



RELATO DE EXPERIÊNCIA: ATUALIZAÇÃO DO CARTÃO VACINAL DE EDUCADORES INFANTIS

EXPERIENCE REPORT: UPDATE OF THE VACCINATION RECORD IN CHILDREN'S EDUCATORS

RELATO DE EXPERIENCIA: ACTUALIZACIÓN DEL REGISTRO DE VACUNAS EN EDUCADORES INFANTILES

Willyana Freire Bispo¹, Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos², Luiza Helena dos Santos Wesp³, Lidiana Luana Inácio da Silva⁴, Mariana Fernandes de Almeida Silva⁵

RESUMO

Objetivo: descrever a experiência durante a realização da atualização do cartão de vacinação. **Método:** estudo descritivo, tipo relato de experiência. A vacinação foi realizada em duas etapas, totalizando 73 CMEIs visitados. As vacinas administradas foram: Influenza, Dupla adulto, Hepatite B e Tríplice viral. **Resultados:** na primeira etapa, foram feitas 622 doses e 1.186 doses na segunda. Para a vacina Tríplice Viral, foram feitas 89 doses; Influenza, 656 doses; Dupla Adulto, 398 doses; Hepatite B, 418 doses. **Conclusão:** os dados levantados reiteram a necessidade de realizar ações mais pontuais para atender a realidade de grupos vulneráveis como crianças e trabalhadores de creches. **Descritores:** Vacinação; Educação infantil; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to describe the experience during the completion of the vaccination record update. **Method:** this study is descriptive of experience report type. The vaccination was composed of two stages, totaling 73 CMEIs visited. The vaccines administered were: Influenza, Adult double, Hepatitis B and Triple viral. **Results:** in the first stage, there were 622 doses made and in the second stage, there were 1,186 doses. For the Triple Viral vaccine, there were 89 doses made. For Influenza, there were 656 doses. For Adult Double, there were 398 doses. For Hepatitis B, there were 418 doses. **Conclusion:** the data surveyed remain the need to carry out more punctual actions to address the reality of vulnerable groups such as children and day care workers. **Descriptors:** Vaccination; Child Education; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: describir la experiencia durante la realización de la actualización del registro de vacunación. **Método:** estudio descriptivo, tipo relato de experiencia. La vacunación fue compuesta de dos etapas, totalizando 73 CMEIs visitados. Las vacunas administradas fueron: Gripe, adulto Doble Bacteriana, Hepatitis B y Triple viral. **Resultados:** en la primera etapa fueron hechas 622 dosis y, en la segunda fueron 1.186 dosis. Para la vacuna Triple Viral, fueron hechas 89 dosis. Para la Gripe, 656 dosis. Para Adulto Doble Bacteriana, 398 dosis. Para Hepatitis B, 418 dosis. **Conclusión:** los datos levantados repiten la necesidad de realizar acciones más puntuales para atender la realidad de grupos vulnerables como niños y trabajadores de guarderías. **Descriptores:** Vacunación; Educación infantil; Enfermería.

¹Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica da Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia/FAMEC. Natal (RN), Brasil. E-mail: willyana_bispo@hotmail.com; ²Enfermeira. Doutora em Ciências Sociais. Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil. E-mail: paulafernandabb@hotmail.com; ³Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica da Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia/FAMEC. Natal (RN), Brasil. E-mail: luiza.wesp@hotmail.com; ⁴Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica da Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia/FAMEC. Natal (RN), Brasil. E-mail: lidianaluana3@hotmail.com; ⁵Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica da Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia/FAMEC. Natal (RN), Brasil. E-mail: mari_fndes@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A vacinação no Brasil tem uma história de sucessos e desafios, marcados desde o registro da primeira campanha de vacinação para erradicação da varíola no início do século passado. Ao longo destes anos, o Brasil tem buscado a excelência na produção e distribuição de vacinas, bem como na regulamentação de calendários vacinais para todos os indivíduos, com calendários específicos para crianças, adolescentes, mulheres em período fértil, adultos e idosos.¹⁻²

Considerada pela população com uma das políticas mais exitosas da saúde, a vacinação tem marcos importantes como a criação do Programa Nacional de Imunização (PNI), datado de 1973.³ A partir daí, a sistematização destas ações vieram acompanhadas de um maior monitoramento, controle e acompanhamento do comportamento epidemiológico dos agentes infecciosos, bem como da eficácia e efetividade das ações implementadas pela política.

Em 1977, tivemos a constituição do primeiro calendário vacinal para crianças menores de 1 ano.³ Desse período até agora tivemos uma evolução importante no tocante à oferta de imunobiológicos, não só para as crianças mas também para a população de um modo geral.⁴

A vacinação da população, de forma geral, em especial na infância, representa uma ação importantíssima no controle das doenças transmissíveis que podem ser prevenidas por imunizações, além de contribuir de forma significativa na redução da taxa de mortalidade infantil.⁵⁻⁶

No que concerne à saúde das crianças, observa-se que muitas campanhas têm sido feitas no sentido de aumentar o combate aos agentes etiológicos através da vacinação em massa, assim como de atualizar e garantir a vacinação em tempo oportuno. Porém, mesmo tendo a oferta de vacinas regularmente nos serviços de saúde e tendo campanhas frequentes de vacinação, ainda temos apresentado resultados preocupantes em relação à incidência de doenças imunopreveníveis como o tétano, coqueluche, sarampo, entre outras.³

Desde a constituição do primeiro calendário de vacinação para crianças, temos observado que a ênfase nas campanhas de vacinação é, sobretudo, o público infantil, considerado de maior vulnerabilidade para estas doenças. Entende-se que na infância a

produção de anticorpos, estimulados pela ação de vacinação, tem maior eficácia.⁷

No entanto, a população adulta de hoje não teve acesso às mesmas vacinas que as crianças vêm tendo ao longo, principalmente, nos últimos dez anos. Sendo assim, se estes adultos não tiveram doenças, como: sarampo, rubéola, varicela, entre outras, na infância, ou caso não tenham recebido a vacinação adequada, eles continuam expostos a estas. E quando contraem tais doenças na fase adulta, em geral apresentam manifestações mais graves.⁷ Nesse sentido, torna-se imperativo identificar a necessidade premente de rever a situação vacinal desse público e de promover a sua atualização.

Por outro lado, diante do novo cenário social e econômico que impôs mudanças substanciais nas formas de cuidar da criança pelas famílias através da introdução das creches e pré-escolas como espaços de excelência para o cuidar e educar da criança pequena, emergiu uma nova forma de cuidar, caracterizada pela institucionalização da criança pequena, e tendo na figura do educador infantil ou cuidador o profissional que irá ser responsável pelo atendimento das necessidades humanas básicas de cerca de 10 a 15 crianças num período que varia de quatro a oito horas diárias.

Nesse contexto, faz-se urgente a necessidade de repensar práticas de cuidado, vigilância e promoção da saúde que possam eleger como público susceptível e prioritário os educadores infantis e trabalhadores de creche, uma vez que são os profissionais que desenvolvem ações básicas do cuidar, como: troca de fraldas, higienização da criança, limpeza de secreções nasais, alimentação, entre outros, e que num contexto coletivo, pode colocar em risco de adoecimento um número significativo de crianças e adultos.

Assim, os profissionais da educação estão expostos a diversos riscos, tendo o mesmo risco aumentado para doenças imunopreveníveis. O Ministério da Saúde não define esse grupo como específico para receber vacinação prioritária, porém alerta para que se cumpra o calendário básico do adulto composta pelos esquemas: Hepatite B, Tríplice viral, Dupla adulto (dT) e Febre amarela (para áreas endêmicas).⁸

A falta de campanhas regulares para vacinação desse grupo e dos adultos de modo geral, além de uma cultura que ainda não reconhece a importância dessa ação em todas as faixas etárias, tem contribuído para a pouca procura desse serviço por parte da população. Assim, pode-se considerar que o inadequado esquema vacinal dos profissionais

de educação constitui um importante problema de saúde pública.

Os educadores infantis constituem um grupo especial, no sentido de que lidam diariamente com o cuidado direto de crianças de zero a seis anos, o que os deixam em situações de vulnerabilidade para contrair e disseminar doenças. Os educadores mantêm o contato com crianças que podem ser portadoras dos mais diversos tipos de doenças infectocontagiosas, sendo algumas evitáveis por imunização.

Assim, consideramos que a situação vacinal desse grupo influi diretamente no controle de doenças e sua disseminação, principalmente, no grupo mais susceptível que são as crianças. Por outro lado, ao pensar na saúde dos trabalhadores, evidencia-se que uma das ações fundamentais para este público está em promover a proteção específica contra doenças que são comuns na infância e que, se manifestadas na fase adulta (situação em que se encontram), podem gerar problemas mais graves e decorrer em complicações mais severas.⁷

Há mais de 4 anos desenvolvendo projetos de extensão em instituições de ensino infantil junto a crianças de zero a seis anos e educadores infantis, temos percebido a importância de mantermos as melhores condições para a prevenção e promoção da saúde nestes espaços, pois lidamos com o crescimento e desenvolvimento de indivíduos em situação de maior vulnerabilidade. Assim, identificamos que a situação vacinal é um problema relevante e de forte impacto na saúde de crianças e adultos.

Ao observamos que os educadores e demais trabalhadores da creche, como merendeiras, auxiliares de limpeza, vigilante, entre outros, relatavam não ter mais o cartão de vacinas, ou quando os apresentavam, eles estavam desatualizados, decidiu-se promover uma ampla campanha de vacinação dentro dos Centros Municipais de Educação Infantil de Natal, visando a atualização do calendário vacinal. O projeto dividiu-se em duas frentes - uma voltada para atualização do calendário vacinal de crianças e a outra para a atualização do calendário vacinal de trabalhadores da creche.

O projeto de extensão foi então denominado “Atualização do cartão de vacinação de crianças e trabalhadores dos Centros Municipais de Educação Infantil” e foi realizado por docentes e discentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

OBJETIVO

- Descrever a experiência durante a realização da atualização do cartão de vacinação de trabalhadores dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs) em Natal/RN a partir desse projeto de extensão.

MÉTODO

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, onde narra-se uma experiência vivenciada num projeto de extensão promovido em parceria com serviços de saúde e educação. Um dos objetivos do relato de experiência é registrar situações ou acontecimentos da prática de um determinado local e de um período de tempo.⁹

Sendo assim, analisa-se a experiência vivenciada por acadêmicas do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) durante um projeto de extensão intitulado “Atualização do cartão de vacinas de crianças e trabalhadores dos Centros Municipais de Educação Infantil”.

Este projeto surgiu demandado por outro projeto de extensão denominado “O cuidado à criança nos espaços de educação infantil - uma interlocução entre saúde e educação” que tem sido realizado desde 2012. O projeto atende cerca de cinco instituições. Neste, acadêmicos e docentes do Departamento de Enfermagem realizam ações em parceria com a escola visando a promoção da saúde e prevenção de doenças junto às crianças, educadores e pais nos CMEIs. Dentre estas ações, são desenvolvidas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, ações de educação em saúde com crianças, educadores e pais, cursos de formação para educadores infantis, além de suporte aos educadores para as ações de cuidado à criança. Foi ao longo das consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil que verificou-se o esquema vacinal incompleto das crianças.

Em ações de educação em saúde voltadas para a prevenção de doenças junto aos educadores infantis e trabalhadores da creche, observou-se também que eles relatavam não ter cartão de vacinação, ou quando o tinha, encontrava-se desatualizado. Poucos conseguiram comprovar esquema vacinal completo entre os adultos. Tal situação chamou a atenção e alertou o grupo para a priorização de ações de vacinação visando à promoção da saúde de crianças e trabalhadores.

Foi nesse contexto que surgiu o projeto de extensão denominado “Atualização do cartão de vacinas de crianças e trabalhadores dos Centros Municipais de Educação Infantil”. Ele tinha por objetivo atualizar o cartão de vacinação de crianças de zero a cinco anos de idade e de trabalhadores dos CMEIs, a saber: educadoras infantis, gestores, auxiliares de serviços gerais, cozinheiros e porteiros. Para os trabalhadores, foram administradas as vacinas: influenza, tríplice viral, dT e Hepatite B. Este projeto contou com a participação e colaboração da Secretaria Municipal de Saúde e Educação do município de Natal. A ação foi desenvolvida por professores da UFRN juntos aos alunos do curso de graduação em enfermagem e enfermeiros voluntários que participavam do projeto.

O município de Natal até abril de 2015 contava com 27 CMEIs na Zona Norte, 14 na Zona Sul, 23 na Zona Oeste e nove na Zona Leste, totalizando 73 CMEIs. E o objetivo inicial da ação foi vacinar todos estes CMEIs.

Para a realização do projeto, outras ações deram-se antecipadamente, tais como: criação do projeto de extensão com o objetivo de convocar voluntários para ajudar na ação; reunião na Secretaria Municipal de Educação para mostrar a proposta e solicitar anuência para sua realização; reunião com o departamento de Vigilância Epidemiológica para mostrar a proposta e solicitar parceria para disponibilização dos imunobiológicos, mapas, seringas, agulhas e demais materiais necessários; realização de cronograma prévio de visitas aos CMEIs junto aos gestores para executar a ação.

A Secretaria Municipal de Educação também foi responsável pela logística da ação, contribuindo com a disponibilização de um motorista e de um carro da secretaria para o deslocamento das equipes de vacinação que foram compostas por dois ou três acadêmicos de enfermagem, uma professora do Departamento de Enfermagem e quatro enfermeiras voluntárias do projeto de extensão. Os gestores das escolas ficaram responsáveis pela divulgação da data de visita das equipes e solicitação dos cartões de vacinação das crianças e trabalhadores.

A vacinação foi composta de duas etapas. A primeira foi realizada no período de 19 de maio a 11 de junho de 2014, neste período foram visitados 19 CMEIs, e a segunda entre os dias 16 de julho a 15 de agosto de 2014, sendo visitados 54 CMEIs e o Departamento de Educação Infantil da

Secretaria Municipal de Saúde, totalizando 74 CMEIs visitados.

RESULTADOS

O projeto de extensão teve início em março de 2014 com uma reunião no Departamento de Enfermagem com discentes, docentes e enfermeiros voluntários que tinham interesse pelo projeto. Nessa reunião, foram discutidos os aspectos logísticos para a realização da ação, além do agendamento de nova reunião com a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação.

Durante o mês de abril, os estudantes de enfermagem realizaram visita aos CMEIs para divulgação da ação e levantamento de sugestões por parte dos gestores e educadores infantis. Foram realizadas quinze visitas aos CMEIs. Na sequência, realizou-se reunião com representantes do Departamento de Educação Infantil, na qual compareceu a diretora, a coordenadora de avaliação e monitoramento e cinco educadoras que fazem o assessoramento nos CMEIs. Também compararam representantes da Secretaria Municipal de Saúde, a diretora no Núcleo de Agravos de Imunização da SMS Natal e duas enfermeiras da Estratégia Saúde da Família que iriam dar o apoio para dispensação das vacinas e guarda ao final do dia. Nesta reunião, foram apresentados os problemas levantados pelo grupo de alunos e docente a frente do projeto de extensão sobre o cuidado à criança nos CMEIs, e em seguida apresentado o projeto de extensão sobre atualização do calendário vacinal.

Nesta reunião, ficou acordado como funcionaria a ação e a colaboração de cada parceiro. Em seguida, iniciou-se o agendamento das visitas e divulgação da ação com forte participação da SME Natal e dos discentes do curso de graduação em enfermagem.

A vacinação, propriamente dita, foi composta de duas etapas. A primeira foi realizada no período de 19 de maio de 2014 a 11 de junho de 2014, neste período foram visitados 19 CMEIs, e a segunda entre os dias 16 de julho de 2014 a 15 de agosto de 2014, sendo visitado 54 CMEIs. Totalizando os 73 CMEIs que contemplavam Natal até Abril de 2015. Durante a primeira etapa, foram feitas 622 doses e, na segunda, foram administradas 1.186 doses aos trabalhadores dos CMEIs. Não nos deteremos aqui nas vacinas administradas ao público infantil.

O cronograma de visitas aos CMEIs permitia a visita de dois até quatro CMEIs por dia. O encontro do grupo de vacinadores ocorria na

Unidade Básica de Saúde da Família de Felipe Camarão de onde recebíamos a vacina disponibilizada pelo NAI para as ações de vacinação na Zona Oeste e Zona Norte da cidade. Para a vacinação na Zona Sul e Leste da cidade, o ponto de apoio para receber as vacinas foi diretamente a UNICAT.

Ao recebê-las, o grupo destinava-se ao CMEI e permanecia durante todo o dia ou até que fossem contemplados todos os funcionários e crianças. Em todos os CMEIs, o grupo de funcionários da manhã é diferente do grupo de funcionários que atuam à tarde. Por isso a necessidade dos vacinadores permanecerem nos dois turnos para atender a todos. O tempo de atuação da equipe variou entre cinco e sete horas diárias.

Toda a ação foi voluntária, não havendo bolsas ou pagamentos para quaisquer integrantes do grupo de trabalho.

Para a primeira e segunda etapa da ação, obtivemos os resultados que serão expostos nas tabelas a seguir.

Na primeira etapa, as doses administradas para tríplice viral foram realizadas em todas as mulheres em idade fértil (MIF), ou seja, na faixa etária de 15 a 49 anos. Observamos nos cartões apresentados que algumas já possuíam vacinas isoladas de rubéola ou sarampo, ou mesmo a dupla. Nestes casos, não foi feita nova vacina. Foram vacinadas apenas as que não tinham nenhum registro destas.

Tabela1. Doses administradas de tríplice viral nos CMEIs, Natal/RN, 2015.

PRIMEIRA ETAPA			
		N	%
Dose única	15 - 49 anos	15	100,0
	Total de doses administradas	15	100,0
SEGUNDA ETAPA			
Dose única	20 - 49 anos	37	94,8
	45 - 49 anos (HOMEM)	01	2,5
	50 - 59 anos	01	2,5
	Total de doses administradas	39	100,0

No tocante à vacina para influenza, os trabalhadores idosos, em sua ampla maioria, já estavam vacinados, uma vez que a campanha para vacinação contra a influenza

já tinha ocorrido. Então o maior número de adultos que a tomaram figurou na faixa etária de 20 a 59 anos tanto na primeira quanto na segunda etapa.

Tabela2. Doses administradas de vacina contra a influenza em trabalhadores dos CMEIs, Natal/RN, 2015.

PRIMEIRA ETAPA			
		N	%
Dose única	20 - 59 anos	140	95,8
	Após 60 anos	06	4,1
	Total de doses administradas	146	100,0
SEGUNDA ETAPA			
Dose única	13 - 19 anos	09	1,7
	20 - 59 anos (HOMEM)	493	96,6
	Após 60 anos	08	1,5
	Total de doses administradas	510	100,0

A vacina para o tétano, sem dúvida, é a mais disseminada e conhecida entre a população adulta, e também a que os trabalhadores mais fizeram referência. Muitas mulheres que tiveram filhos nos últimos anos não precisaram ser imunizadas porque foram vacinadas durante o pré-natal. As mulheres apresentaram melhor cobertura de dT do que os homens, se comparados em termos percentuais. Os homens são um público menor nas creches, em geral eles desempenham mais frequentemente as funções de vigilante e de auxiliar de serviços, e pouquíssimos atuam como educadores infantis. Eles representam

cerca de 5-10% dos trabalhadores de cada instituição. Por isso, a pouca referência a este público na administração das vacinas.

Tabela3. Doses administradas de vacina dupla adulto em trabalhadores dos CMEIs, Natal/RN, 2015.

PRIMEIRA ETAPA			
		N	%
1 ° Dose	15 - 49 anos (HOMEM)	06	19,6
	15 - 49 anos (NÃO GESTANTES)	19	61,2
	50 - 59 anos	05	16,1
	Após 60 anos	01	3,2
	Total de doses administradas	31	100,0
2 ° Dose	15 - 49 anos (HOMEM)	00	0
	15 - 49 anos (NÃO GESTANTES)	03	100,0
	50 - 59 anos	00	0
	Após 60 anos	00	0
	Total de doses administradas	03	100,0
3 ° Dose	15 - 49 anos (HOMEM)	00	0
	15 - 49 anos (NÃO GESTANTES)	00	0
	50 - 59 anos	00	0
	Após 60 anos	00	0
	Total de doses administradas	00	0
Reforço	15 - 49 anos (HOMEM)	09	13,8
	15 - 49 anos (NÃO GESTANTES)	46	70,7
	50 - 59 anos	10	15,3
	Após 60 anos	00	0
	Total de doses administradas	65	100,0
SEGUNDA ETAPA			
1 ° Dose	15 - 49 anos (HOMEM)	08	7,6
	15 - 49 anos (NÃO GESTANTES)	67	64,4
	50 - 59 anos	26	25,0
	Após 60 anos	03	2,9
	Total de doses administradas	104	100,0
2 ° Dose	15 - 49 anos (HOMEM)	03	18,7
	15 - 49 anos (NÃO GESTANTES)	10	62,5
	50 - 59 anos	03	18,7
	Após 60 anos	00	0
	Total de doses administradas	16	100,0
3 ° Dose	15 - 49 anos (HOMEM)	02	22,2
	15 - 49 anos (NÃO GESTANTES)	04	44,4
	50 - 59 anos	02	22,2
	Após 60 anos	01	11,1
	Total de doses administradas	09	100,0
Reforço	15 - 49 anos (HOMEM)	06	3,5
	15 - 49 anos (NÃO GESTANTES)	126	74,1
	50 - 59 anos	35	20,5
	Após 60 anos	03	1,7
	Total de doses administradas	170	100,0

A Hepatite B foi também uma das vacinas menos contempladas nos cartões de vacinação dos adultos e que demandou o maior número de doses, tendo se concentrado em maior volume nos indivíduos na faixa etária de 30 até 49 anos.

Tabela4. Doses administradas de vacina Hepatite B em trabalhadores dos CMEIs, Natal/RN, 2015.

PRIMEIRA ETAPA			
		N	%
1 ° Dose	20- 24 anos	04	4,8
	25 - 29 anos	07	8,5
	30 - 39 anos	26	31,7
	40 - 49 anos	35	42,6
	50 - 59 anos	08	9,7
	Após 60 anos	02	2,4
	Total de doses administradas		
2 ° Dose	20- 24 anos	02	22,2
	25 - 29 anos	01	11,1
	30 - 39 anos	02	22,2
	40 - 49 anos	03	33,3
	50 - 59 anos	01	11,1
	Após 60 anos	00	0
	Total de doses administradas		
3 ° Dose	20- 24 anos	00	0
	25 - 29 anos	00	0
	30 - 39 anos	02	40
	40 - 49 anos	03	60
	50 - 59 anos	00	0
	Após 60 anos	00	0
	Total de doses administradas		0
SEGUNDA ETAPA			
1 ° Dose	20- 24 anos	16	6,3
	25 - 29 anos	18	7,1
	30 - 39 anos	72	28,6
	40 - 49 anos	87	34,6
	50 - 59 anos	48	19,1
	Após 60 anos	10	3,9
	Total de doses administradas		
2 ° Dose	20- 24 anos	03	8,1
	25 - 29 anos	05	13,5
	30 - 39 anos	08	21,6
	40 - 49 anos	15	40,5
	50 - 59 anos	05	13,5
	Após 60 anos	01	2,7
	Total de doses administradas		
3 ° Dose	20- 24 anos	03	18,7
	25 - 29 anos	03	18,7
	30 - 39 anos	03	18,7
	40 - 49 anos	07	43,7
	50 - 59 anos	00	0
	Após 60 anos	00	0
	Total de doses administradas		

DISCUSSÃO

A vacinação da população encontra-se inserida como umas das atividades da atenção primária, sendo representada também como uma ação de caráter universal e equânime. Ter acesso às ações de vacinação significa, em si, uma melhoria nas condições de vida e saúde para as populações.¹⁰

A cobertura vacinal da população apresentou melhoras significativas se estudados os últimos 20 anos, o que representou uma queda na incidência de doenças imunopreveníveis. No entanto, apesar de elevadas coberturas, atingindo em algumas vacinas cerca de 98% de cobertura, elas não

são uniformes e apontam que os grupos socioeconômicos extremos, tanto nos mais altos como nos mais baixos, apresentam menores coberturas vacinais.¹⁰⁻¹

Na população adulta, a cobertura vacinal tem apresentado os resultados mais dramáticos, principalmente, nas vacinas que necessitam de múltiplas doses, o que tem imposto a necessidade de estimular campanhas de vacinação e de sensibilização para a vacina deste público.¹² Sua vacinação resulta na proteção coletiva, ou seja, o ato de vacinar os trabalhadores dessas creches irá proteger diretamente a criança.¹³

A vacina Tríplice Viral protege contra o sarampo, a caxumba e a rubéola. É indicada

Bispo WF, Santos PFBB dos, Wesp LHS et al.

Relato de experiência: atualização do cartão...

para vacinação de usuários a partir de 12 meses de idade. Para indivíduos de 20 a 49 anos, deve-se administrar uma dose única da vacina por via subcutânea. A vacina é contraindicada para gestantes, pessoas que apresentaram reação anafilática à dose anterior e com imunodeficiência clínica ou laboratorial grave. Para indivíduos de 20 a 49 anos, recomenda-se a administração de uma dose conforme a situação vacinal encontrada. Deve-se considerar como vacinada a pessoa que comprovar uma dose de vacina com componente de sarampo, caxumba e rubéola ou sarampo e rubéola.^{4,7}

A vacina contra o sarampo foi introduzida como obrigatória desde o primeiro calendário de vacinal da criança em 1978, mas só em 1992 foi introduzida a vacina tríplice viral no calendário desta.¹⁴ Assim, é possível verificar a prevalência de vacinas isoladas de sarampo, ou de rubéola, e as combinadas como a dupla viral (sarampo e rubéola) nos cartões dos adultos. Porém, é mais frequente verificar que estes já não têm mais cartão de vacinas, desconhecendo completamente sua situação vacinal.

Tendo em vista o contexto apresentado, considera-se que indivíduos abaixo dos 50 anos não estejam imunes a essas doenças,⁷ tendo em vista que um percentual da população permanece susceptível à doença, por ter escapado tanto da infecção natural como da vacinação. Considerados como “grupos de riscos”, tem-se em destaque os profissionais de saúde e educação, tornando assim fundamental a administração da vacina tríplice viral para este público.¹² É importante conferir ainda que a vacina possui alto poder de imunização e de eficácia, variando de 95-99% de proteção para sarampo e rubéola, e de 75-90% para caxumba.⁷

A vacina para influenza foi a que apresentou maior número de doses administradas. Apesar desse grupo de trabalhadores não estar incluído como grupo prioritário para influenza, conseguiu-se através de discussões com a SMS demonstrar que a vacina neste grupo é importante, uma vez que as crianças são mais vulneráveis às doenças respiratórias, e os adultos a sua volta, e com os quais mantêm várias horas diárias de contato, podem ser disseminadores da doença. Nesse sentido, uma forma de protegê-las é também imunizando os contatos próximos a elas, principalmente, em situações de institucionalização, como as creches e pré-escolas. Diante dessa prerrogativa e considerando que o período de campanha para o grupo prioritário já tinha sido concluído e

que restavam muitas doses da vacina, solicitou-se a sua disponibilização para estes trabalhadores, o que foi de pronto atendido pelos órgãos responsáveis.

A vacina que atua contra o vírus da Influenza é feita em dose única anual.¹² Ela é composta por diferentes cepas do vírus *Myxovirus influenzae* inativados, fragmentados e purificados, cultivados em ovos embrionados de galinha, contendo, ainda, traços de neomicina ou polimixina, gentamicina e o timerosal como conservantes. A composição e a concentração de antígenos de hemaglutinina (HA) são definidos a cada ano em função dos dados epidemiológicos, que apontam o tipo e a cepa do vírus influenza que está circulando de forma predominante nos hemisférios Norte e Sul.⁴

Nesse sentido, ela é indicada para proteger contra o vírus da influenza e as complicações da doença, principalmente as pneumonias bacterianas secundárias. A vacina é administrada anualmente para grupos elegíveis. Para crianças acima de 9 anos e adulto, a recomendação é uma dose única anual de 0,5ml.⁷

Apesar da conquista realizada, por conseguir ampliar a vacina e chegar até estes trabalhadores, o desafio está em garantir a continuidade desta imunização nos próximos anos.

Para a vacina Dupla Adulto (dT), é preconizada a administração de três doses com intervalo de 60 dias entre as doses e reforço a cada 10 anos ou dentro de 5 anos em caso de gravidez ou ferimento teratogênicos.¹² A vacina dT é uma associação dos toxoides diftérico e tetânico, tendo o hidróxido ou o fosfato de alumínio como adjuvante e o timerosal como conservante. No entanto na dT, a concentração do toxoide diftérico é menor do que na dupla infantil (DT).⁷ É indicada para prevenir contra o tétano e a difteria. A vacinação de mulheres em idade fértil (MIF) (dos 10 aos 49 anos), gestantes e não gestantes é feita também para a prevenção contra o tétano neonatal.⁴

A vacina dT é administrada nos maiores de sete anos de idade para os reforços ou usuários com esquema incompleto ou não vacinados: com esquema vacinal completo, deve ser administrada uma dose a cada 10 anos; com esquema incompleto, deve-se completar o esquema; e sem comprovação vacinal devem ser realizadas três doses.⁴

Para esta vacina encontrou-se, em sua maioria, esquemas vacinais necessitando dos reforços, isso pode ser justificado pelo maior quantitativo de mulheres em idade fértil

Bispo WF, Santos PFBB dos, Wesp LHS et al.

nessas profissões e a realização da vacina de forma rotineira durante o pré-natal.¹²

Apesar de ser uma vacina frequente nos serviços de saúde, tem sido assustadora a incidência da doença em várias localidades, sendo esta mais frequente em adultos homens, e, principalmente, em trabalhadores como agricultores, pedreiros e auxiliares de limpeza. A vacina é um forte indutor de proteção contra a doença, respondendo por cerca de 95% de imunização quando se conclui o esquema vacinal. Nesse sentido, a imunização com a dT tem valor significativo na prevenção de doenças e na promoção da saúde dos trabalhadores, especialmente, o público masculino.¹⁵

Em área onde a cobertura vacinal contra o tétano e os níveis de desenvolvimento humano são inadequados, é possível verificar maior prevalência da doença, constituindo-se como um grave problema de saúde pública.¹⁵ Assim, o reforço constante da vacinação para o combate a estas doenças torna-se imprescindível, principalmente, se consideradas a gravidade do quadro clínico, a alta taxa de letalidade e as sequelas decorrentes da complicação do tétano.¹²

A vacina para Hepatite B previne a infecção pelo vírus da hepatite B e é indicada para as seguintes situações: recém-nascidos, gestantes, população de 1 a 49 anos de idade, indivíduos integrantes dos grupos vulneráveis, independentemente da faixa etária ou da comprovação da condição de vulnerabilidade: população indígena; população de assentamentos e acampamentos; trabalhadores de saúde; população reclusa em presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de reeducação de menores; usuários de drogas injetáveis, inaláveis e pipadas; agentes de segurança atuantes em presídios e delegacias penitenciárias; doadores de sangue; potenciais receptores de múltiplas transfusões de sangue ou politransfundidos; portadores de doenças sexualmente transmissíveis; caminhoneiros; comunicantes sexuais de pessoas portadoras do vírus da hepatite B; prostitutas e prostitutas; homens e mulheres que mantêm relações sexuais com pessoas do mesmo sexo (HSH e MSM); lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT); pessoas que convivem continuamente em domicílio com pessoas portadoras do vírus da hepatite B; vítimas de abuso sexual; coletadores de lixo hospitalar e domiciliar; pessoal vinculado às instituições de defesa, segurança e resgate (forças armadas, polícia militar, civil e rodoviária, corpo de bombeiros); vítimas de acidentes com

Relato de experiência: atualização do cartão...

material biológico positivo ou fortemente suspeito de contaminação; manicures, pedicuros e podólogo.⁴

A vacina deve ser realizada em três doses, de maneira geral, com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira doses (0, 1 e 6). É recomendada, para indivíduos acima de cinco anos e sem comprovação vacinal, a realização de três doses da vacina. Já no caso de esquemas vacinais incompletos, não se deve reiniciar o esquema, mas, sim, dar continuidade de acordo com a situação encontrada.^{4,7}

A proteção conferida pela vacina pode variar entre 90-95%, sendo a melhor resposta imunológica observada em crianças. A persistência da imunidade entre adultos jovens ao longo de dez anos varia de 13 e 63%, tendo a memória imunológica preservada por mais de 12 anos, o que favorece a proteção contra a infecção crônica por HBV, mesmo quando os níveis de anti-HbsAg são baixos ou indetectáveis.⁷

A hepatite B é uma das vacinas que apresenta menor cobertura vacinal nesse público específico, o que pode ser justificado, em parte, pela introdução apenas em 1993 do esquema vacinal para hepatite B em crianças menores de 5 anos, mesmo sendo disponibilizada para indivíduos em situação de risco desde 1986.²

Concomitante à realização das ações de vacinação, o grupo de trabalho também lançou mão de estratégias de educação em saúde visando a compreensão da importância da vacinação e da prevenção de doenças para estes trabalhadores. Foi possível verificar uma maior preocupação em manter a guarda cuidadosa do cartão de vacinas, o que levou a uma sensibilização dos gestores escolares para a solicitação da cópia do cartão de vacinação dos seus funcionários para arquivar em seus documentos junto à instituição. Tal medida reflete a mudança de comportamento e valorização da ação realizada junto aos trabalhadores e gestores escolares.

CONCLUSÃO

Esta vivência possibilitou aos participantes do projeto uma nova experiência, uma vez que durante a graduação houve pouco contato com vacinas, ocasionando uma maior aproximação com o calendário vacinal, no sentido teórico-prático. As ações desenvolvidas contribuíram também para a construção e o aperfeiçoamento do saber-fazer da enfermagem, enriquecendo a formação do enfermeiro.

Os dados obtidos reiteram a preocupação e a necessidade de realizar campanhas de vacinação em novos formatos e voltados a atender a públicos específicos. Torna-se, assim, fundamental a realização de ações mais pontuais para atender a realidade de grupos vulneráveis como crianças e trabalhadores de creches.

Nesse sentido, a ação em si, ainda que motivada a princípio pelo risco de adoecimento de crianças e adultos, proporcionou o reconhecimento e valorização da saúde das coletividades, do trabalhador e das crianças, pensados sob uma perspectiva intersetorial e multidisciplinar e visando à promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos.

Assim, a manutenção de níveis de cobertura satisfatórios para a população infantil e para a população adulta nos ambientes de creches e pré-escolar é uma ação efetiva para proporcionar um ambiente mais saudável a trabalhadores e crianças. Nesse ínterim, o reconhecimento destes trabalhadores como público-alvo importante para as ações de vacinação perpassa pelo reconhecimento dos espaços da creche e pré-escola como um locus de cuidado de saúde fundamental para a promoção da saúde infantil e dos seus trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. Hochman G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 [cited 2016 May 19];16(2):375-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a02>
2. Brasil. Programa Nacional de Imunizações 40 anos. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: (DF); 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunização - 30 anos. Secretaria de Vigilância em Saúde. Série C - Projetos, programas e relatórios. Brasília: (DF); 2003.
4. Brasil. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. Moraes JC, Ribeiro MCSA, Simões O, Castro PC, Barata RB. Qual é a cobertura vacinal real? Epidemiol serv saúde [Internet]. 2003 [cited 2016 Nov 20];12(3):147-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000300005>
6. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não-vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro, 1994. Rev saúde pública [Internet]. 1999 [cited 2016 Nov 05];33(2):147-56. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v33n2/0055.pdf>
7. Gilio AE. (coord). Manual de imunizações: centro de imunizações Hospital Israelita Albert Einstein. 4th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: (DF); 2009.
9. Guedes GF, Ohara CVS, Silva GTR. Processo de ensinar e aprender em UTI: um estudo fenomenológico. Rev br Bas Enferm [Internet]. 2008 [cited 2016 Nov 10];61(6):828-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a06v61n6.pdf>
10. Moraes JC, Ribeiro MCSA. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2008 [cited 2016 Nov 14];11(1):113-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11s1/10.pdf>
11. Domingues CMAS, Teixeira AMS. Coberturas Vacinais e Doenças Imunopreveníveis no Brasil no Período 1982-2012: Avanços e Desafios do Programa Nacional de Imunizações. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 21];22(1):9-27. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-4974201300010000>
12. Marques ADB, Deus RM, Chaves TVS. Cobertura vacinal dos acadêmicos de enfermagem de uma faculdade privada do Piauí. R. Interd [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 10];6(2):75-83. Available from: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/51/pdf_26
13. Formiga LMF, Oliveira EAR, Lima LHO, Soares WJRS, Araújo AKS, Sousa RG. Conhecimento e adesão dos idosos a respeito da vacina influenza conocimiento de adherencia de los ancianos a respecto de la vacuna influenza. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 10];10(8):2853-61. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10369/pdf_11342
14. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico de Introdução da Vacina Tetra Viral - Vacina Sarampo,

Bispo WF, Santos PFBB dos, Wesp LHS et al.

Relato de experiência: atualização do cartão...

Caxumba, Rubéola e Varicela (atenuada). Brasília (DF); 2013b.

14. Oliveira VC, Guimarães EAA, Oliveira VJ, Guimarães IA, Almeida CS, Silva CLL. Situação vacinal contra o tétano em trabalhadores da Empresa Municipal de Obras Públicas do Município de Divinópolis, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. Epidemiol serv saúde [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 15];21(3):497-504. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000300015>

Submissão: 26/12/2016

Aceito: 11/04/2017

Publicado: 15/06/2017

Correspondência

Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos.
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
BR 101, s/n
Bairro Lagoa Nova
CEP: 59072-970 – Natal (RN), Brasil