas de intervenção e formação de Enfermagem em particular e de Saúde em geral. A parceria da ULS do Nordeste na organização do evento permitirá alargar e fomentar a interação entre o contexto de trabalho, a investigação e os contextos educativos, numa abordagem multidisciplinar e de compromisso.

As temáticas abordadas nestes dois dias de trabalhos acompanham o ciclo vital desde a saúde materno infantil, passando pelos cuidados à família e comunidade, a assistência da pessoa em situação crítica, a assistência na doença terminal e morte digna. Os cursos temáticos aprofundam o conhecimento em áreas específicas. Em suma serão abordados os diferentes modos de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes tendo em conta o papel privilegiado que os enfermeiros desempenham junto de quem recorre aos serviços de saúde. Ou, dito de outra forma, reforçar o compromisso que assumimos todos os dias com o cidadão.

Para assinalar a realização deste evento e congregar sinergias, elaborou-se o presente livro de atas. Este documento pretende assumir o compromisso da partilha e da divulgação do conhecimento. Para além da atualidade e relevância científica, constituem pontos de contato de estudiosos destas matérias, que respondendo ao nosso apelo submeteram comunicações sob a forma de comunicações orais e *posters*, que teremos oportunidade de acompanhar ao longo destes dois dias.

Se a produção de qualquer evento, direta ou indirectamente, nunca é um ato isolado o que aqui apresentamos contou com a colaboração e a conjugação de esforços de muitas pessoas. É de justiça, por isso, que se felicitem as comissões científica e organizadora que, por sua vez, contaram com o envolvimento ativo dos Dirigentes da Escola Superior de Saúde do IPB e da Unidade de local de Saúde do Nordeste Transmonstano.

Saudamos e agradecemos a presença de todos(as) os que quiseram juntar-se a nós, pela participação viva e empenhada.

Helena Pimentel

RECURSOS E RESPOSTAS PESSOAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CUIDADOS CONTINUADOS DA REGIÃO DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO PARA LIDAREM COM O FIM DE VIDA.....	423
Lia Marcos, Maria Helena Pimentel, Maria Gorete Batista	
REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. UM NOVO MODELO DE GOVERNANCE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS?.....	430
Maria Patrocínia Ferreira Sobrinho Correia	
RELAÇÃO ENTRE A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA E OS NÍVEIS DE CONCENTRAÇÕES SÉRICAS DO COLESTEROL TOTAL EM JOVENS DO ENSINO SUPERIOR.....	444
Maria Isabel Barreiro Ribeiro, Andreia Patrícia Afonso Ferreira, Diana Patrícia da Silva Domingues, Rita Sofia Padilha Martins, Susana Maria Silvestre Martiniano, Olívia Rodrigues Pereira	
RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO.....	455
Leonel São Romão Preto, Marco Paulo Correia Barata, Ana Cristina Neves Duarte Nunes Barata, Paula Eduarda Lopes Martins	
ROTAVÍRUS- UMA REALIDADE PEDIÁTRICA.....	464
Ângela Maria Moreira Lopes, Maria Filomena G. Sousa, Celeste da Cruz Meirinho Antão	
SATISFAÇÃO DOS UTENTES DOS HOSPITAIS DE UMA ULS DO NORTE DE PORTUGAL FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	472
Carina A.S. Ferreira, Manuel Alberto Morais Brás, Eugénia Maria Garcia Jorge Anes	
SER ENFERMEIRO: MOTIVAÇÕES E EXPETATIVAS DOS ESTUDANTES FINALISTAS DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA.....	487
Maria Filomena Grelo Sousa, Adília Maria Pires da Silva Fernandes, Celeste da Cruz Meirinho Antão, Maria Augusta Pereira da Mata	
SITUAÇÃO DE SAÚDE DE UM GRUPO DE UTENTES DIABÉTICOS.....	495
Flávia Patrícia Vaz Lage, Carla Cristina Alves Afonso Martins, Maria Augusta Pereira da Mata	
SOFRIMENTO NA DOENÇA CRÓNICA.....	503
Maria Gorete Batista, André Pinto Novo, Ana Maria Nunes Galvão	
SUICÍDIO - MITOS E FACTOS.....	518
Almeida, E.C.	
SUICÍDIO: UM PROBLEMA DE SAUDE PUBLICA.....	524
Eugénia Maria Garcia Anes, Natália Silva, Sandra Silva	
TENSÃO ARTERIAL EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, ANTES E APÓS EXAME.....	533
Eugénia Maria Garcia Jorge Anes; Adília Maria Pires Fernandes; Celeste da Cruz Meirinho Antão; Carlos Pires Magalhães; Maria Augusta Pereira da Mata; Maria Helena Pimentel; Maria Filomena G. Sousa, Maria de Fátima Pereira Geraldés	
UM OLHAR SOBRE O OMBRO AOS CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS PORTUGUESES SOBRE A SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES NO FINAL DA PRIMEIRA DÉCADA DO SÉCULO XXI.....	539
Manuel Alberto Brás, Eugénia Maria Garcia Jorge Anes, Maria de Fátima Brás, Maria Isabel Praça, Sandra Cristina Mendo Moura	

ROTAVÍRUS- UMA REALIDADE PEDIÁTRICA

Ângela Maria Moreira Lopes¹, Maria Filomena G. Sousa², Celeste da Cruz Meirinho Antão²

¹Unidade Local de Saúde do Nordeste

²Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

RESUMO

A infecção por Rotavírus é considerada a causa mais comum de diarreia grave na infância em todo o mundo. O vírus é responsável por um grande número de gastroenterites que ocorrem em crianças menores de cinco anos. (Oliveira, Melo & Simonetti, 2008). Os rotavírus são eliminados em alta concentração nas fezes de crianças infectadas e entre os mecanismos de transmissão do mesmo destaca-se a via fecal-oral. (Salvador, Almeida, Alves & Dantas, 2011). A água, objectos contaminados e o contacto directo entre pessoas, são segundo Vranjac (2004) também uma das formas de transmissão. Quanto à distribuição sazonal das gastroenterites por Rotavírus, em Portugal, este surge principalmente no Inverno e na Primavera, coincidente com o pico sazonal dos vírus respiratórios e posterior diminuição e desaparecimento de casos no Verão e Outono. (Boto, 2008)

Com o presente estudo temos como objectivos: Reflectir sobre a problemática da epidemiologia na Criança com GEA por Rotavírus e Sensibilizar os profissionais de Saúde para a importância da vacina na prevenção de GEA por Rotavírus

Palavras-chave - criança, infecções, rotavírus, gastroenterite aguda (GEA), epidemiologia, diagnóstico, Vacinação.

INTRODUÇÃO

O Rotavírus pertence à família *Reoviridae* e classificam-se em 7 grupos de A a G. Os Rotavírus dos grupos A, B e C estão associados à doença no Homem e animais; sendo que os do Grupo A apresentam uma melhor caracterização, e estão claramente relacionados com a gastroenterite aguda na Infância.

Em Portugal o rotavírus representa a causa mais comum na criança, sendo a principal causa de Diarreia em todo o mundo. Estima-se que seja responsável por aproximadamente 138 milhões de casos de diarreia aguda e 44.000 mortes por ano em crianças abaixo dos 5 anos de idade. (Parashar *et al*, 2003).

Nos Países em via de desenvolvimento, a diarreia aguda por rotavírus constitui umas das principais causas de morte em crianças abaixo dos 5 anos de idade. Em Países desenvolvidos, a mortalidade é extremamente baixa, no entanto acarreta alta morbidade e elevados custos sociais e de Saúde Pública.

A infecção pelo rotavírus é considerada a causa mais comum de diarreia grave na infância em todo o mundo. O vírus é responsável por um grande número de gastroenterites que ocorrem em crianças menores de cinco anos (Oliveira, Melo & Simonetti, 2008). Os rotavírus são eliminados em alta concentração nas fezes de crianças infectadas e transmitidos pela via feco-oral, pela água, objetos contaminados e por contato direto entre pessoas. Vranjac, (2004).

Porque a doença não pode ser eliminada através de melhorias na água e no saneamento, as vacinas têm sido desenvolvidas como o método principal de minimizar os efeitos da mesma.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a importância da vacinação nos programas nacionais de vacinação de diversos Países, entre os quais o Brasil; o México; a Bélgica; a Áustria, a Finlândia ou o Luxemburgo. No entanto não fazendo parte do Plano Nacional de Vacinação, existem em Portugal duas vacinas que visam prevenir a doença grave que levam à desidratação, hospitalização e morte, sendo elas a Rotateq e a Rotarix.

O acelerado desenvolvimento e introdução de uma vacina contra o rotavírus foi designada uma prioridade global pela Organização Mundial da Saúde, a Aliança Global para Vacinas e Imunização, e muitos grupos internacionais por causa do grande peso da doença, as vacinas estão por perto, e o impacto da sua introdução deve ser quase imediata. (Glass R, et al. 2004).

Como competência inerente ao Enfermeiro está o seu papel de “educador” fundamental para outros profissionais na área hospitalar / Cuidados de Saúde Primário e para todos os prestadores de cuidados da criança com rotavírus, de modo a contribuir de forma activa para o sucesso da doença. A este papel estão associados vários objectivos: informar; facilitar e facultar um leque de informações relativa á vivência harmoniosa com a patologia com Rotavírus.

OBJETIVOS:

Aprofundar conhecimentos no campo do saber sobre a temática em estudo;

Reflectir sobre a problemática epidemiológica da criança com GEA por Rotavírus a nível Mundial;

Sensibilizar os profissionais de Saúde para a importância da vacina na prevenção das GEA por Rotavírus.

METODOLOGIA

Para o presente trabalho foi feita uma revisão integrativa da literatura, cuja metodologia utilizada tem por base a pesquisa bibliográfica. Os conteúdos abordados permitiram organizar informações precisas sobre Gastroenterite por Rotavírus.

CONCEITO

O rotavírus é um vírus esférico em forma de círculo, pertencente à família *Reoviridae*. São classificados em grupos, sendo identificados 7 grupos até à actualidade: A,B,C,D,E,F,e G. Os rotavírus dos grupos A,B e C estão associados à doença no Homem e animais, sendo que os do grupo A apresentam uma melhor caracterização, e estão claramente relacionados com a gastroenterite aguda na infância. Os restantes grupos têm-se encontrado apenas em animais. (Boto, 2008) (Martín, Avilés & Montero, 2010).

EPIDEMIOLOGIA DA INFECÇÃO POR ROTAVÍRUS

A infecção por Rotavírus é inevitável. Na opinião de Boto (2008) a ubiquidade do vírus e contágio leva a que a probabilidade da criança até aos 5 anos de vida de ter tido uma infecção rotavírica e ter adquirido anticorpos, seja de 100%. O Rotavírus A é responsável por 90% dos casos a nível global. Nos EUA a incidência de GEA por Rotavírus, por criança com menos de 5 anos, ronda os 18%. Estas são responsáveis por uma taxa de internamento entre 25% e 60%, do total de internamentos por GEA , no mesmo grupo etário. Na Europa constata-se que um em cada 6 episódios de Diarreia Aguda, por ano é da responsabilidade do Rotavírus. E que metade das crianças internadas por desidratação associada a GEA tem como agente causal o Rotavírus. Na Europa Ocidental e EUA a maioria desses episódios evoluiu para a cura, mas outras regiões menos desenvolvidas, a mortalidade aumenta exponencialmente. Estimativa Internacionais aponta uma incidência anual de cerca de 2.7 milhões de episódios de GEA rotavírica nos EUA, com cerca de 400.000 consultas de ambulatório por episódio, 160.000 idas ao serviço de Urgência e 50.000 hospitalizações. A mortalidade associada está estimada em cerca de 20 mortes, por ano.

Dados referentes a países da África e Ásia são distintos e evidenciam a grande importância das doenças infecciosas gastrointestinais. São uma das principais causas de morbilidade e mortalidade infantil pelo Rotavírus. Anualmente, estão estimados 18 milhões de episódios graves por GEA, com uma mortalidade superior a 500.000 crianças com menos de 5 anos, por ano (uma em cada 160 crianças com GEA por Rotavírus) (Boto, 2008).

DIAGNÓSTICO

A anamnese realizada com cuidado, com dados da história clínica, antecedentes epidemiológicos e o exame clínico podem sugerir um quadro de gastroenterite por Rotavírus. No entanto, como as manifestações da infecção não são específicas, a confirmação laboratorial é necessária, recorrendo à deteção do rotavírus nas fezes da Criança infetada, sendo a época

ideal para a sua detecção desde o primeiro até o quarto dia de doença, considerado o período de maior eliminação viral. (Oliveira. Melo & Simonetti, 2008).

Assim sendo, o diagnóstico laboratorial das gastroenterites por Rotavírus constitui uma importante ferramenta na confirmação de um quadro clínico suspeito.

O facto das manifestações clínicas serem semelhantes às de outras gastroenterites por bactérias, é importante esclarecer o diagnóstico o mais precocemente possível.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS/COMPLICAÇÕES

Segundo os autores já supra citados o quadro típico da infecção por Rotavírus é a gastroenterite aguda. Aquando da entrada do vírus no intestino surge a tríade de febre, vômitos e diarreia aquosa. Embora seja frequente a coexistência destes três sinais, nem sempre é obrigatória, nem continuamente tem uma ordem bem definida.

A Febre pode atingir picos elevados (superiores a 39º) e persistir por um período de um a três dias.

Os vômitos são frequentes e condicionam a tolerância dos alimentos por via oral, pelo que muitas das vezes tem que se recorrer a administração de líquidos por via parentérica.

A diarreia abundante aquosa, normalmente sem sangue, tem a durabilidade de 3 a 7 dias, com mais de cinco dejectões por dia. Associada a esta tríade as dores abdominais estão quase sempre presente

Geralmente este quadro permanece entre 5 a 7 dias e em conjunto, os vômitos e a diarreia abundante levam ao desequilíbrio hidro- electrolítico, característico da GEA mais grave. Oliveira. Melo & Simonetti (2008) acrescentam que quando comparadas com outras GEA infantis, a intensidade dos sintomas é maior e faz com que esta infecção seja a principal responsável por internamentos em Pediatria relacionados com as complicações de GEA. E que *“os estudos epidemiológicos mostram uma incidência entre 25 e 55% em relação ao total de internamentos por GEA até aos cinco anos de vida.”*p.35.

Face ao pressuposto acima mencionado e tendo em conta a ideia dos autores podemos afirmar que uma das complicações pode ser a desidratação, que pode ir de moderada a grave conduzindo ao desequilíbrio hidro-electrolítico, característico das GEA mais graves e severas, pondo em risco a vida da criança, se não for atempadamente diagnosticada.

FORMAS DE TRANSMISSÃO

Para (Oliveira. Melo & Simonetti, 2008) *“ a Infecção por Rotavírus é universal, com uma incidência globalmente elevada e semelhante entre regiões muito distintas. O facto de maior*

acessibilidade a recursos de Saúde e melhores condições sanitárias não alterarem de modo significativo esta incidência tem colocado questões pertinentes em relação à transmissibilidade do vírus”(p.31)

A sua transmissão é feita por via fecal-oral, através de partículas presentes nas mãos e objectos contaminados, uma vez que o Rotavírus é eliminado em grande quantidade pelas fezes da criança doente infectada.

Outras formas de transmissão são os brinquedos e superfícies de ambientes escolares; água, alimentos e objectos contaminados; e secreções respiratórias. (Salvador. Almeida. Alves & Dantas, 2011).

TRATAMENTO

O Tratamento da Rotavirose é apenas de suporte e alicerça-se na hidratação. Segundo os autores supra-citados o fundamental do tratamento é prevenir a desidratação e distúrbios hidroelectrolíticos. Não se recomenda o uso de anti-microbianos e não existe terapêutica específica para combater os Rotavírus, sendo a manutenção da dieta alimentar normal a conduta mais adequada.

O tratamento é feito pela administração de muita água com um pouco de sal e açúcar para restabelecer os líquidos e, eventualmente, pode ser necessário recorrer à hidratação parenteral, caso a oral não seja eficaz no tratamento. Nos Hospitais Portugueses existe uma Formula de Bi Oral Suero, com diversos sabores que ajuda na reposição dos hidroelectrolíticos, muitas das vezes bem tolerado pela criança, melhorando o seu estado clinico. Além não se recomenda o uso de antidiarreicos.

PREVENÇÃO E CONTROLE DA DOENÇA

A OMS reconhece a importância da vacinação contra o rotavírus, recomendando a inclusão da vacina nos programas nacionais de vacinação. Actualmente, países como Brasil, México, Bélgica, Finlândia e Luxemburgo, a vacinação faz parte integrante dos programas nacionais de vacinação. A Sociedade Europeia de Infeciologia Pediátrica (SEPID) e a sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição pediátrica (SEPGHAN), num documento publicado em Maio de 2008, fazem em conjunto uma recomendação para serem vacinadas todas as crianças na Europa contra o rotavírus. Recomendação esta, baseada em dados de ensaios clínicos e de alta qualidade que demonstram o benefício da vacinação. Em Portugal, estão actualmente disponíveis duas vacinas contra o rotavírus (Rotateq e Rotarix), com estruturas e esquemas posológicos diferentes, conforme o quadro 1.

Quadro 1: Características e tipo de vacinas contra o rotavírus

Vacina	RotaTeq	Rotarix
Tipo	Viva Administração Oral Reagrupamento bovino-Humano Pentavalente (G1,G2;G3, G4,P8)	Viva Administração Oral Humana atenuada Monovalente (G1, P8)
Número de doses	3	2

Fonte: Adaptado de recomendações para a vacina contra rotavírus. Lisboa. SPP.

Segundo a SPP (2009) estas vacinas foram estudadas de forma ampla antes do seu lançamento no mercado, evidenciando um perfil de eficácia e segurança excelente, nomeadamente, no que diz respeito à incidência da invaginação intestinal, pelo que se torna imperativo respeitar os intervalos de tempo para a vacinação, não iniciando a vacinação depois das 12 semanas de vida e completa-la até aos 6 meses.

A protecção conferida pela vacina estende-se até pelo menos dois anos após a sua administração, o que vai cobrir o período na qual a gravidade da doença por Rotavírus é maior.

Embora nenhuma destas vacinas estejam integradas no Plano Nacional de Vacinação e não sejam comparticipadas pelo Estado Português, cabe aos prestadores de cuidados acarretar com o custo elevado e impossível de muitas vezes ser comportadas pela maioria das Famílias, nos dias de hoje.

Tendo em conta que as decisões no âmbito da Saúde também passam por decisões políticas, parece-nos importante realçar um projecto de resolução de 2013 em que o Bloco de Esquerda enfatiza a importância que a OMS dá à inclusão da vacinação contra este vírus. Assim, sendo, o Grupo Parlamentar do Bloco de esquerda, em 4 de Janeiro de 2013, propõe que a Assembleia da República recomende ao Governo:

“1) Proceda ao estudo do custo- benefício da inclusão da vacina contra o Rotavírus no PNV, no prazo máximo de seis meses;

2) Torne públicos os resultados daquela análise e fundamentação da decisão e inclusão ou não da vacina contra o Rotavírus, no PNV, até 30 dias após a conclusão do estudo referido no ponto 1).”

Tendo em conta que este estudo ainda se vai prolongar até Julho de 2013, os autores da presente revisão não tem dados para poder extrapolar qualquer decisão acarretada pelo Governo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS /CONCLUSÕES:

As infecções por rotavírus são os mais importantes agentes de GEA na criança. Em todo o mundo, estima-se que, a cada ano, causem mais de 125 milhões de episódios de diarreia e mais de 400mil mortes.

Estudos realizados em mais de 50 Países revelam que os rotavírus são responsáveis por 1/4 das GE infantis da comunidade, e por 20 a 70% das hospitalizações por diarreia em crianças com menos de 5 anos. Sendo o pico de incidência entre o 6 e 24 meses. Na Europa, apesar da reduzida mortalidade, as infecções por Rotavírus causam substancialmente morbidade e impacto sócio- económico elevado (Boto, 2008).

Nesta o vírus é responsável pela maioria das hospitalizações de crianças com diarreia e desidratação, o que provoca absentismo e diminuição da produtividade associados ao sofrimento por parte dos prestadores de cuidados. A infeção por rotavírus, apresenta, nos Países de clima temperado, um pico de incidência nos meses de Inverno e primavera, desaparecendo nos meses de Verão e Outono. É mais frequente em crianças até aos 5 anos e cujas complicações podem levar á desidratação e desequilíbrio hidroelectrolítico, pondo em causa a saúde e vida das mesmas. De salientar que as medidas de higiénicas contribuem para a não propagação do rotavírus, como uma infeção nosocomial.

Em Portugal, existem duas vacinas, embora não integradas no PNV é de todo aconselhável a sensibilização dos pais e dos profissionais de saúde para a sua administração. Não iniciando a vacinação depois das 12 semanas de vida e completa-la até aos 6 meses.

Os Enfermeiros, em particular, estão bem posicionados para serem promotores das medidas profilácticas desta patologia, seja em Cuidados de Saúde Primários ou Cuidados de Saúde Diferenciados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boto, A.C.F (2008). *Estudo epidemiológico e molecular da infeção por Rotavírus, numa população pediátrica*. Dissertação de mestrado apresentado à Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Boto A.S.P, Iturriza M, et al. (2008) *Rotavírus genotyping- a one year study in Lisbon*. ESPID Meeting, Prague.
- Falcão JM; Rebelo de Andrade H; Branco M.J. (1999)*Gastroenterites Associadas a Rotavírus: Importância de uma Causa Evitável*. Publicação do ONSA,; 3:1-4.
- Glass R, Bresee J, Parashar U, Jiang B, Gentsch J. Viewpoint(2004). *The future of rotavirus vaccines: a major setback leads to new opportunities*. Lancet,;363:154750.

- Martín, C. Gavilán; Avilés, B.García; Montero, R. González. (2010). *Gastroenteritis Aguda: Hospital Clínico Universitario de San Juan*. Alicante.
- Oliveira. Melo & Simonetti, (2010). Rotavirus e sua epidemiologia nas infecções diarreicas RBCA, vol 42(3): 169-174.
- O’Ryan MO, Pérez-Schael I, Mamani N, Peña A, Salinas B, Gonzáles G, Gonzáles F, Matson DO, Gómez J. (2001). *Rotavirus-associated medical visits and hospitalization in South America: a prospective study at three large sentinel hospitals*. *Pediatr Infect Dis J* 20:685-693.
- Parashar UD, Hummelman EG, Bresee JS, Miller MA, Glass RI.(2003) *Global illness and deaths caused by rotavirus disease in children*. *Emerging Infect Dis*; 9(5):56572.
- Salvador. A.. Alves & Dantas. (2011).A Rotavirose e a vacina oral de rotavírus humano no cenário Brasileiro: revisão integrativa da literatura. 2011. <http://www.scielo.br/scielo.php?Scrip- arttext&pid- S1413-812301100200020>.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2009).*Recomendações para a vacina contra o rotavírus*.Lisboa:SPP.
- Vranjac A. (2004). Diarréia e Rotavírus. *Rev Saude Publica*; 38:844-845.