

CURSO DE ENFERMAGEM

Vânia Maria Hiester

**ADESAO DE TRABALHADORES À IMUNIZACAO OCUPACIONAL: ESTUDO EM
UMA EMPRESA DE SANTA CRUZ DO SUL/RS**

Santa Cruz do Sul
2019

Vânia Maria Hiester

**ADESAO DE TRABALHADORES À IMUNIZACAO OCUPACIONAL: ESTUDO EM
UMA EMPRESA DE SANTA CRUZ DO SUL/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade
de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem

Orientadora: Prof. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug

Santa Cruz do Sul

2019

Santa Cruz do Sul, junho de 2019

**ADESAO DE TRABALHADORES À IMUNIZACAO OCUPACIONAL: ESTUDO EM
UMA EMPRESA DE SANTA CRUZ DO SUL/RS**

VANIA MARIA HIESTER

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro

Foi aprovada em sua versão final, em_____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Orientadora Dra. Suzane B. F. Krug

Prof. Dra. Luciane M. Schmidt Alves

Prof. Dra. Mari Angela Gaedke

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me guiar nestes anos de faculdade, me fortalecendo para conseguir alcançar meus objetivos. Aos meus queridos pais Paulo e Lucena, minha irmã Solange mesmo diante das dificuldades enfrentadas sempre me apoiaram e incentivaram a estudar. Ao meu marido Silvio, com toda a paciência me apoiou e incentivou a seguir com meu sonho em um dia ser enfermeira, sem vocês e não conseguiria chegar até aqui. A minha orientadora e professora Suzane Krug, pela sua dedicação, paciência, conhecimento e carinho, toda sua contribuição foi essencial para que esse trabalho fosse concluído com êxito. Aos meus colegas e amigos que trilharam comigo toda esta jornada, um abraço especial, vocês estarão sempre em meu coração. Enfim, obrigada a todos aqueles que estiveram próximos, apoiando e incentivando durante toda esta jornada. Meu eterno agradecimento de coração a todos!

RESUMO

Atualmente, a imunização vem sofrendo uma redução significativa e, em consequência, diversos impactos negativos na saúde. O Calendário Ocupacional reforça sobre a necessidade e importância do trabalhador em se imunizar, garantindo assim uma maior proteção, além de minimizar o surgimento de diversas doenças preveníveis por meio das vacinas. O objetivo deste trabalho foi investigar a adesão de trabalhadores à imunização ocupacional em uma empresa. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Os sujeitos foram 222 trabalhadores com contrato indeterminado, de uma empresa do ramo de sementes na cidade de Santa Cruz do Sul. Os instrumentos para coleta de dados foram um formulário e uma entrevista e a análise dos dados quantitativos estatísticas descritiva seguiu frequências absolutas relativas e qualitativo. Diante da pesquisa foi constatado uma baixa adesão de trabalhadores ao calendário ocupacional, cerca de 71%. Dentre os resultados encontrados, a maior predominância a não adesão foi o sexo masculino, evidenciado a faixa etária dos 36 aos 45 anos com maior número de trabalhadores sem o esquema vacinal completo. Sobressaiu-se os trabalhadores graduados e entre 5 a 10 anos de tempo na empresa. As vacinas da gripe, hepatite B e dT obtiveram os menores índices de funcionários imunizados. Já as vacinas Tríplice Viral e Febre Amarela apresentaram taxas de maior adesão. O estudo apontou que dentre os 19 trabalhadores viajantes, somente 15,7% estão com o calendário vacinal completo. Fatores culturais, medo, desorganização e falta de tempo são as principais causas de não adesão ao calendário ocupacional. Diante do recrudescimento de doenças imunopreveníveis, mostra-se necessário ampliar campanhas, orientar e acompanhar a situação vacinal. Os profissionais da saúde e segurança na empresa possuem um papel fundamental em desenvolver ações e executar o cuidado e orientação à saúde dos profissionais trabalhadores, através de campanhas em promoção a saúde individual e coletiva.

Palavras-chave: Vacinas. Saúde do trabalhador. Imunização. Trabalhador. Empresa.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Vacinas do PNI	18
Quadro 1 –	Doenças infecciosas preveníveis por meio de vacinação	24
Quadro 2 –	Calendário ocupacional	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição da amostra e completude vacinal conforme variáveis socioeconômicas (n=222)	37
Tabela 2 – Perfil ocupacional do trabalhador (n=222)	40
Tabela 3 – Esquema vacinal trabalhadores por tipo de vacina (n=222)	42
Tabela 4 – Trabalhador viajante (n=19)	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AET	Análise Ergonômica do Trabalho
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CONEP	Conselho Nacional de Saúde
CTAI	Comitê Técnico Assessor em Imunizações
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCA	Programa de Controle Auditivo
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PNI	Programa Nacional de Imunização
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos ambiental
SBIM	Sociedade Brasileira de Imunização
SUS	Sistema Único de Saúde
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivos gerais	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	MARCO TEÓRICO	14
3.1	História da vacinação no Brasil e no mundo	14
3.2	Conceito de vacinas	15
3.3	Programa Nacional de Imunização	16
3.4	Principais tipos de vacinas para os trabalhadores	19
3.4.1	Antitetânica	19
3.4.2	Febre amarela	20
3.4.3	Tríplice viral	21
3.4.4	Hepatite B	22
3.4.5	Influenza	22
3.5	Imunização do trabalhador	23
3.5.1	Importância da vacinação no ambiente de trabalho	23
3.5.2	Principais contribuições da vacinação para o trabalhador	26
3.5.3	Adesão e não adesão do trabalhador diante da imunização	27
3.5.4	Estratégias e ações que favorecem a adesão da vacinação do trabalhador	29
4	METODOLOGIA	31
4.1	Tipo de pesquisa	31
4.2	Local da pesquisa	32
4.3	Sujeitos do estudo	34
4.4	Coleta de dados	34
4.6	Procedimentos éticos	35
4.7	Análise de dados	36
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	37
6	CONHECENDO AS DIFICULDADES DO TRABALHADOR NA ADESAO AO ESQUEMA VACINAL	49

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICE A – Formulário	60
	APÊNDICE B – Entrevista	61
	APÊNDICE C – Parecer Consubstanciado do CEP	62
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	65

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde a vacinação, no Brasil, surgiu na década de sessenta, e, já nessa época, demonstrou que tinha um grande poder na erradicação das doenças. O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi formulado em 1973 por determinação do Ministério da Saúde, com o objetivo de coordenar as ações de imunizações e, em 1975, foi institucionalizado. Este programa vem apresentando grandes avanços e incorporando novas vacinas para a população brasileira, abrangendo crianças, adolescentes, gestantes, adultos, idosos e indígenas, com objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida, além de prevenir contra diversas doenças, diminuindo desta forma a morbimortalidade no país (BRASIL, 2014).

Atualmente novos avanços e tecnologias surgem com a finalidade de incorporar novas vacinas contra doenças no calendário vacinal, minimizando as ocorrências de endemias e epidemias. Os benefícios da vacinação além da proteção individual, proporcionam a interrupção da disseminação através de surtos, proteção indireta das pessoas não vacinadas, além de significativa redução dos custos com diagnóstico, tratamento e controle de infecções (BRASIL, 2018).

No cenário atual, a imunização vem obtendo uma menor adesão e, com isso, a saúde da população vem sofrendo grandes impactos. Entre os anos de 2017 e 2018 o Brasil, Venezuela, África e Europa registraram surtos de sarampo. No Brasil, somente no primeiro semestre de 2018, 4.000 novos casos foram registrados e notificados, afetando todas as faixas etárias, devido à ausência no cumprimento do calendário vacinal. A Organização Mundial da Saúde estima cerca de 20 milhões de casos novos de sarampo, além de 100 mil mortes no mundo, gerando um alto impacto na saúde pública (BRASIL, 2013; Sociedade Brasileira de Imunização – SBIM, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a gravidade diante da baixa adesão, a recomendação é atingir a cobertura de 90% a 95% dos imunizantes, porém, em 2017 os dados apresentados totalizam somente 80%. O Ministério da Saúde indica que em 2017 cerca de 23% do total de crianças nascidas estão com o esquema de vacinação incompleto (BRASIL, 2018).

A prática da vacinação atualmente é um recurso utilizado pela saúde ocupacional, a mesma envolve diversos aspectos técnicos e operacionais

relacionada com o agente e a pessoa a ser imunizada. Esse procedimento reduz de forma significativa a morbimortalidade, além de auxiliar na erradicação de diversas enfermidades (CARVALHO, 2014).

Como exemplo de doença infectocontagiosa no trabalho, o vírus influenza possui uma alta prevalência de transmissão, acometendo cerca de 10 a 15 % da população mundial, ocorrendo através de surtos com maior frequência em ambientes de trabalho. É responsável pelo índice elevado de morbidade entre os trabalhadores e cerca de 1,2 bilhões apresentam complicações devido ao vírus. As campanhas coletivas junto aos trabalhadores são alternativas eficazes atingindo cerca de 70 a 90% de adesão e estimulam as pessoas a aderir comportamentos em benefício a saúde. De uma forma geral, o risco de transmissão pelo contato interpessoal torna-se elevado quando não há estratégias que minimizam a proliferação de doenças, o incentivo pela imunização faz com que haja uma maior preocupação dos trabalhadores em relação a predisposição e suscetibilidade em adquirir infecções, favorecendo e agravando casos de surtos no ambiente de trabalho (SBIM, 2018).

Nos ambientes e processos de trabalho, a vacinação possui um papel importante na prevenção de doenças, pois há uma maior exposição a riscos e a doenças infecciosas, com o intuito de minimizar estes agravos a Sociedade Brasileira de Imunização disponibiliza o calendário de vacinação ocupacional, que considera e recomenda as vacinas conforme o risco ocupacional e visa proporcionar, de uma forma geral, a segurança e proteção duradoura contra diversas doenças infecciosas entre os trabalhadores. A definição do programa deve levar em conta alguns critérios como: risco biológico, risco individual, o ambiente, presença de surtos e as vacinas do PNI (BRÊTAS; GAMBA, 2006; SBIM, 2007).

No calendário de vacinação ocupacional, as vacinas estão elencadas de acordo com as características dos grupos de profissionais (viajantes, profissionais da saúde, profissionais administrativos, entre outros). A indicação das vacinas é uma forma de minimizar a exposição e aos riscos em contrair doenças infecciosas (SBIM, 2007).

Considerando o exposto acima, a imunização do trabalhador requer um planejamento e operacionalização que envolve um trabalho em equipe, pelo fato que os adultos não reconhecem a importância em manter o calendário vacinal atualizado. Algumas empresas mantem como estratégia o registro da carteira vacinal atualizada

no exame admissional e na medida que ocorrem os exames periódicos é solicitado a atualização caso seja necessário (CARVALHO, 2014).

Conforme Santos et al. (2011) devido ao alto índice e disseminação de doenças oriundas no ambiente de trabalho, a imunização possui uma grande importância no ambiente coletivo, devendo as empresas verificar e analisar o histórico vacinal de cada trabalhador de forma individual, mantendo assim, o registro atualizado, e se necessário complementando a imunização conforme a exposição ocupacional.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Imunização (SBIM, 2018) como medida para maior adesão às vacinas, as empresas investem e estimulam os trabalhadores por meio de campanhas, implementando programas de promoção a saúde, sensibilizando o trabalhador a implementar como rotina a adesão para a imunização. Estas medidas visam prevenir riscos de doenças e proporcionar o bem-estar, trazendo como resultado menor morbidade, mortalidade, reduzindo dias perdidos por incapacidade e/ou afastamentos.

Diante do contexto acima, a imunização vem apresentando grande relevância e proporcionando ao trabalhador, a proteção contra diversos agravos, oferecendo bem-estar, qualidade de vida e minimizando custos com tratamento, hospitalizações e mortes. Medidas de promoção e prevenção em saúde devem ser implementadas e incentivadas junto ao trabalhador, obtendo uma significativa redução socioeconômica de doenças infecciosas (PUSTIGLIONE, 2016).

A partir dessas considerações, pretende-se, com esse estudo, contribuir para a ampliação do conhecimento diante das principais dificuldades e problemas do trabalhador quanto a adesão a vacinação. Considera-se a imunização no ambiente de trabalho um fator essencial, com redução de riscos, controle de surtos, redução de custos, além de proporcionar maior tranquilidade para o indivíduo e família.

Desta forma, o estudo apresenta o seguinte problema de pesquisa: Qual a adesão de trabalhadores à imunização ocupacional e como se encontra a completude do esquema vacinal em uma empresa de Santa Cruz do Sul/RS?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a adesão de trabalhadores à imunização ocupacional e a completude do esquema vacinal em uma empresa de Santa Cruz do Sul/RS.

2.2 Objetivos específicos

Investigar as pendências em relação a atualização do calendário vacinal;

Conhecer as dificuldades dos trabalhadores na adesão ao esquema vacinal;

3 MARCO TEÓRICO

3.1 História da vacinação no Brasil e no mundo

A história da vacinação teve início pelo médico inglês Edwar Jenner e químico e microbiologista francês Louis Pasteur no século anterior a XVIII na antiga China, nesta época houve os primeiros registros de indivíduos que sobreviviam das doenças ficavam protegidos da mesma após o contato. A vacina é definida como uma tentativa de proteger as pessoas das doenças a partir de produtos biológicos produzidos através de microrganismos inativos, microrganismos vivos atenuados ou fragmentados capazes de produzir anticorpo e antígenos específicos contra a doença. A imunização é considerada uma das mais efetivas ações de saúde pública, trazendo grandes resultados positivos na saúde da população (BALLALAI, 2016).

A primeira vacina descoberta foi no século XVIII pelo Edward Jenner, que foi a vacina antivaríola, o mesmo comprovou por experiências que ao inocular uma secreção em um indivíduo com a doença em outra saudável, esta desenvolvia a doença de forma branda tornando-a imune e protegida. A vacina foi desenvolvida por Jenner por uma doença “varíola” que acometia as vacas, as pessoas que ordenhavam as vacas adquiriram imunidade contra a varíola humana (Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, 2014).

No Brasil as vacinas foram permeadas de conflitos sociais e políticos, em 1904 resultou na “Revolta da Vacina” conflito devido à falta de informação das pessoas sobre os benefícios proporcionados pela vacinação, considerada como obrigatória na época, fato que gerou vários feridos e mortos. O diretor geral da Saúde Pública na época sanitarista Oswaldo Cruz era proporcionar e vacinas toda a população, somente na campanha de 1966 a varíola foi erradicada e a última notificação ocorreu no ano de 1971 (BALLALAI, 2016; MALAGUTTI, 2011).

Louis Pasteur (1822-1895), é um importante membro da história das vacinas, em meio a pesquisas e avanços na fabricação de vinhos, realizou descobertas importantes nos fenômenos químicos, como por exemplo o processo de atenuação. Esse processo é muito utilizado atualmente na produção de vacinas, esta diminui a virulência de uma amostra após sucessivas passagens em meio a cultura. (BRASIL, 2013).

No ano de 1870, Robert Koch (1843-1910) médico patologista e bacteriologista em conjunto com Pasteur comprovaram que a presença do microrganismo era a principal causa necessária para o desenvolvimento da doença. Diante disso a vacinação ficou definida como qualquer agente patogênico utilizado para imunizar (BALLALAI, 2016).

Entre o século XIX e XX o Brasil foi alvo de grandes epidemias da febre amarela, varíola e inúmeras outras doenças (varíola, febre amarela, poliomielite, meningite, sarampo) com altas taxas de mortes. Diante do agravamento iniciado a fabricação nacional pelos institutos vinculados ao governo, nesta mesma época foi desenvolvido também diversos soros com animais peçonhentos. Em 1973 foi criado o Programa Nacional de Imunização (PNI) e a Vigilância Sanitária. (BRASIL, 2013).

3.2 Conceito de vacinas

De acordo com Carvalho (2012, p. 105) “a pratica da vacinação envolve diversos aspectos técnicos, científicos e operacionais relacionados com os agentes imunizantes e a pessoa a ser imunizada”.

A doença é gerada a partir da invasão de bactérias e vírus nas células do organismo gerando uma infecção, causando a doença. A vacina tem por finalidade criar uma defesa a partir da introdução de forma enfraquecida ou inativa do agente que causa a doença, ou seja, cria anticorpos e memória imunológica em caso de futura exposição ao agressor, havendo assim uma defesa e reconhecimento do sistema imune. As vacinas possuem uma eficácia de 90 a 100%, a mesma não possui danos à saúde, a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária possui uma rigorosa avaliação no critério de segurança e eficácia (BRASIL, 2018).

A vacina consiste em administrar microrganismos mortos vivos e atenuados, podendo ser bactérias ou vírus, a principal função é estimular o sistema imunológico na produção de anticorpos, mecanismo de defesa contra possíveis bactérias e fungos. Estas atacam as células causando a infecção e conseqüentemente a doença. A produção da vacina é sob forma enfraquecida ou inativa do próprio agente causador da doença, o organismo ao receber a vacina cria defesas, gerando anticorpos e memória imunológica. O sistema imunológico possui a capacidade de reconhecer as ameaças acometidas no passado, reconhecendo e reativando a proteção contra o agente agressor. Em alguns casos como a difteria e tétano o sistema imunológico não

possui memória suficiente e capaz de reconhecer o agente a longo prazo necessitando o reforço preconizado (CARVALHO; BALLALAI; BRAVO et al, 2016).

As vacinas possuem características distintas, possuem variação do tipo de antígeno presente na formulação, esse processo de enfraquecimento do patógeno e denominado de atenuação, vacinas atenuadas são fabricadas a partir de vírus e bactérias (vivos) enfraquecidos, estes são modificadas em laboratório, porém não ocorre o desenvolvimento da doença, exemplo vacinas Tríplice Viral, Febre Amarela, entre outras. Vacinas inativas são produzidas em laboratório a partir de vírus e bactérias (mortos), estas mantem suas características imunológicas, estimulam a produção de anticorpos sem provocar a doença, porém requerem a necessidade de administrar doses de reforço, pertencem a essa classe as vacinas hepatite A, B, HPV, entre outras (MALAGUTTI, 2011).

A eficácia da vacina dependerá de vários fatores relacionados ao indivíduo, isto é, o processo de imunização está diretamente relacionado por exemplo com a idade, doença de base e/ou tratamento imunossupressor, estes desfavorecem o resultado devido a menor resposta imunológica diante a vacina (MENDES, 2013).

3.3 Programa Nacional de Imunização

No Brasil as vacinas surgem no século XIX, com a principal finalidade de minimizar o controle das doenças, no entanto no ano de 1973 foi formulado o Programa Nacional de Imunização (PNI), este programa possui a responsabilidade de coordenar as ações de imunização. O PNI foi regulamentado pela Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, já em 1977 publicou o primeiro calendário de vacinação pela portaria nº 452/77, neste período normatizou o calendário de vacinação para crianças menores de 1 ano, incluindo as vacinas de Poliomielite, Tuberculose, Sarampo, Tríplice Bacteriana, difteria, Tétano, coqueluche e Bacilo Calmette-Guerin BCG (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Conforme Brasil (2013), o PNI envolve diferentes componentes em saúde pública, aceito pela grande maioria da população, reduzindo e eliminando diversas doenças tais como Varíola, Poliomielite, Rubéola e Sampo. O resultado positivo vem da gestão de três esferas que possuem uma gestão de qualidade e planejamento, garantindo frente ao SUS um sistema competente e de qualidade.

A principal finalidade do PNI é normatizar, implementar e supervisionar as ações de imunização no país, o programa propõe o alcance da meta de cobertura em 100%, preconiza todas as faixas etárias, disponibilizando diversos calendários vigentes para crianças, adolescente, adultos, gestante, população indígena e idosos, cumprindo os propósitos da OMS tornando as vacinas acessíveis a comunidade em geral. As vacinas recomendadas para a faixa adulta são: Dupla Tipo adulta DT, Tríplice Viral, Febre Amarela, Hepatite B (BARROS et al., 2015; BRASIL 2013).

O PNI disponibiliza 19 vacinas para todas as faixas etárias, essa proteção já é iniciada desde o nascimento, incluindo crianças, adolescentes, gestantes, adultos, povos indígenas e idosos. Esse programa vem se modernizando a fim de oferecer novos imunobiológicos, fortalecendo novas estratégias e ampliando o acesso a população. Atualmente totalizam-se 43 produtos entre vacinas, soros e imunoglobulinas (APS, 2018).

No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) vem proporcionando um grande desenvolvimento na aquisição das vacinas, centralizando e possibilitando a todos o acesso e adesão ao calendário vacinal de forma gratuita, promovendo de forma significativa a equidade a todos os municípios da região. O programa apresenta e recomenda no calendário nacional de vacinação as vacinas conforme as faixas etárias, dividindo em grupo alvo criança, adolescente, adulto, idoso e gestante, sendo que cada grupo possui uma relação e recomendação das vacinas preconizadas. Além de desenvolver grandes avanços tecnológicos na produção nacional, garantindo a incorporação de forma rápida a novas vacinas diante ao cenário, contribuindo de forma decisiva no controle de doenças infectocontagiosas graves, diminuindo desta forma, a morbimortalidade de toda a população do país por estas doenças (BRASIL, 2014; BRASIL,2018).

Figura 1 – Vacinas do PNI

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO 2018																
Grupo alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta/DTP	VIP/VOP	Pneumo 10	Rotavírus	Meningo C	Febre Amarela	Triplice viral	Tetra viral	Varicela	Hepatite A	Dupla adulto	HPV	Idade adulto
Criança	Até nascer	Dose única	Dose ao nascer													
	2 meses		1ª Dose	1ª Dose (com VIP)	1ª Dose (com VIP)	1ª Dose										
	3 meses					1ª Dose										
	4 meses			2ª Dose	2ª Dose (com VIP)	2ª Dose										
	5 meses							2ª Dose								
	6 meses			3ª Dose	3ª Dose (com VIP)											
	9 meses								Dose única							
	12 meses							3ª Dose								
	15 meses			1ª reforço (com DTP)	1ª Reforço (com VOP)						Dose única		Dose única			
	4 anos			2ª reforço (com DTP)	2ª Reforço (com VOP)							Dose única				
9 anos																
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses ⁽¹⁾				2ª Reforço (11 a 14 anos)		Dose única ⁽¹⁾	2 doses ⁽¹⁾ (até 29 anos)				Reforço a cada 10 anos ⁽²⁾		
Adulto	20 a 59 anos		3 doses ⁽¹⁾						Dose única ⁽¹⁾	1 dose ⁽¹⁾ (30 a 49 anos)				Reforço a cada 10 anos ⁽²⁾		
Mulher	60 anos ou mais		3 doses ⁽¹⁾						Dose única ^(1,4)					Reforço a cada 10 anos ⁽²⁾		
Gestante			3 doses ⁽¹⁾											2 doses ⁽¹⁾		Dose única ⁽¹⁾

(1) Se não tiver recebido o esquema completo na infância.
 (2) Deverá ser avaliado o benefício/risco da vacinação para indivíduos com 60 anos ou mais.
 (3) Uma dose a cada gestação, a partir da 28ª semana de gestação.
 (4) Esquema para mulheres de 9 a 14 anos e menores de 11 a 14 anos.
 (5) Se não tiver recebido esquema básico com 3 doses previamente deverá iniciá-lo ou completá-lo.

3.4 Principais tipos de vacinas para os trabalhadores

3.4.1 Antitetânica

O tétano é considerado uma doença aguda e grave, a ocorrência da doença é através de lesões e ferimentos, a contaminação ocorre pela bactéria chamada *Clostridium tetani*, a mesma é encontrada em diversos ambientes, os esporos estão presentes nas fezes, climas quentes e úmidos propícios para seu desenvolvimento e disseminação (COSSUTA, 2017).

A principal porta de entrada é através de ferimentos abertos, como por exemplo perfurantes, queimaduras e necroses, havendo a inoculação da bactéria, os esporos geram a produção de bacilos tetanosspasmina, a neurotoxina é a causadora do tétano, atinge o sistema nervoso. O período de incubação ocorre entre 3 a 21 dias após o contato, cerca de 80% das pessoas afetadas apresentam sinais e sintomas clássicos, o quadro inicial é caracterizado por espasmos faciais denominados de trismus ou risus sardonicus, progredindo para um aumento de tensão muscular generalizada, a doença desenvolve crises de contraturas graves, estas podem ser desencadeadas através de estímulos sonoros, luzes e até mesmo a manipulação do paciente (FIOCRUZ, 2014).

Estatísticas demonstram que quando não há atendimento especializado a morte é acometida em 100%, baixando em cerca de 10 a 20% nos casos quando atendidos em hospitais, o alto índice de morte é devido rigidez muscular progressiva, levando ao óbito quando os músculos reto-abdominais e os do diafragma são acometidos, causando a insuficiência respiratória (COSSUTA, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil há poucos registros de tétano, os principais acometidos são trabalhadores rurais, lavradores em situação precária, em 2013 no estado do Pará houve 263 casos registrados, 87 mortes e 1 caso neonatal (BALLALAI; BRAVO, 2016).

A vacinação é a única forma de prevenção contra a doença, sendo necessário uma imunização adequada e dentro da periodicidade estabelecida pelo programa, para isso todos os indivíduos deverão realizar as três doses preconizadas (DTP, DT e dT) o primeiro reforço DTP é realizado aos 15 meses, 4 e 6 anos de idade e posteriormente os reforços da dT deverão ser realizados de 10 em 10 anos (COSSUTA, 2017).

3.4.2 Febre amarela

A Febre amarela é uma doença viral aguda, causada pelo vírus da família *Flaviviridae*, transmitida por mosquitos do gênero *Haemagogus* e *Sabethes* (forma silvestre) e *Aedes* (forma urbana) a transmissão ocorre através da picada do mosquito infectado. Considera-se a principal causa de epidemias as mudanças climáticas, sociais, desmatamento, população mais próxima a áreas e florestas aumento da temperatura e umidade faz com que a prevalência da fêmea do mosquito em disseminar através da ovoposição em seres humanos e macacos aumentando os índices elevados de casos no país. A incubação ocorre de 3 a 6 dias, cerca de 20% dos afetados pela doença evoluem para forma grave, entre 20 a 60% dos casos evoluem para letalidade (MEDEIROS, 2018).

No Brasil a vacinação contra a Febre Amarela é recomendada para toda a população brasileira, principalmente nas regiões endêmicas, considerada atualmente a principal profilaxia contra a doença, atingindo cerca de 97% de proteção a formação dos anticorpos ocorre após 10 dias da vacinação. Para alguns países de destino e origem a vacinação é obrigatória, havendo a necessidade de imunização e emitir o certificado Internacional de Vacinação junto a ANVISA como condição para concessão de vistos de entrada, a exigência é garantir e manter as precauções necessárias para erradicação da doença (MENDES, 2013).

A vacina atenuada da subcepa 17DD é produzida pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio Manguinhos da Fundação Oswaldo Cruz fabricada através do cultivo em ovo de galinha, composta por vírus amarelíco vivo enfraquecido, é considerada a medida mais eficaz para controle da doença, sua proteção atinge cerca de 90 a 98%, a mesma é indicada com dose única para as crianças a partir dos 9 meses de idade, adolescentes e adultos que vivem em regiões recomendadas e em casos de viagens nacionais ou internacionais a OMS recomenda uma dose da vacina, a mesma garante a imunidade e proteção para toda a vida (BRASIL, 2018).

A conservação da vacina deve seguir com as orientações estabelecidas pelas normas técnicas do laboratório, devendo ser conservada a 20°C freezer ou câmara fria, em sala de vacinas devesse obedecer a temperatura entre 2°C e 8°C, vacina reconstituída deve ser mantida preferencialmente a 5°C com validade de 6 horas, a dose aplicada é de 0,5 mL por via subcutânea (BRASIL, 2018).

O Brasil vem apresentando um aumento de números de casos de FA desde 2016, resultando um dos maiores surtos da transmissão da história, um dos principais fatores para desencadear a epidemia é devido à baixa cobertura vacinal (CAVALCANTE; TAUIL, 2017).

Em 2018 diversas cidades como São Paulo, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Bahia apresentaram diversos casos confirmatórios da doença, além destes locais o Ministério da Saúde incluiu mais 88 novos municípios, recomendado a vacinação para viajantes internacionais. O avanço da epidemia no Brasil gerou uma procura grande da população, diante da falta da vacina foi necessário fracionar a dose 0,1 mL (1/5) da dose total para contemplar a população em geral não imunizada. A Febre Amarela possui uma peculiaridade devido ao reservatório de floresta que são os primatas não humanos presentes, dificilmente será erradicada, porém a imunização é atualmente o controle mais eficaz, na qual controlará o surto com uma ampla cobertura vacinal da população (MEDEIROS, 2018).

3.4.3 Tríplice viral

A vacina tríplice viral é composta por vírus vivos enfraquecidos (atenuada) do sarampo, rubéola, caxumba e ainda aminoácidos, gelatina, albumina humana, sulfato de neomicina, sorbitol, traços de proteína do ovo de galinha utilizados no processo de fabricação. A vacina é indicada para todas as pessoas a partir de 12 meses de idade, com duas doses com intervalo mínimo de 1 mês. Devido a surtos de caxumba registrados nos últimos anos, no ano de 2017 foi recomendado a realizar a segunda dose da vacina para todas as pessoas entre a idade de 20 a 29 anos. Para se considerar imunizado a atual indicação e recomendação é realizar duas doses da vacina entre 12 meses a 29 anos. Já a faixa etária de 30 a 49 anos mantem a recomendação de uma única dose somente. Todas as pessoas que possuem história confirmada de sarampo, rubéola e caxumba são consideradas imunes ao vírus. Via de administração é via subcutânea (SBIM, 2018a).

A vacina sarampo, caxumba e rubéola atende aos requisitos da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa) para a fabricação de substâncias biológicas. Os ingredientes ativos da vacina trivalente são os vírus vivos atenuados do sarampo (cepa Schwarz), da rubéola (cepa Wistar RA27/3) e da caxumba (cepa RIT 4385 derivada da cepa Jeryl-Lynn), produzidos em substratos celulares e células diploides. Os bulks (concentrados virais)

monovalentes de rubéola, sarampo e caxumba são misturados juntamente com volumes apropriados de excipientes e estabilizadores. A vacina trivalente é, então, envasada e liofilizada (BIO MANGUINHOS, 2018, s.p)

3.4.4 Hepatite B

Conforme Ministério da Saúde (2018), 15% da população já estiveram em contato com a hepatite B e cerca de 1% apresenta a doença. A forma de transmissão da hepatite B é através de pele, mucosas, relações sexuais, instrumentos contaminados, transfusão de sangue, uso de drogas e entre outras formas. A doença é considerada cem vezes mais infectante do que o vírus do HIV e hepatite C. Devido à alta concentração do vírus no sangue e os outros líquidos orgânicos o portador de VHB poderá antecipar em até três semanas o período de infecção, ou seja, antes da fase de aparecimentos dos sintomas.

Atualmente a vacina é a estratégia mais eficaz para prevenir a infecção, sendo segura e altamente imunogênica, a mesma possui uma alta taxa de resposta viral atinge cerca de 95%, além de não apresentar efeitos colaterais e toxicidade, o esquema vacinal consiste em três doses recomendadas 0, 1 e 6 meses. A recomendação é aplicar a vacina em todas as faixas etárias, em especial a população adulta que desconhece a importância e necessidade de se imunizar (BALLALAI et al, 2016).

3.4.5 Influenza

A influenza é uma das doenças com maior facilidade em disseminar devido ao menor tempo de incubação entre 2 a 3 dias, além de possuir período de maior contagiosidade antecedendo a instalação do quadro clínico, a fase de transmissão da doença é entre 7 a 10 dias após o contágio, entre crianças e adultos. O principal grupo de indivíduos sucessíveis a contrair a doença são os viajantes, devido a exposição em vários ambientes num espaço de tempo predominante curto, além de locais fechados como aeroportos, salas de espera e entre outros locais, o acúmulo de pessoas aumenta os riscos em adquirir a doença podendo levar a morte (MENDES, 2013).

A doença se caracteriza em uma infecção respiratória causada pelo vírus A e B, vírus de comportamento sazonal, a principal prevalência dos casos é em regiões com

climas frios. A vacina é recomendada para crianças com idade a partir dos 6 anos, já na população adulta não há limite de idade, além de ser altamente indicada para a população com diversas complicações tais como: pneumonias, cardiopatias, imunodeprimidos, idosos e entre outros. O principal objetivo da vacina trivalente (duas cepas do vírus A e uma do vírus B) e quadrivalente (duas cepas do vírus A e duas do vírus B) é induzir a formação de anticorpos contra o vírus. A via de administração é intramuscular e a proteção do indivíduo se dá geralmente a partir de 2 a 3 semanas após a vacinação, recomenda-se a vacinação de forma anual (SBIM, 2018b).

3.5 Imunização do trabalhador

3.5.1 Importância da vacinação no ambiente de trabalho

Diante dos avanços tecnológicos a vacinação foi classificada em quarto lugar entre as dez maiores descobertas médicas no século, as vacinas juntamente com o tratamento correto da água e descoberta dos antibióticos, foram os maiores responsáveis pela diminuição da prevalência de enfermidades e mortes infecciosas nos países desenvolvidos. O trabalhador que possui o hábito de manter o calendário de vacinal atualizado visa não somente a proteção individual, mas também as pessoas de sua convivência (MENDES, 2013).

A vacinação no século XXI vem apresentando grande importância diante dos trabalhadores, ao longo dos anos a prática de imunizar passou a ser considerada a melhor estratégia junto aos colaboradores, promovendo um maior bem-estar e conseqüentemente a melhora da qualidade de vida. No Brasil e no mundo a vacinação em adultos trabalhadores torna-se uma prática. Os principais objetivos da vacinação para o trabalhador é prevenir doenças relacionadas ao ambiente de trabalho, doenças frequentemente encontradas no ambiente externo, afetam diretamente o indivíduo trazendo prejuízos comprometendo o desempenho do profissional (MENDES, 2013).

Do ponto de vista ocupacional, imunizar o trabalhador sadio é afastar o risco biológico envolvido, este risco pode acarretar em diversas doenças, agravos para saúde e integridade física. Diversas formas complementares são realizadas paralelamente tais como barreiras mecânicas coletivas e individuais quando implementadas reduzem e eliminam o agente infeccioso. A finalidade destas medidas

é a proteção do trabalhador o que não substitui a necessidade de imunização. (SBIM, 2018a).

Conforme a Sociedade Brasileira de Imunização (2018a) cita no quadro abaixo as diversas doenças infecciosas preveníveis por meio da vacinação no ambiente de trabalho.

Quadro 1 – Doenças infecciosas preveníveis por meio de vacinação

Caxumba	Febre tifoide	Rotavirose
Coqueluche	Hepatite A	Rubéola
Dengue	Hepatite B	Sarampo
Difteria	Herpes zóster	Tétano
Doença pneumocócica	HPV	Tuberculose
Doença meningocócica	Influenza	Varicela
Doenças causadas por <i>Haemophilus Influenzae b</i>	Poliomielite	—
Febre amarela	Raiva	—

Fonte: SBIM (2018a, p. 8).

A Sociedade Brasileira de Imunização recomenda no calendário de vacinação ocupacional diversas vacinas e elenca de acordo com as características dos grupos de profissionais, entre eles profissionais da saúde, viajantes, trabalhadores que lidam com alimentos, profissionais do sexo, profissionais administrativos, atletas e entre outros). A indicação da vacinação é uma forma de minimizar a exposição e aos riscos em contrair doenças infecciosas no ambiente de trabalho. (SBIM, 2018a).

Quadro 2 – Calendário ocupacional

Vacinas especialmente indicadas	Esquemas e recomendações	Indicações especiais para profissionais por área de atuação													
		Saúde	Alimentos e bebidas	Militares, policiais e bombeiros	Profissionais que lidam com detritos, águas contaminadas e coléres de lixo	Crianças	Animais	Profissionais do sexo	Profissionais administrativos	Profissionais que viajam muito	Receptivos de estrangeiros	Maneiras, pedicuros, podólogos e tatuadores	Profissionais que trabalham em regime de confinamento	Profissionais e voluntários em campos de refugiados, situações de catástrofe e ajuda humanitária	Atletas profissionais
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) (1,2,3)	Duas doses acima de 1 ano de idade, e com intervalo mínimo de um mês entre elas.	SIM	-	SIM	-	SIM	-	SIM	-	SIM	-	SIM	-	SIM	-
Hepatite A, B ou A e B (4)	Hepatite A: duas doses, no esquema 0 - 6 meses. Hepatite B: três doses, no esquema 0 - 1 - 6 meses. Hepatite A e B: três doses, no esquema 0 - 1 - 6 meses. A vacina combinada é uma opção e pode substituir a vacinação isolada das hepatites A e B.	SIM (6)	SIM	SIM	-	SIM	-	SIM	-	SIM (10)	-	SIM	-	SIM	-
HPV	Dois vacinas estão disponíveis no Brasil: HPV4, licenciada para ambos os sexos e HPV2, licenciada apenas para o sexo feminino.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP	Aplicar dTpa independente de intervalo prévio com dT ou TT. Com esquema de vacinação básico completo: reforço com dTpa dez anos após a última dose. Com esquema de vacinação básico incompleto: uma dose de dTpa a qualquer momento e completar a vacinação básica com uma ou duas doses de dT de forma a totalizar três doses de vacina contendo o componente tetânico. Não vacinados e/ou histórico vacinal desconhecido: uma dose de dTpa e duas doses de dT no esquema 0 - 2 - 4 a 8 meses. A dTpa pode ser substituída por dTpa-VIP ou dT, dependendo da disponibilidade.	dTpa (6)	dT	dTpa (6)	dT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dupla adulto (difteria e tétano) – dT		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Poliomielite inativada (14)	Pessoas nunca vacinadas: uma dose. Na rede privada só existe combinada à dTpa.	-	-	SIM (10)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SIM (10)	-
Variola (catapora) (15)	Para suscetíveis: duas doses com intervalo de um a dois meses.	SIM (6)	-	SIM (10)	-	SIM	-	SIM	-	SIM (10)	SIM	-	SIM	SIM	-
Influenza (gripe) (16)	Dose única anual. Desde que disponível, a vacina influenza 4V é preferível à vacina influenza 3V, inclusive em gestantes, por conferir maior cobertura das cepas circulantes. Na impossibilidade de uso da vacina 4V, utilizar a vacina 3V.	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Meningocócicas conjugadas (C ou ACWY) (6)	Uma dose. A indicação da vacina, assim como a necessidade de reforços, dependem da situação epidemiológica.	SIM (6)	-	SIM (10)	-	-	-	-	-	SIM (10)	-	-	SIM (10)	SIM (10)	-
Meningocócica B	Dois doses com intervalo de um a dois meses. Considerar seu uso avaliando a situação epidemiológica.	SIM (6)	-	SIM (10)	-	-	-	-	-	SIM (10)	-	-	SIM (10)	SIM (10)	-
Febre amarela (1,2,4)	Uma dose para residentes ou viajantes para áreas com recomendação de vacinação (de acordo com classificação do MS). Pode ser recomendada também para atender a exigências sanitárias de determinadas viagens internacionais. Em ambos os casos, vacinar pelo menos dez dias antes da viagem.	-	-	SIM (10)	-	-	-	-	-	SIM	-	-	SIM	SIM (10)	-
Raiva (7)	Para pré-exposição: três doses, 0 - 7 - 21 a 28 dias.	-	-	SIM (10)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SIM (10)	-
Febre tifóide	Dose única. No caso de o risco de infecção permanecer ou retornar, está indicada outra dose após três anos.	-	-	SIM (10)	-	-	-	-	-	SIM (10)	-	-	-	SIM (10)	-

27/03/2018 * Sempre que possível, preferir vacinas combinadas • Sempre que possível, considerar aplicações simultâneas na mesma visita • Qualquer dose não administrada na idade recomendada deve ser aplicada na vista subsequente • Eventos adversos significativos devem ser notificados às autoridades competentes.

3.5.2 Principais contribuições da vacinação para o trabalhador

A vacinação para a saúde do trabalhador é comparada como uma caderneta de poupança, a assistência médica preventiva tem representado o investimento mais econômico da atualidade, seus resultados a longo prazo representam um custo e benefício de extrema importância. Proporcionar campanhas de vacinação para os trabalhadores resulta certamente melhores resultados para o empregado e empregador, representando significativamente uma redução de gastos com medicamentos, maior produtividade e diminuição do absenteísmo por problemas de saúde (MENDES, 2013).

Os riscos e benefícios diretos e indiretos devem ser bem explicados, para que sejam compreendidos, o que inclui a necessidade de assegurar-se a maior cobertura vacinal possível na comunidade, a fim de que, conforme citamos anteriormente, seja bloqueada a transmissão da infecção da população. O trabalhador, ao proteger-se e compreender que também está protegendo outras pessoas, estará cumprindo seu papel de cidadão responsável e as empresas que disponibilizam as vacinas ou facilitem sua aplicação em seus colaboradores também estarão exercendo seu papel de social (MENDES, 2013, p. 1808).

As principais contribuições que a vacinação proporciona ao trabalhador é minimizar os riscos de infecção contra diversas doenças, resulta em uma redução importante na taxa de mortalidade. Atualmente é o principal recurso utilizado pela saúde ocupacional para proteção específica do trabalhador, envolve diversos aspectos técnicos, científicos e operacionais, devendo a equipe estar familiarizada em diversos aspectos tais como: vacinação em situações específicas epidemias ou surtos, controle de qualidade, recomendação da vacina, requisitos, contraindicação e indicação. Portanto a equipe de saúde ocupacional possui um papel importante na contribuição e adesão das vacinas.

A classe trabalhadora precisa, portanto, receber mecanismos de aquisição destas vacinas, através de campanhas, orientação, adequação das necessidades, fornecendo ao acesso e acima de tudo planejar e organizar as ações, abrangendo a classe trabalhadora de forma integral (CARVALHO, 2014).

3.5.3 Adesão e não adesão do trabalhador diante da imunização

Os dados apresentados pelo Ministério da Saúde identificaram que as doenças infecciosas representam a segunda causa de internações de alta complexidade, gerando altos custos para o SUS e planos privados de saúde, como consequência classificada em quarto lugar de causa de mortalidade da população (MENDES, 2013).

Os principais motivos a não adesão envolvem principalmente mitos culturais sobre aceitação de alguns profissionais da área da saúde, questões socioeconômicas, falta de informação e medos envolvendo questões organizacionais dos serviços de saúde, estes aspectos fazem com que tenha um aumento progressivo de casos de recusa vacinal. A OMS vem publicando normas para assegurar a eficácia e segurança das vacinas, admite que grande maioria possui efeitos adversos como dor, rubor, febrícula e mal-estar, raras as exceções de reações graves. O direito de aderir ou não a vacina é individual, devendo ser respeitado seu direito de liberdade, cabe o profissional da saúde encarar como uma oportunidade de realizar educação para a saúde minimizando os casos de não adesão comprometendo o sucesso do programa (SANTOS; HESPANHOL, 2013).

Em decorrência a baixa procura, a vacinação em adultos está sendo considerado um desafio mundial, destaca-se as crenças de que a vacinação se torna essencial somente para as crianças, além da falta de informação, gerando um elevado índice de casos a nível mundial. Destaca-se a alta prevalência de surtos de Febre Amarela, fator agravante pela falta de incentivos dos profissionais da saúde, trazendo uma maior preocupação dos órgãos competentes. Diante disso a sociedade Brasileira de Imunização (SBIIn) e o Programa Nacional de Imunização, vem intensificando em campanhas e conscientizando por vias de comunicação a vacinação em adultos. (BALLALAI, 2018).

As doenças infecciosas são a segunda causa de internação de alta complexidade, gerando custos elevados para o SUS e planos de saúde. Entre as causas de mortalidade da população, de acordo com o Ministério da Saúde, as doenças infecciosas aparecem em quarto lugar, sendo antecedidas pelas causas cardiovasculares, as neoplasias e as causas externas (MENDES, 2013, p. 1806).

Conforme Ministério da Saúde (2018) o Brasil vem trazendo dados preocupantes em relação a cobertura vacinal da população. Estatísticas demonstram queda acentuada no índice de adesão, exemplo a cobertura vacinal contra sarampo, rubéola e caxumba (tríplice viral) em 2014 a doença era considerada estabilizada chegando ao percentual muito próximo a 100%, já em 2017 atingiu somente 85% da totalização. Os dados apresentados vêm gerando um alerta nas organizações sobre os riscos das baixas coberturas. Diante desse agravamento diversas estratégias são estimuladas e implementadas em saúde, ampliando o incentivo nas campanhas e recursos, porém são insuficientes para aumentar a cobertura vacinal.

Os profissionais da saúde possuem alto risco ocupacional diante da hepatite B, a prevalência de vacinar contra a doença é considerada baixa, atingindo somente 64,6% dos profissionais e apenas 29,8% dos trabalhadores confirmaram que estavam imunes a doença após a realização do teste sorológico para confirmação da imunidade. Destaca-se que os riscos são evidentes dos profissionais em suas profissões, a imunização é o único método que irá minimizar e assegurar a saúde do trabalhador de forma individual e coletiva contra diversas doenças (SANTOS, 2010).

Diante dos riscos ocasionados pela vacinação, não vacinar atualmente é considerado o mais preocupante, pois os efeitos são cientificamente comprovados de baixa frequência quando comparados a não vacinação. No Brasil, a vacinação é obrigatória a toda população, a mesma é regulamentada pelo decreto 78.231, de 12 de agosto de 1976, no entanto a adesão torna-se individual, o fato de não se vacinar está relacionado a inúmeros fatores tais como a cultura, religião, incentivo de profissionais da saúde, políticas públicas, comunicação, conhecimento e informação.

Esses fatores devem ser levados em conta pois impactam diretamente no contexto político e social. Essa decisão em não se vacinar no contexto geral poderá levar a diversas consequências diante a saúde, reduzindo significativamente a imunidade da população, aumentando as chances de surtos em determinados grupos de indivíduos (APS et al., 2018).

A indecisão vacinal ocorre em decorrência de movimentos que não apoiam a importância das vacinas, observa-se casos em redes sociais e meios de comunicação que trazem informações não verídicas referente a eficácia, efetividade e os riscos que podem estar suscetíveis ao se imunizar, noticiários sem procedência, gerando uma indecisão por parte do indivíduo, colocando em risco a credibilidade e sucesso das vacinas. Diante ao aumento das recusas, em 2016 a Organização Mundial da Saúde

(OMS) redigiu manuais e textos explicativos a todos os profissionais da saúde com intuito de orientá-los, trazendo para a realidade maneiras eficazes para abrangência integral das coberturas vacinais (MIZUTA, 2018).

Diante do exposto para que haja maior incentivo à Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) publicou o calendário de imunização ocupacional, recomendando as vacinas de acordo com a profissão e riscos ocupacionais específicos. Para os profissionais da saúde é recomendado as vacinas contra hepatite A e B, difteria, tétano e coqueluche, varicela, influenza, meningocócica C conjugada e tríplice viral. Consta neste calendário além das vacinas já citadas e que estão disponíveis na rede pública a antiamarílica (contra a febre amarela); e a BCG (Bacilo Calmette Guérin), contra o bacilo de Koch, indicada para trabalhadores que tem contato com pacientes portadores de tuberculose e/ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA (SANTOS et al., 2010).

3.5.4 Estratégias e ações que favorecem a adesão da vacinação do trabalhador

Em decorrência a baixa cobertura vacinal, as empresas utilizam estratégias e rotinas internas para melhorar o índice de adesão diante da vacinação. O registro e atualização do esquema vacinal torna-se obrigatório durante a realização dos exames médicos ocupacionais exemplo no exame admissional e periódico, buscam conscientizar o trabalhador sobre a importância diante a saúde, conseqüentemente elevando os índices de imunização e minimizando futuras doenças e afastamentos. O trabalhador poderá declinar a vacina, caso haja a recua deverá assinar um termo de consentimento que será anexado junto ao prontuário médico. Caso o trabalhador tenha exposição de risco efetivo para terceiros poderá ser considerado inapto diante a avaliação médica (SBIM, 2018a).

A Sociedade Brasileira de Imunização (2018a) cita estratégias que devem ser implementadas, métodos que favorecem a ampliação do quadro vacinal dos trabalhadores: dentre elas sensibilizar o trabalhador por meios de palestras educativas, realizando diversas atividades em conjunto com o time composto pela Comissão interna de prevenção de Acidentes (CIPA), realizando orientações e campanhas de promoção, implementar uma rotina e um programa de vacinação junto ao PPRA e PCMSO. Realizar campanhas de vacinação minimizando os riscos à saúde, aplicar indicadores de sistema de vigilância, intensificar e proporcionar

flexibilidade do empregador durante a ausência para atualização, buscar parcerias junto a serviços de imunização e definir dias da semana específicos para realizar a imunização também estão entre as estratégias.

4 METODOLOGIA

Conforme Minayo (2014) método e teoria são consideradas inseparáveis pelo cientista americano Thomas Merton, caminham juntas de forma integrada diante de um tema, objeto ou problema a ser investigado.

Portanto, a metodologia vai além da descrição de métodos e técnicas, a mesma é definida como uma pesquisa de estudo bem planejada e detalhada, dos caminhos a serem percorridos, um debate de ideias, opções e práticas, pois se trata de uma investigação do pesquisador diante de técnicas e procedimentos implementados capazes de dirigir e alcançar o principal objetivo proposto (MINAYO, 2014).

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo, híbrida (estudo transversal, de fonte documental com abordagem quantitativa) que foi realizada em duas etapas.

A pesquisa de campo é definida como umas das fases após o estudo bibliográfico, nessa etapa define-se o objetivo da pesquisa, coleta de dados, amostra e a forma de serem compilados e analisados. As pesquisas de campo podem ser de diferentes formas: Quantitativas–Descritivas, exploratórias, experimentais (MASCARENHAS, 2012)

A principal característica da pesquisa quantitativa é quantificar o método nas modalidades de coleta e informação, através de técnicas, estatísticas e além de mais complexas, possuindo um grande diferencial, garantindo precisão nos trabalhos realizados não havendo divergências nos resultados. Essa coleta enfatizara números que na qual irão permitir verificar a ocorrência, realizando levantamentos de dados, além de correlacionar estudos variáveis, descritivos, comparativos ou experimentais (DALFOVO, 2008). Destaca-se na abordagem qualitativa o contato direto do pesquisador no ambiente e objeto de estudo em questão, portanto a pesquisa tem o ambiente como principal fonte direta dos dados (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A primeira etapa foi do tipo documental, descritiva. O estudo do tipo documental caracteriza-se pela busca de documentos oficiais, livros de registros de instituições, fichas de investigação, entre outros. Segundo Pádua (2012, p. 68-69), a pesquisa documental:

É aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, investigação histórica, a fim de descrever /comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências; além das fontes primárias, os documentos propriamente ditos, utilizam-se as fontes chamadas secundárias, como dados estatísticos, elaborados por institutos especializados e considerados confiáveis para a realização da pesquisa.

A pesquisa documental elabora relatórios e conclusões baseadas em documentos a partir de registro de saúde de indivíduos ou grupos gerados através do curso da vida diária. Estes registros podem ser gerados por terceiros, como, por exemplo, em um hospital, empresa ou clinica que pode ao longo do tempo elaborar um conjunto de registros (prontuários) com diversas informações dos pacientes. A evidência documental poderá ser de diversas formas, tradicionalmente, a mais predominante é o texto escrito como registros hospitalares, prontuários, sistemas online e documentos diversos (SAKS; ALLSOP, 2011).

Prodanov e Freitas (2013), destacam que na pesquisa descritiva, os dados são observados, analisados, registrados, classificados e interpretados sem a interferência do pesquisador, isto é, poderá ocorrer o estudo de todos os fenômenos físico e humano, mas sem a manipulação do pesquisador.

A segunda etapa foi do tipo qualitativo, na busca de dados em entrevistas junto aos trabalhadores.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma empresa que oferece híbridos e cultivares de milho e soja, além de oferecer tratamentos de sementes industriais em produtos e tecnologia, situada no interior do Rio Grande do Sul. No Brasil, iniciou as atividades em 1970/1971 através de parcerias no ramo de comércio e indústria, introduzindo materiais de ciclo precoce, porte baixo e de maiores potenciais genéticos, desenvolvidos nos EUA. Em 2005, a empresa foi oficialmente incorporada por uma empresa multinacional e vem seguindo com os mesmos propósitos dos últimos anos, manteve sua identidade, sua filosofia e, principalmente, a qualidade de seus produtos.

O local investigado possui 23 unidades no Brasil, na qual desenvolve atividades administrativas, de pesquisa, de distribuição e produção. A empresa possui atualmente 966 funcionários, destes 312 são trabalhadores situados na unidade a ser

estudada na presente investigação, dentre eles efetivos, temporários, estagiários e aprendizes.

Na área da Saúde a empresa desenvolve atividades voltadas a prevenção, diagnóstico e monitoramento das doenças decorrentes do trabalho, assim, como, as patologias que incidam sobre coletividade e seus funcionários e que possam alterar a sua saúde física e mental. Ainda desenvolve o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) baseado na Norma Regulamentadora (NR) nº 7 e Norma Regulamentadora (NR) nº31.

O departamento de saúde ocupacional possui funcionários contratados na área da Saúde em sete unidades no Brasil, destes, três são médicos do trabalho coordenadores do PCMSO e sete enfermeiros do trabalho. Além destes profissionais, possui diversas empresas contratadas em medicina ocupacional para realização das demandas necessárias conforme a região.

No município estudado a equipe é composta por um médico coordenador que possui um contrato terceirizado junto a empresa, e um enfermeiro do trabalho, funcionário da empresa (locado em outro município) e um funcionário analista administrativo. O enfermeiro realiza visitas mensais à unidade estudada, além de teleconferências com o médico coordenador e, em algumas situações realiza reuniões com a equipe de enfermeiros.

As principais atividades do departamento são: desenvolver o PCMSO, realizar investigação e emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), realizar exames admissionais, demissionais, retorno ao trabalho, periódicos e atendimentos clínicos. Todas as informações acima citadas são informadas em um programa web interligado a todas unidades a nível Brasil para fins de envio das informações ao eSocial.

A equipe de saúde realiza atividades de promoção a saúde, tais como, campanhas de vacinação, atividades e palestras mensais com os trabalhadores, envolvendo temas e eventos já programados e definidos previamente durante o ano corrente (setembro amarelo, outubro rosa, novembro azul, dezembro vermelho, infecções sexualmente transmissíveis, entre outros), avaliação e orientação da caderneta de vacinação. A equipe possui envolvimento e participação com as equipes da Brigada de emergência, equipe de segurança, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), ergonomia e fonoaudiologia nos desenvolvimentos de programas tais como: Programa de Controle auditivo (PCA), Análise Ergonômica do Trabalho

(AET), entre outras atividades. Em média são realizados entre 40 a 50 atendimentos mês, entre consultas, avaliações, orientações e gerenciamento.

Os principais afastamentos do ano de 2018 (até mês de outubro) foram ocasionados por diversas patologias, as principais identificadas são: problemas respiratórios, gastrintestinais, acidentes domésticos e/ou esporte, acidentes de trajeto e procedimentos cirúrgicos eletivos. Todos afastamentos e informações são lançadas no sistema interligado com RH e estes documentos são avaliados pelo médico do trabalho de forma individual.

4.3 Sujeitos do estudo

Na primeira etapa foram investigados todos os prontuários dos funcionários ativos da unidade, com contrato de trabalho de prazo indeterminado, perfazendo um total de 222 funcionários de diversas áreas de atuação.

O critério de inclusão dos sujeitos no estudo foram os trabalhadores admitidos na empresa até 31/12/2018, excluindo os demais a partir da data citada. Os critérios de exclusão dos sujeitos foram funcionários com contrato de trabalho por tempo determinado, estagiários e aprendizes.

Dentre os 222 trabalhadores, foram elegíveis 13 trabalhadores, um por cada setor que não mantinha adesão ao calendário vacinal. Houve setores de trabalhadores que mantinham seu esquema vacinal atualizado, na qual não foram entrevistados.

4.4 Coleta de dados

O instrumento empregado para coleta de dados na primeira etapa foi realizado através de um formulário (APÊNDICE A), por meio da busca no prontuário de cada funcionário.

O formulário é um catálogo ou lista que o entrevistador preenche, neste documento pode ser registrado diversas informações sobre coletas dados. Este documento poderá ser flexível e adaptado conforme as características necessárias a serem coletadas, não havendo erros existentes, pois o registro é feito pelo coletador (MASCARENHAS, 2012). Nessa instituição os prontuários estão disponíveis no departamento de saúde ocupacional.

Já na segunda etapa do estudo a coleta de dados foi realizada através de uma entrevista (APÊNDICE B) semiestruturada com os trabalhadores, que não possuem os registros completos no esquema vacinal, identificados na etapa um no estudo.

Segundo Mascarenhas (2012, p. 69), a entrevista:

A entrevista não é apenas um bate papo: é uma conversa que tem por objetivo de obter dados para a pesquisa. Ela é muito utilizada em ciências sociais e humanas, como a psicologia, a antropologia e a linguística. A entrevista serve para levantar informações que não encontramos em fontes bibliográficas, mas podemos obter conversando com as pessoas.

A coleta de dados bem como as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora no mês de maio de 2019, o agendamento das entrevistas ocorreram de forma individual com cada trabalhador de acordo com o departamento.

As entrevistas tiveram uma duração média de dez a quinze minutos, conforme a disponibilidade dos trabalhadores e posteriormente transcritas literalmente, preservando-se a fidedignidade das informações.

Os participantes do estudo foram identificados por códigos alfanuméricos simbolizados pela letra "F" (de entrevistado), seguido pelo número da entrevista do participante de forma sequencial e por um dos números 1, 2, 3 ou 4, respectivos as 13 entrevistas, casos deste estudo, garantindo, portanto, o sigilo das informações e o anonimato dos indivíduos.

4.6 Procedimentos éticos

O procedimento ético seguido foi primeiramente envio do ofício para desenvolvimento da pesquisa para a Instituição, na qual foi solicitado a permissão para realizar a pesquisa junto ao departamento de saúde ocupacional. Posteriormente, o projeto possui aprovação do Comitê de ética e pesquisa (CEP) da Unisc – parecer número 3.267.809 (APÊNDICE C), conforme propõe a Resolução CONEP nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Seguindo os procedimentos éticos, foi garantido o sigilo das informações, assegurando todos os preceitos legais mantidos na resolução da CONEP, que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos. O trabalhador assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) em duas vias, ficando uma via com o entrevistador e outra com trabalhador.

Após finalizado o estudo, os resultados serão apresentados junto ao departamento de saúde ocupacional, direção da empresa e trabalhadores.

4.7 Análise de dados

A análise dos dados quantitativos coletados por meio de formulário citado anteriormente, estatística descritiva, em que as variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas. Os dados foram apresentados em tabelas, gráficos ou figuras. Já os dados qualitativos coletados por meio de entrevista foram analisados à luz da Análise Temática.

Para Silveira e Córdova, (2009, p.84) a análise temática, “Trabalha com a noção de tema, o qual está ligado a uma afirmação a respeito de determinado assunto; comporta um feixe de relações e pode ser graficamente representada por meio de uma palavra, frase ou resumo”. Conforme Silva (2017), a análise temática é dividida em três etapas: a primeira fase é definida como pré análise, esta fase consiste em organizar o material para ser analisado e compreensão da leitura geral do material, denominadas de leitura flutuante, esta é definida como o primeiro contato com os documentos da coleta de dados, o principal objetivo é de conhecer os textos, entrevistas e demais fontes a serem analisadas. A segunda fase é a exploração do material, fase em que compreende o processo de separação das respostas, na qual serão organizadas em categorias após a leitura flutuante. A fase final é denominada tratamento dos resultados, nesta fase os dados serão analisados com o principal objetivo em destacar e interpretar as informações obtidas de acordo com o objetivo do estudo.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Foram investigados 222 prontuários, todos os trabalhadores haviam cópia da carteira de vacinação em prontuário. Destes, 157 (70,7%) estavam com alguma vacina não realizada e 65 (29,3%) estavam com calendário completo das vacinas recomendadas.

A seguir serão descritos os dados sociodemográficos e ocupacionais dos trabalhadores. Os dados apresentados na tabela 1 demonstram as variáveis sociodemográficas e a categorização por vacinação completa ou incompleta no ambiente de trabalho.

Tabela 1 – Descrição da amostra vacinal conforme variáveis socioeconômicas (n=222)

Variáveis	Calendário Vacinal Completo n (%)	Calendário Vacinal não completo n (%)	Total n (%)
Sexo			
Feminino	35 (15,7%)	43 (19,4%)	78 (35,1%)
Masculino	30 (13,5%)	114 (51,4%)	144 (64,9%)
Faixa etária			
18 a 25 anos	06 (2,7%)	04 (1,8%)	10 (4,5%)
26 a 35 anos	27 (12,2%)	47 (21,2%)	74 (33,4%)
36 a 45 anos	27 (12,2%)	65 (29,3%)	92 (41,5%)
> 46 anos	05 (2,2%)	41 (18,4%)	46 (20,6%)
Estado Civil			
Casado	29 (13,6%)	83 (37,2%)	112 (50,8%)
Separado	0 (0%)	04 (1,8)	04 (1,8%)
Solteiro	21 (9,4%)	43 (19,3%)	64 (28,7%)
Viúvo	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Outros	15 (6,7%)	27 (12%)	42 (18,7%)
Escolaridade			
Ens. Fund. Comp.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ens. Médio Comp.	04 (1,8%)	05 (2,2%)	9 (4%)
Graduação incompleta	12 (5,4%)	14 (6,3%)	26 (11,7%)
Graduação	37 (16,7%)	97 (43,6%)	134 (60,3%)
Pós graduação	12 (5,4%)	41 (18,6%)	53 (24%)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Ao verificar a prevalência do calendário vacinal não completo conforme as

variáveis sócio-demográfico no quadro de funcionários estudados (222) destaca a predominância do sexo masculino na não adesão ao calendário vacinal, totalizando 51,4%, na faixa etária de 36 a 45 anos (29,3%), com escolaridade de nível superior (43,6%). Referente ao maior índice na adesão do calendário vacinal dos funcionários destaca-se a faixa etária entre 26 a 45 anos (24,4%) e nível de graduação superior (16,7%).

Comparando o percentual por sexo, e considerando somente o número total de mulheres (n=79) observa-se que as mulheres diante aos homens possuem uma adesão significativa no esquema vacinal, ou seja, das 78 mulheres, 35 estão com o calendário vacinal em dia, cerca de 44,8%. Já os homens 144 no total, 30 possuem adesão ao calendário vacinal totalizando 21%, resultados compatíveis com as pesquisas publicadas pela Sabin.

Araújo, Souza e Pinho (2019) consideram que diversas práticas devem ser adotadas para que haja uma maior adesão do sexo masculino em se imunizar. A atenção primária possui uma responsabilidade em implementar e fortalecer práticas educativas em saúde que visam buscar uma maior adesão do sexo masculino, estas devem ser praticas importantes visto que os homens convivem com o pensamento e concepção que não adoecem, que para tal é preciso ter fraqueza e saúde debilitada, o que dificulta a adesão dos trabalhadores a imunização.

Vacinar a população adulta é um desafio mundial, destaca-se a população masculina que são os mais afetados pela doença, o aumento na adesão ocorre somente quando há notificações de casos, surtos ou mortes (BALLALAI, 2018).

Considerando os aspectos relacionados à situação vacinal autorreferida, o sexo feminino foi uma variável que exerceu importante influência sobre a condição de vacinação. Vários fatores podem ajudar a compreender essa maior prevalência entre as mulheres. Uma delas refere-se à própria ênfase da organização dos serviços de saúde que, historicamente, privilegia a estruturação das práticas de saúde com base no eixo materno-infantil. Assim, a organização do cuidado tradicionalmente articulou a produção de concepções e ideias médicas com ações políticas voltadas ao feminino, no processo de apropriação do corpo da mulher. Desse modo, possivelmente, ações que envolvem intervenção sobre o corpo feminino podem ser compreendidas como mais aceitáveis. (ARAÚJO; SOUZA; PINHO, 2019, p. 9).

Conforme a Sociedade Brasileira de Imunização (2016) para que haja uma maior adesão em pacientes adultos na faixa etária dos 20 a 50 anos, os profissionais da área da saúde devem orientar e prescrever quais as vacinas e reforços

necessários, seguindo os mesmos critérios adotados na prática de exercícios físicos, ingestão hídrica e cuidados com a alimentação, pois os mesmos não possuem conhecimento quanto à existência das vacinas.

Os riscos do grande contingente de adultos e idosos não imunizados geram preocupação dos órgãos responsáveis, pois esse agravo gera diversos potenciais e fatores em disseminar vírus e bactérias para outras faixas etárias, o que certamente apresenta a curto e longo prazo, ameaças a outras faixas etárias, gerando um aumento de mortes e casos de enfermidades já eliminadas ou controladas no Brasil. Destaca-se ainda os impactos gerados tanto como financeiro e social decorrente a prejuízos em hospitalizações, faltas no trabalho e perda da produtividade. Estima-se que em 2018 no Estados Unidos a morbidade por doenças imunopreveníveis gerou um custo a cerca de 9 bilhões de dólares a cada ano (SBIM, 2019).

Pessoas de todas as faixas etárias fazem visitas aos serviços de saúde, mas, muitas vezes, são perdidas as oportunidades de indicar vacinas apropriadas para a idade. Todos esses indivíduos devem ser considerados alvos oportunos para atualização da situação vacinal. A educação continuada surge como aliada fundamental nesse processo, pois, diante da capacitação profissional, os colaboradores se sentem mais seguros para a promoção de educação em saúde e práticas de cuidado que visem um maior comprometimento familiar nessa assistência. Assim, é fundamental a realização de um processo de trabalho qualificado na sala de vacinação, onde possam ser realizadas ações direcionadas para a educação em saúde, conhecimento dos pais em relação à importância da vacinação infantil, dos adultos e idosos, redução da evasão e do absenteísmo que, em conjunto, levam ao aprimoramento das estratégias de promoção à saúde da população. Os enfermeiros devem utilizar técnicas de educação em saúde, com comunicação popular, para informar sobre os benefícios da administração de vacinas, os eventos adversos e a importância de seguir o esquema vacinal de modo correto para uma melhor adesão dos responsáveis ao cumprimento do calendário vacinal (SANTOS; OLIVEIRA, 2018, p. 12)

A hesitação vacinal e seus determinantes variam ao longo do tempo e este já é um problema reconhecido, indicando a necessidade de fortalecer o conhecimento através de capacitações. Fatores que identificam quanto a recusa vacinal, são eles culturais, sociodemográfico, religiosos e gênero. Já a escolaridade e o status socioeconômico indicam que a recusa vacinal não é influenciada. Destaca-se um ponto importante em relação aos países com níveis altos de escolaridade e acesso aos serviços de saúde, a vacinação para estes apresenta a menor taxa de sentimento positivo, discordando quanto a importância em relação a segurança e efetividade que as vacinas proporcionam influenciando para queda e enfraquecimento das coberturas vacinais (SATO, 2018).

A seguir serão descritos os dados do perfil do trabalhador. Os dados apresentados na tabela 2 demonstram as variáveis e a categorização por vacinação completa ou incompleta no ambiente de trabalho.

Tabela 2 – Perfil ocupacional do trabalhador (n=222)

Variáveis	Calendário Vacinal Completo n (%)	Calendário Vacinal não completo n (%)	Total n (%)
Tempo de trabalho			
< 1 ano	12 (5,4%)	08 (3,6%)	20 (9%)
1 a 5 anos	14 (6,3%)	22 (9,9%)	36 (16,2%)
5 a 10 anos	19 (8,5%)	71 (32%)	90 (40,5%)
>10 anos	20 (9%)	56 (25,3%)	76 (34,3%)
Turno de trabalho			
Horário Comercial *	65 (29,7%)	157 (70,2%)	222 (100%)
Outro horário	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Profissão/Ocupação			
Agrônomo	03 (1,1%)	21 (9,5%)	24 (10,6%)
Analista	30 (13,5%)	57 (25,7%)	87 (39,2%)
Assistente	02 (0,9%)	00 (0%)	02 (0,9%)
Coordenador	00 (0%)	02 (0,9%)	02 (0,9%)
Consultor	02 (0,9%)	11 (5,0%)	13 (5,9%)
Diretor	00 (0%)	02 (0,9%)	02 (0,9%)
Engenheiro	00 (0%)	05 (2,2%)	05 (2,2%)
Especialista	13 (5,9%)	16 (7,2%)	29 (8,1%)
Gerente	08 (3,6%)	34 (15,4%)	42 (19%)
Supervisor	05 (2,2%)	08 (3,6%)	13 (5,8%)
Técnicos	03 (1,1%)	00 (0%)	03 (1,1%)
Setor de trabalho			
Administrativo	03 (1,3%)	06 (2,7%)	09 (4%)
Vendas/ Customer Service	15 (6,7%)	00 (0%)	15 (6,7%)
Cooperantes/cadastro	11 (4,9%)	00(0%)	11 (4,9%)
Cobrança/Crédito/faturamento	10 (4,5%)	20 (9,1%)	30 (13,6%)
Contabilidade	02 (0,9%)	00 (0%)	02 (0,9%)
Engenharia	01 (0,4%)	05 (2,2%)	06 (2,6%)
Gerencia	05 (2,2%)	06 (2,8%)	11 (5%)
Informática	01 (0,4%)	10 (4,6%)	11 (5%)
Marketing	01 (0,4%)	07 (3,2%)	08 (2,8%)
Planejamento	07 (3,1%)	11 (4,9%)	18 (8%)
Produção/Qualidade	03 (1,3%)	02 (0,9%)	05 (2,2%)
RH / Segurança	05 (2,2%)	04 (1,9%)	09 (4,1%)
Sourcing/compras	04 (1,8%)	04 (1,9%)	08 (2,8%)
Suporte a vendas	05 (2,2%)	10 (4,6%)	15 (6,8%)
Unidade Comercial	07 (3,1%)	57 (26,6%)	64 (29,7%)
Viajante			
Sim	03 (15,8%)	16 (84,2%)	19
Não	62 (30,5%)	141 (69,5%)	203

*Turnos manhã e tarde -
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Ao observar a situação das vacinas em relação as variáveis do perfil ocupacional, observou que destacaram-se em termos de calendário vacinal incompleto, trabalhadores com tempo de empresa acima de 5 a 10 anos (31,9%) e acima de 10 anos (25,2%), turno de trabalho ocorre 70,2% em horário comercial, o setor de trabalho possui maior predominância na área comercial 26,6% (tabela 2).

Pode-se observar também que os cargos de analista (25,7%) e gerencia (15,4%) mantiveram um índice de vacinas desatualizadas (tabela 2). Ressalta-se que o cargo de analista no plano de carreira da empresa é o de menor faixa salarial entre os estudados e pesquisados e o cargo de gerente é um dos de maior faixa salarial. Isso significa que independente da ocupação de trabalho ser de maior ou menor remuneração não se observou resultados positivos e satisfatórios na adesão ao esquema vacinal. Evidenciou que comparando os extremos dos cargos não há aumento no número de trabalhadores com as vacinas atualizadas.

Evidenciou-se que do total de 19 viajantes, 16 funcionários não possuem os registros das vacinas preconizadas no calendário ocupacional, totalizando cerca de 84,2%. Segundo Ladou e Harrison (2016) para os trabalhadores viajantes, a empresa possui uma responsabilidade de proteção, diversas implicações específicas e responsabilidades podem caracterizar um agravamento a saúde do trabalhador. A equipe de saúde ocupacional possui uma visão de proteger o viajante e a comunidade quanto a introdução de doenças infecciosas, ou seja, o funcionário deve ser avaliado fisicamente, orientá-lo sobre possíveis infecções na região, além de fazer a vigilância afim de detectar possíveis doenças adquiridas durante a viagem ao trabalho. Além disso o viajante não vacinado representa risco nos locais de destino e acima de tudo poderá transmitir para o local de origem.

A vacinação do trabalhador torna-se altamente recomendada, pois são doenças de fácil transmissão pelo contato interpessoal, grupo de pessoas que convivem em ambientes fechados, com pessoas de nacionalidades diferentes o que se torna um risco em adquirir doenças, exemplo surtos de sarampo nos últimos anos no Brasil, doença na qual foi desencadeada por viajantes infectados, além de casos frequentes de caxumba em ambientes de trabalho. Portanto, justifica-se a vacinação como forma de proteção individual e coletiva, pessoas não vacinadas podem desencadear surtos em ambiente de trabalho ou na comunidade gerando um problema grave no âmbito de saúde pública (SBIM, 2018a).

Tabela 3 - Esquema vacinal trabalhadores por tipo de vacina (n=222)

Vacinas	Total	Percentual (%)
Dt		
Completo	125	56,3%
Em atraso	70	31,5%
Sem registro	27	12,2%
Gripe		
Realizada	100	45,5%
Não realizada	122	54,5%
Hepatite B		
Completo	74	33,3%
Em atraso	134	60,3%
Sem registro	16	7,2%
Tríplice Viral		
Completo	162	72,8%
Sem registro	60	27,2%
Febre Amarela		
Completa	189	85,3%
Sem registro	33	14,7%

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Destaca-se na tabela 3 as vacinas integrantes do esquema vacinal preconizado pela Sociedade Brasileira de Imunização Ocupacional e no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional da empresa (PCMSO). Verificou-se que a febre Amarela apresentou o maior índice de trabalhadores imunizados, cerca de 85,3%, a Tríplice Viral atingiu a percentual de 72,8% e a vacina dT atingiu o percentual de 56,3%. Conforme o Ministério da saúde (2018) os dados equivalem a resultados negativos diante da imunização, sendo que não atingem a porcentagem mínima recomendada de 95%.

De acordo com Zorzetto (2018) há uma situação alarmante no país, já que o PNI vem obtendo uma imagem ruim diante aos outros países, ou seja, as taxas de cobertura vacinal que eram de 95% obtiveram uma queda atingindo somente 80% da população.

Devido ao surto ocorrido em 2009 na região de Santa Cruz do Sul, obteve-se um alto índice de adesão à vacina da Febre Amarela entre os trabalhadores da empresa

pesquisada. Conforme o Ministério da Saúde (2018) entre 1º de julho de 2017 a 30 de junho de 2018 no Brasil foram notificados 7.518 casos suspeitos, 1.376 casos confirmados e 483 mortes. Dados preocupantes levaram ao aumento da população a buscar a imunização contra a doença. Já em maio de 2019 foi divulgado o último boletim na qual houve redução significativa de casos da doença.

Os resultados apresentados na tabela apresentaram uma porcentagem considerável de trabalhadores que aderiram a vacina Tríplice Viral, cerca de 72,8%, a adesão foi devido aos informativos e alertas divulgados internamente na empresa, alguns trabalhadores da unidade apresentaram casos de caxumba e atualmente o alerta no Brasil, o ressurgimento do Sarampo com diversos casos confirmados inclusive no estado. Este resultado quanto ao percentual vem ao encontro com os dados encontrados no estudo realizado sob o título de “A problematização como estratégia para o cuidado em saúde do trabalhador frente à situação vacinal”, o mesmo apresentou uma prevalência vacinal dos trabalhadores diante da vacina tríplice Viral, cerca de 76,5% (NEGRELLO, 2017).

O Ministério da Saúde (2019) divulgou através de um informe os dados epidemiológicos sobre uma grave problemática que vem afetando o país, casos de surtos de Sarampo afetam diversos estados a nível Brasil. Dentre os estados mais atingidos o estado do Amazonas apresentou 9. 803 casos confirmados, destaca-se o Rio Grande do Sul, 4º lugar com cerca de 46 casos confirmados, gerando uma maior preocupação da população na busca pela vacina e proteção. Casos confirmados das doenças afetaram e obtiveram a maior predominância do sexo masculino e a faixa etária dos 15 a 29 anos (BRASIL, 2019).

Dos 222 prontuários médicos analisados, a maior predominância de não adesão é referente a vacina da hepatite B, cerca de 60,3%, posteriormente a vacina da gripe atingiu o percentual de 54,5% de trabalhadores não imunizados, a vacina antitetânica apresenta um percentual de atrasos e sem registro cerca de 43,7%. Na pesquisa identificou-se que alguns trabalhadores possuíam não somente uma vacina em atraso, mas, em alguns casos duas, três e até mesmo sem registro. Nestes casos, para respaldo e evidencia para fins de fiscalização, o trabalhador possui um termo de responsabilidade assinado em pasta medica, na qual constam as vantagens das vacinas, efeitos colaterais e os riscos que os trabalhadores estarão expostos, caso não seja vacinado, ou seja, o termo contribui indiretamente, pois após a assinatura o trabalhador passa a assumir a responsabilidade e o não comprometimento em seguir

com a conduta da empresa.

Dados apresentados na pesquisa realizada junto a empresa demonstraram que cerca de 29,8% dos trabalhadores não possuem todas as vacinas atualizadas e registradas em prontuário. Conforme Araújo; Souza; Pinho (2019) a não adesão a vacinação também atinge trabalhadores da área da saúde, pois os mesmos possuem uma restrição e baixa aceitação as vacinas, a prevalência destes grupos de trabalhadores em se imunizar é de 38,5%, comportamentos influenciados pelas questões de percepção de risco, medo e desinteresse são os mais destacados. Trata-se de um problema, pois estes grupos são profissionais potencialmente relevantes para incentivar a imunização diante da população vulnerável.

Conforme a tabela 3 a vacinação contra a gripe atingiu o percentual de 45,5%. Este resultado torna-se preocupante a não adesão dos trabalhadores na questão de imunização e proteção no ambiente de trabalho contra o Vírus:

Dados do Ministério da Saúde do Brasil, entre 2012 e 2017, mostram uma redução no número de casos por influenza quando comparados com a pandemia ocorrida em 2009. Neste período, 27.674 indivíduos foram identificados com o vírus influenza e 4.605 óbitos foram associados à infecção. Por outro lado, de janeiro a junho de 2018 (semana epidemiológica 25), 3.558 casos foram confirmados por influenza no país. Goiás concentrou cerca de 10,4% e 63,0% do total de casos registrados no Brasil e região Centro-Oeste, respectivamente, apresentando uma taxa de letalidade 18,0% (FRANCA, et al, 2018, p. 2).

O risco de exposição ocupacional no local de trabalho pode variar dependendo da natureza de sua atividade, ou seja, para isso é necessário à empresa incentivar a prevenção por meio de campanhas. A proteção do trabalhador contra influenza torna-se altamente recomendável, pois são medidas e práticas como higiene das mãos e informações de possíveis sinais e sintomas devem ser incentivadas e aplicadas junto ao trabalhador, estas medidas minimizam o risco de pandemias (LADOU; HARRISON, 2016).

Conforme Gervás (2016) considera-se uma das razões para rejeição da vacina da gripe ao fato do surto nos EUA em 1976 na qual foi promovido a vacinação em massa. Diante do ocorrido houve um alto índice de pessoas vacinadas, o que resultou na redução da epidemia na época. Em consequência da imunização houve um grande aumento de incidência da doença de Guillain-Barré (reação autoimune contra o antígeno da vacina), com consequência a vacina da gripe trouxe insegurança e eficácia, no que tange confiança, transparência sobre o conteúdo, efeitos adversos e

benefício.

As vacinas podem causar danos, respostas prejudiciais involuntárias, efeitos ou eventos adversos relacionados a vacinação. É importante passar confiança em relação a isso e melhorar e promover a declaração de potenciais efeitos adversos por meio da utilização do cartão amarelo (o sistema de comunicação comumente usados por médicos, pelo correio postal e por meio eletrônico; um formulário amarelo para declarar a suspeita de eventos de medicamentos e próteses). É necessária uma política de transparência para que os efeitos adversos sejam contextualizados sem serem negados. Assim, por exemplo, a vacina do sarampo uma encefalite por cada milhão de crianças vacinadas, mas a doença em si produz encefalite por cada mil crianças infectadas; isto é, a vacina ajuda a diminuir em mil vezes a frequência de encefalite (GERVAS, 2016, p. 111-12).

A vacinação dos trabalhadores contra a hepatite B demonstrou durante a avaliação dos prontuários um dado preocupante, cerca de 67,5% dos trabalhadores não possuem os registros e atrasos no esquema preconizado. Souza, et al (2015) refere que a imunização dos profissionais da saúde contra a hepatite B apresenta resistência, mesmo preconizada em NR 32 devido ao risco biológico, índice elevado de profissionais não possuem significativa adesão ao esquema vacinal, havendo uma fragilidade pois o esquema vacinal preconizado não é completo. Portanto a prevalência a vacinação contra a hepatite B indica uma cobertura vacinal baixa atingindo somente um percentual de 59,9%, ou seja, cerca de 40% dos trabalhadores da área da saúde não estão imunizados (SOUZA et al., 2015)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta para a baixa adesão a vacina da hepatite B e orienta para todos os trabalhadores em manter o calendário vacinal completo, além da meta preconizada em elevar este índice recomenda que as empresas devem disponibilizar o exame de anti-Hbs como forma de minimizar novos casos de hepatite B e garantindo a informação da imunidade. Os profissionais da saúde devem implementar estratégias e medidas efetivas de educação permanente, oferecendo orientações, palestras e campanhas, ou seja, informar e sensibilizar sobre os riscos existentes no ambiente de trabalho (SOARES et al., 2015).

Já a vacina antitetânica apresenta um percentual de atrasos e sem registro cerca de 43,7%. De acordo com Oliveira et al. (2012) o tétano está presente em maior frequência nos países industrializados, acometendo principalmente a população vulnerável, com maior prevalência a pessoas menos favorecida nas questões econômicas, outro fator é o aumento da idade e baixa escolaridade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde estima que o ato de vacinar

evitaria a morte de cerca de 2 a 3 milhões de pessoas ao ano, ou seja, é um investimento que irá certamente oferecer um excelente resultado na prevenção de doenças, resultando em um baixo custo quando comparado as doenças. O Principal objetivo é proporcionar uma maior adesão a cobertura vacinal, resultando em um número maior de pessoas imunizadas e conseqüentemente minimiza a circulação de vírus e bactérias e menos pessoas adoecem (BALLALAI, 2017).

Tabela 4 – Esquema vacinal do Trabalhador viajante (n=19)

Variáveis	Total	Percentual (%)
Hepatite A		
Completa	03	15,7%
Sem registro	16	84,3%
Poliomelite		
Completa	03	15,7%
Sem registro	16	84,3%
Varicela		
Completa	03	15,7%
Sem registro	16	84,3%
Menigocócica B		
Completa	03	15,7%
Sem registro	16	84,3%
Meningocócica C		
Completa	03	15,7%
Sem registro	16	84,3%
Febre Tifóide		
Completa	03	15,7%
Sem registro	16	84,3%

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Na tabela 4 foram identificados 19 trabalhadores que realizam viagens frequentes nacionais e internacionais. Deste total 16 trabalhadores (84,2%) não possuem registro vacinal em prontuário medico das vacinas recomendadas no calendário ocupacional.

Atualmente alguns países exigem a imunização e comprovação das vacinas para ingresso exemplo a Febre Amarela, diversas fontes relacionam as vacinas recomendadas no calendário vacinal as quais consideram e não diferenciam viagens a curto e longo prazo, urbanas ou rurais, e sim referem e orientam sobre a importância de manter o calendário vacinal atualizado (LADOU; HARRISON, 2016).

Conforme LaDou e Harrison (2016) a constante expansão do mercado internacional amplia a necessidade de trabalhadores realizar viagens em maior frequência. Em decorrência há uma maior predisposição a doenças tropicais, o que exige uma maior atenção nas questões de prevenções, visto que todas as doenças são passíveis de prevenção por meio de vacinação. O trabalhador poderá contrair doenças específicas do local de destino como por exemplo Hepatite A, fato que além da doença outro ponto relevante é a perda de produtividade em decorrência ao adoecimento.

A alta crescente no fluxo de viagens nacionais e internacionais ampliam os riscos de disseminação de patógenos e em consequência um maior risco de descontrolar das doenças. A importância da vacinação para esse grupo é caracterizada como relevante, pois cerca de 20 a 70% dos trabalhadores viajantes atribuem algum problema de saúde em decorrência a viagem, cerca de 19% necessitam de assistência médica e até mesmo hospitalizações. Estes dados representam uma preocupação do empregador em proteger o funcionário, ou riscos, a medicina do trabalho deve obrigatoriamente investir no cuidado e atenção para a classe de viajantes, pois são os mais suscetíveis a adoecer, gerando afastamentos e questões legais (Associação Nacional de Medicina do Trabalho – ANAMT, 2007).

Esses surtos são cada vez mais frequentes e podem estar relacionados a vários fatores. A maioria dos estudos corresponde a indivíduos que não se vacinaram por decisão individual ou que viajaram ou migraram de um ambiente com alta cobertura vacinal para outro com baixa cobertura vacinal, expondo populações não vacinadas ao patógeno. Devido a esse fenômeno, algumas doenças previamente controladas por programas eficazes de vacinação, como sarampo, ressurgiram em populações de diferentes partes do mundo, inclusive no Brasil (APS, 2018, p. 6).

Boulos (2012) ressalta que mais de um bilhão de pessoas realizam alguma viagem durante o ano, cerca de 50 milhões se deslocam para regiões endêmicas elevando os riscos. Todas as pessoas viajantes estão expostas a um risco a saúde podendo trazer consequências individuais e coletivas, seja no destino da viagem ou

retorno, a doença poderá se disseminar entre familiares, amigos e demais pessoas da população.

6 CONHECENDO AS DIFICULDADES DO TRABALHADOR NA ADESAO AO ESQUEMA VACINAL

Após o estudo individual das análises das cadernetas de vacinação e diante dos resultados encontrados foram entrevistados 13 trabalhadores adotando o critério de inclusão, elegendo um representante de cada departamento afim de conhecer quais as principais dificuldades em aderir ao esquema vacinal. As entrevistas foram pré-agendadas com os trabalhadores cuja a participação foi voluntaria. Sendo que não houve recusa de trabalhador em participar da pesquisa.

Dos 13 participantes deste estudo, sete (53,8%) eram do sexo feminino e seis (46,2%) do sexo masculino. A idade variou entre as mulheres sendo a maior predominância acima de 46 anos (42,9%) a faixa etária dos homens foi de 26 a 35 anos (66,6%). A maior parte dos participantes é casado (61,5%) pós-graduação completa (38,5%) e cerca de (30,7%) realizam viagens com frequência destes predomina o sexo feminino totalizando 3 (23%).

Ao declararem suas percepções sobre a vacinação relacionada aos ambientes de trabalho os funcionários revelaram que possuíam conhecimento sobre a importância da mesma, pois trata-se de uma exigência e que a prática previne diversas doenças, assim como surtos.

[...] Tenho conhecimento sobre a importância da vacinação tanto para a empresa como prevenção dos funcionários por qualidade da saúde e proteção (F1).

[...] São ações realizadas pela empresa, seguindo orientações do governo, para prevenção de doenças individuais e ou em grupo. Procurando sempre manter o funcionário em seu pleno estado de saúde (F4.)

[...] As vacinas nos ambientes de trabalho são importantes pois minimizam as ocorrências de surtos em ambientes onde há atividade e acúmulo de pessoas (F9).

O principal objetivo das ações e programas de promoção da saúde é capacitar indivíduos e comunidade dos riscos sobre a importância da proteção diante das doenças, incentivando e melhorando a saúde individual e coletiva. Os programas implementados nas empresas possuem o mesmo objetivo e propósito, estimulam escolhas, além de imunizar os trabalhadores para uma saúde mais saudável (SBIM, 2018a).

Um dos principais aspectos em saúde do trabalhador é a imunização, estes profissionais de uma forma geral estão expostos e apresentam risco elevado por infecção por microrganismos. Atualmente a população de uma forma geral está cada vez mais suscetível e predisposto a adoecer, devido as diferentes mudanças socioculturais, alimentação inadequadas, ambientes aglomerados, migrações, alterações no meio ambiente, culminam em fatores importantes para existência de novos e/ou surgimento de epidemias e pandemias cíclicas (SANTOS et al., 2011).

Do ponto de vista ocupacional, a definição da necessidade de imunização depende – a partir do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) – da identificação do agente biológico no ambiente/ posto/processo de trabalho e do risco de aquisição da infecção decorrente. Daí a necessidade de participação ativa do Médico do Trabalho na avaliação dos riscos ocupacionais, em particular o causado por agentes biológicos (SBIM, 2018a, p. 8)

Questionados sobre a percepção diante da vacinação e sua importância no ambiente de trabalho, os trabalhadores mantiveram as mesmas sintonias nas respostas, trazendo os mesmos significados e ideias. Os trabalhadores consideram de uma forma geral a vacinação importante, pois avaliam que estar imunizado minimiza as chances de causar surtos até mesmo gerar afastamentos, além do risco em contrair dependendo da atividade doença ocupacional através de exposição no trabalho.

[...] Considero importante. Com esquema atualizado há maior tranquilidade quando há surtos e transmissão das doenças (F2).

[...] Sim, porque previne de afastamentos no trabalho, transmissão e contágio entre colegas (F13).

[...] Acredito que sim, pois a correta vacinação reduz os riscos dos funcionários serem atingidos por doenças a até mesmo espalhar aos colegas através do contato (F11).

LaDou e Harrnson (2016) definem que doenças ocasionadas no ambiente de trabalho podem ocorrer através de agentes microbianos como: bactérias, vírus, fungos e parasitas, sendo predominantemente infecções ocupacionais por exposição associada ao ambiente de trabalho. A infecção ocupacional ocorre devido o contato com um organismo biologicamente ativo, podendo ser através de pessoas infectadas ou até mesmo seres humanos desconhecidos assintomáticos, exemplo viagem a

trabalho, ou seja, grande parte das doenças podem ser prevenidas e evitadas através das vacinas exemplo Influenza, Sarampo, difteria, tétano, entre outras.

Quando tratamos do tema “imunização do trabalhador”, estamos considerando os agentes de risco biológico responsáveis por infecções e que sejam imunopreveníveis. A partir da identificação desses agentes no ambiente de trabalho deve ser elaborado um Programa de Vacinação Ocupacional, com objetivo de eliminar o risco do trabalhador adquirir as infecções. Todos os especialistas do SESMT devem estar envolvidos nesse processo, mas, no caso dos agentes biológicos, a participação do médico do trabalho é fundamental e indispensável. Nessa análise de risco deve ser considerado também que o trabalhador pode ser fonte de agentes biológicos infecciosos que podem colocar em risco a clientela (o consumidor de um alimento ou o paciente de um serviço de saúde, por exemplo). Caso o agente identificado seja imunoprevenível, a vacina específica deve entrar no programa de vacinação. Outro risco prevenível é a exposição acidental do trabalhador a um agente infeccioso imunoprevenível contra a qual ele não esteja imunizado, ou sua imunização esteja incompleta. Nessa situação, a administração de vacina associada ou não a imunoglobulina humana específica, no menor prazo possível entre o evento e a imunização, é muito eficaz, reduzindo de maneira significativa o adoecimento e a morte como desfechos possíveis (PUSTIGLIONE, 2016, p. 32)

Em contrapartida, foi questionado aos trabalhadores qual a dificuldade e motivo para não aderir ao esquema vacinal preconizado pela empresa e dentre as respostas foi evidenciado diversos relatos, mas diversos funcionários relataram que possuíam medo, receio, falta de organização e esquecimento diante da atualização ao calendário.

[...] Desorganização e medo/receio (F1).

[...] Por descuido e esquecimento não realizei as vacinas pendentes, preciso reservar um tempo para ir ao posto de saúde e realizar as vacinas (F4).

[...] Minha concepção é ter uma boa imunidade corpo e emocional, espírito em harmonia, assim o próprio organismo cria defesas contra doenças. Nunca tive propensão a ter gripes, no máximo um leve resfriado. Desta forma não faço as vacinas. Quando criança já tive Sarampo, caxumba, entre outras doenças. Mas, avalio cada situação e se entender estaria fazendo as vacinas (F5).

[...] Reconheço a falta, tenho receio de algumas vacinas, medo de contrair a doenças por algumas ser de vírus vivo e divulgações por meio da mídia (mitos e verdades). Acredito que a região não tenha o aparecimento de algumas doenças (F9).

Conforme a Sociedade Brasileira de Imunização (2018a), a falta de informação é uma das maiores dificuldades apresentadas entre os adultos saudáveis, os mesmos

referem que a maioria das vacinas aplicadas na infância não haveria a necessidade de possíveis reforços durante a vida adulta, ou seja, estaria imunizado para a vida inteira. Diante desse agravamento a equipe de saúde possui um papel primordial em abordar a população em geral durante os atendimentos na rede básica de saúde, afim de verificar e recomendar caso seja necessário um reforço de acordo com cada imunobiológico, além de esclarecer sobre a importância em manter o calendário vacinal atualizado. As empresas possuem uma grande importância no incentivo na atualização da caderneta de vacinação, bem como a exigência da mesma. Essa estratégia torna-se um incentivo importante para o trabalhador, pois diversas empresas oferecem vacinas gratuitamente exemplo da gripe como forma de medida e proteção dos trabalhadores.

O profissional da enfermagem deve informar que as vacinas podem produzir efeitos colaterais como dor, vermelhidão, inflamação, febre, convulsões, erupções cutâneas, mal estar, coriza, tosse, anafilaxia, encefalite, síndrome de Guillain-Barré, dentre outros efeitos. Estes efeitos podem causar a rejeição tanto como das pessoas e por parte medica causando uma divisão de ideias e em consequência a uma menor adesão ao esquema vacinal (GERVAS, 2016).

O destaque para o risco da não aceitação das vacinas é a falta de informação e divulgação vem sendo um alerta, gerando uns dos principais motivos no Brasil para o reaparecimento de doenças infecciosas. O profissional da saúde possui responsabilidade em divulgar os benefícios gerados através da vacinação, assegurando a saúde e qualidade de vida individual e coletiva (APS et al., 2018).

Questionado aos funcionários aspectos relacionados com as práticas de saúde que a empresa realiza e quais considera importantes relacionado a vacinação, evidenciou-se em 100% dos relatos que a empresa realizada diversas campanhas por meio de vacinação. Dentre elas foram citadas a campanha da gripe (anual), benefícios de cobertura de todas as vacinas privadas, além de informações relevantes divulgadas via e mail e principalmente a cobrança individual do médico do trabalho em relação a atualização durante o exame periódico:

[...] Sim, a empresa realiza ações de vacinação, bem como orienta os colaboradores a realizarem as vacinas necessárias. Nos exames periódicos são lembradas e cobradas as vacinas, bem como a importância em fazer (F4).

[...] Sim, a empresa realiza práticas e campanhas de vacinação, inclusive traz empresas especializadas privada para aplicar as vacinas (gripe, dengue). Além das campanhas o médico e equipe de saúde relembra sobre o calendário e orienta em fazer os reforços dentro dos prazos (F6).

[...] Sim, lembro de campanhas anuais da gripe, incentivos e cobrança do departamento de saúde ocupacional (F7).

A Norma Regulamentadora 7 (NR7) do PCMSO estabelece metas, diretrizes e responsabilidades do empregador a serem cumpridas, com o principal objetivo de proporcionar a qualidade a saúde do trabalhador. Para isso deverá oferecer ações e monitoramento da vigilância em saúde, de forma gratuita, implementando medidas eficazes aos trabalhadores, por meio de campanhas, orientações e incentivos, essas medidas minimizam os riscos as doenças preveníveis por meio das vacinas (OLIVEIRA et al., 2012).

A Sociedade Brasileira de Imunização (2018a) cita estratégias que as empresas devem implementar, métodos que favorecem a ampliação do quadro vacinal dos trabalhadores, principal intuito é sensibilizar o trabalhador por meios de palestras educativas, realizando diversas atividades em conjunto com o time composto pela Comissão interna de prevenção de Acidentes (CIPA), realizando orientações e campanhas de promoção. Dentre elas estratégias de implementar uma rotina e um programa de vacinação junto ao PPRA e PCMSO, realizar campanhas de vacinação minimizando os riscos à saúde, aplicar indicadores de sistema de vigilância, intensificar e proporcionar flexibilidade do empregador durante a ausência para atualização, buscar parcerias junto a serviços de imunização e definir dias da semana específicos para realizar a imunização.

Implementar o Programa de Atualização Vacinal efetivo nas empresas tem como principal objetivo a redução de doenças e em consequência atingem uma boa imunidade coletiva. O principal benefício do programa é preservar a saúde do trabalhador, diminuir os custos operacionais, e em consequência aumenta a produtividade. Estas estratégias e investimentos são medidas eficazes que contribuem na redução de custos relacionados com a saúde de forma geral. Para isso os profissionais devem investir em uma comunicação clara e efetiva, sensibilizando os benefícios a vacinação (MENDES, 2013).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar sobre a adesão ao calendário vacinal, o estudo evidenciou que grande parte dos trabalhadores não aderem ao esquema vacinal preconizado no calendário ocupacional e no PCMSO. Os principais sujeitos identificados são do sexo masculino, entre as faixas de 26 a 45 anos com nível de escolaridade de graduação e pós-graduação, pois no cenário atual mostra, que independentemente do nível de escolaridade e situação financeira a recusa vacinal vem ampliando entre todos os níveis.

Outro ponto identificado são os trabalhadores com maior tempo de empresa, os mesmos possuem resistência em atualizar o esquema. Atualmente em um processo admissional, um dos critérios e requisitos durante o exame clínico com médico do trabalho e apresentar o registro do esquema vacinal completo, caso não tenha deverá procurar a unidade de saúde e iniciar as doses conforme a necessidade, na recusa em se vacinar assina o Termo de Responsabilidade.

No entanto, mostra-se necessário investir em estratégias desde a atenção básica e demais serviços da rede pública e empresas de pequeno e grande porte, com o principal intuito e objetivo de conscientizar a população em geral por meio de ações e campanhas.

A falta de disponibilidade, medo e desconfiança fazem com que os trabalhadores recusem e/ou busquem a imunização, mesmo cientes do risco que podem estar expostos, muitos trabalhadores afirmam que possuem conhecimento, mas por alguma razão não se imunizam, muitas vezes, informações falsas divulgadas por meio de comunicação “movimentos antivacinas” provocam dúvidas e consequências negativas diante da eficácia de cada vacina.

O SESMT possui um papel fundamental no cuidado e proteção dos trabalhadores da empresa, pois são estes os profissionais que fazem com que haja um aumento no número significativo de pessoas imunizada e em consequência minimizam casos de adoecimento, afastamentos, surtos e custos em tratamento via Sistema Único de Saúde.

Discutir os preceitos da segurança do trabalhador em imunizações compreende uma diversidade de elementos, pois o enfermeiro tem como suas atribuições garantir a educação permanente a todos os trabalhadores e pessoas em geral, a não adesão reflete significativamente nos resultados que o país vem enfrentando, retorno de doenças

que já foram consideradas erradicadas e que hoje estão acometendo indivíduos saudáveis pelo fato simples fato de não se proteger com a vacina existente.

O profissional enfermeiro possui um papel fundamental no cuidado à saúde dos trabalhadores, pois ele identifica e reconhece em conjunto com o SESMT as demandas específicas de cada trabalhador e os riscos existentes. Além de proporcionar medidas eficazes a todos os trabalhadores, referenciando o usuário os serviços existentes na rede e oferecendo por meio de informativo e campanhas soluções resolutivas, fornecendo a atenção e cuidado necessário evitando assim enfermidades ocasionadas pelo trabalho.

Diante da produção científica escassa sobre o tema do estudo ressalta-se a importância de novas pesquisas que aprofundem e ampliem os achados encontrados, que por certo, não deram conta da complexidade e abrangência desta temática.

REFERÊNCIAS

Associação Nacional de Medicina do Trabalho – ANAMT. *Atualização em vacinação ocupacional: guia prático*. Belo Horizonte: ANAMT, 2007.

APS, L. R. M. M. et al. Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. *Revista de Saúde Pública*, p. 52-40, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000384.pdf>. Acesso em: 22 set. 2018.

ARAGÃO, J. W. M.; NETA, M. A. H. M. *Metodologia científica*. Faculdade de Educação, Superintendência de Educação a Distância: Salvador, 2017.

ARAÚJO, T. M; SOUZA, F. O.; PINHO, P. S. Vacinação e fatores associados entre trabalhadores da saúde *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 4, 2019.

BALLALAI, I. (Org.). *Manual Prático de Imunizações*. 2. ed. São Paulo: Editora Genac Farmacêutica, 2016.

BALLALAI, I. O Desafio de vacinar os Adultos. Sociedade Brasileira de Imunizações. Folha de São Paulo. Publicado em 19 fev. 2018. Disponível em: <<https://sbim.org.br/images/files/180213-sbim-clipping-febre-amarela-internet-folha-de-s-paulo.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2018.

BALLALAI, I.; BRAVO; F. *Imunização: tudo o que você sempre quis saber*. Rio de Janeiro: RMCOM, 2016. Disponível em: <<https://sbim.org.br/images/books/imunizacao-tudo-o-que-voce-sempre-quis-saber.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2018.

BALLALAI, I. et al. *Revista Imunizações*. Publicação da Sociedade Brasileira de Imunizações, v. 9, n. 1, maio 2016. Disponível em <<https://sbim.org.br/images/files/revista-imuniz-sbim-v9-n1-2016-160516-bx.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2018.

BARROS, M. G. M. et al. Perda de oportunidade de vacinação: aspectos relacionados à atuação da atenção primária em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, n. 4, oct-dec 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400701&lang=pt>. Acesso em: 03 nov. 2018.

BOULOS, Marcos. *Doenças dos Viajantes no Contexto do Mundo Globalizado*. BEPA, v. 9, ed. especial, p. 25-30, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *40 anos do Programa Nacional de Imunizações*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf>. Acesso em 29 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Febre Amarela: Guia para profissionais da saúde*. 1º edição atualizada. Brasília DF – 2018. Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/18/Guia-febre-amarela-2018.pdf>>. Acesso em 29 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Lei 6.259 de 30 de outubro de 1975 e Decreto 78.231 de 30 de dezembro de 1976*. História da vacinação no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/vacinacao/sobre-o-programa>>. Acesso em 30 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2018.

_____. Ministério da saúde. Ministério da Saúde divulga balanço de um ano da febre amarela. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44483-ministerio-da-saude-divulga-balanco-de-um-ano-da-febre-amarela>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

_____. *Situação do Sarampo no Brasil – 2019*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. (Org.). *Enfermagem e saúde do adulto*. Barueri: Manole, 2006.

CAVALCANTE, K. R. L. J.; TAUIL, P. L.; Risco de reintrodução da febre amarela urbana no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, n. 3, July/Sept 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300617&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2018.

COSSUTA; Fabrizio. Programa Nacional de Vacinação 2017 e vacinação antitetânica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 33, n. 6, dez 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732017000600007>. Acesso em: 30 set. 2018.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau, v.2, n.4, 2008.

DOMINGUES, C. M. A.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, v. 22, n. 1, mar. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100002>. Acesso em: 21 set. 2018.

FRANCA, et al. Vigilância da influenza: avanços e desafios para o Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2018.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

Instituto de tecnologia em Imunobiológicos Bio Manguinhos/Fio Cruz. *Tétano: sintomas, transmissão e prevenção*. Publicado em 2014. Disponível em: <<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/tetano-sintomas-transmissao-e-prevencao#>>. Acesso em: 30 set. 2018.

LADOU, J.; HARRISON, R. *Current Medicina Ocupacional e Ambiental*. 5. ed. Minas Gerais: Editora AMGH Ltda, 2016.

MASCARENHAS, Sidnei A. *Metodologia Científica*. São Paulo: Pearson, 2012.

MEDEIROS, Eduardo Alexandrino Servolo. Desafios para o controle e tratamento da febre amarela no Brasil. *Acta paulista de enfermagem*, v. 31, n. 2, mar/apr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000200001&lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2018.

MENDES, René (org.). *Patologia do trabalho*. 3. Ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MIZUTA, A. H. et al. Percepções acerca da importância das vacinas e da recusa vacinal numa escola de medicina. *Revista paulista de pediatria*, epub, aug 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822018005009103&lang=pt>. Acesso em: 23 set. 2018.

NEGRELLO, Katiuska Ferraz Jansen. A problematização como estratégia para o cuidado em saúde do trabalhador frente à situação vacinal. Dissertação (Programa de pós-graduação Mestrado profissional em Enfermagem)-. Paraná, 2017.

OLIVEIRA, V. C. et al. Situação vacinal contra o tétano em trabalhadores da Empresa Municipal de Obras Públicas do Município de Divinópolis, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 21, n. 3, 2012.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de. *Metodologia da pesquisa: abordagem teóricoprática*. 17. ed. Campinas: Papyrus, 2012.

PEROVANO, Dalton Gean. *Manual de metodologia da pesquisa científica*. 1. ed. Curitiba: Dialógica (Intersaberes), 2016.

PUSTIGLIONE, M. Imunizações do Trabalhador: Importância e Desafios. *Revista Imunizações*, v. 9, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://sbim.org.br/images/revistas/revista-imuniz-sbim-v9-n1-2016.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2018.

SANTOS, E. P.; OLIVEIRA, M. M. M. Desafios da vacinação. *Revista de Imunização SBIM*, v. 11, n. 4, 2018.

SANTOS, P. R. et al. Enfermagem à saúde do trabalhador: a experiência da ação de imunização na Fiocruz/Manguinhos. *Ciência e saúde coletiva*, v. 16, n. 2, feb 2011.

SANTOS, P.; HESPANHOL, A. Recusa vacinal - o ponto de vista ético. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e da Família*, v. 29, n. 5, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000500008>. Acesso em: 01 out. 2018.

SANTOS et al; A imunização dos profissionais da área de saúde: uma reflexão necessária. *Revista Mineira de enfermagem – REME*, v. 14, n. 4, p. 595-601, out/dez 2010. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/155>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

SATO, Ana Paula Sayuri. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? *Revista de Saúde Pública*, p. 52:96, 2018.

Secretaria Estadual de Saúde – SES. *Instrução normativa calendário nacional de vacinação*. Porto Alegre: Núcleo de Imunizações CEVS, 2018.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. *Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos*. *Dados em Big Data*, v. 1, n. 1, p. 23-42, 2017. Disponível em: <www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ129.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2018.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D.T. (Org.); *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SOARES, et al. Enfermagem: realidade da imunização contra Hepatite B de um hospital do norte de Minas Gerais. *Escola Anna Nery*, v.19, n. 4, 2015.

Sociedade Brasileira de Imunização – SBIM. *Enfrentando a resistência à vacinação*. 2016. Disponível em: <<https://familia.sbim.org.br/noticias/enfrentando-a-resistencia-a-vacinacao>>. Acesso em: 06 mai. 2019.

_____. *Guia de Imunização SBIm/Anamt – Medicina do Trabalho 2018-2019*. 2018a. Disponível em: <<https://sbim.org.br/images/files/guia-sbim-anamt-medicina-trabalho-2018-2019-180730b-web.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018.

_____. *Imunização de Adultos e Idosos – Bases para estudos e decisões 2019*. São Paulo: SBIM, 2019.

_____. Vacina gripe (influenza) — trivalente ou quadrivalente. 2018b. Disponível em: <<https://familia.sbim.org.br/vacinas/vacinas-disponiveis/68-vacina-gripe-influenza>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

SOUZA, F. O. et al. Vacinação Contra hepatite B e Anti-HBS entre trabalhadores da saúde. *Caderno de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 172-179, 2015.

APÊNDICE A – Formulário

Número:

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: () 18 a 25 anos () 26 a 35 anos () 36 a 45 anos () > 46 anos

Estado Civil: () casado () separado () solteiro () Viúvo () outros

Escolaridade: () Ens. Fund. Completo () Ens. Médio Completo

() Grad. em andamento () graduação completa () Pós graduação

Profissão: _____

Sector de trabalho: _____

Viajante: () sim () Não

Turno de trabalho: () Horário Comercial () Outro Turno

Tempo trabalho na empresa:

() < 1 ano () 1 a 5 anos () 5 a 10 anos () > 10 anos

PARA TODOS OS TRABALHADORES				
Vacinas:	Nº de doses	Completa	Em atraso	S/ Registro
dT				
Febre Amarela				
Hepatite B				
Tríplice Viral				
Gripe				
SOMENTE PARA TRABALHADOR VIAJANTE				
Vacinas:	Nº de doses	Completa	Em atraso	S/ Registro
Hepatite A				
Poliomelite				
Varicela				
Meningocócica B				
Meningocócica C				
Febre Tifoide				

APÊNDICE B – Entrevista

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Escolaridade:

Tempo de empresa:

Função:

Viaja com frequência: () sim () não

- 1) O que você conhece sobre vacinação relacionada aos ambientes de trabalho?
- 2) Considera a vacinação importante no ambiente de trabalho? Porque?
- 3) Qual dificuldade e motivo da sua não adesão ao esquema vacinal preconizado pela empresa?
- 4) A empresa realiza práticas de saúde voltadas a vacinação? Quais você considera importantes e são relevantes para a saúde?

APÊNDICE C – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADESAO DE TRABALHADORES À IMUNIZAÇÃO OCUPACIONAL: ESTUDO EM UMA EMPRESA DE SANTA CRUZ DO SUL/RS

Pesquisador: SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10124319.4.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.267.809

Apresentação do Projeto:

Trata-se projeto de TC, do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. O estudo pretende contribuir para a ampliação do conhecimento diante das principais dificuldades e problemas do trabalhador quanto a adesão a vacinação. Considera-se a imunização no ambiente de trabalho um fator essencial, com redução de riscos, controle de surtos, redução de custos, além de proporcionar maior tranquilidade para o indivíduo e família. Desta forma, o estudo apresenta o seguinte problema de pesquisa: Qual a adesão de trabalhadores à imunização ocupacional e como se encontra a completude do esquema vacinal em uma empresa de Santa Cruz do Sul/RS?

Objetivo da Pesquisa:

Principal: Analisar a adesão de trabalhadores à imunização ocupacional e a completude do esquema vacinal em uma empresa de Santa Cruz do Sul/RS.

Secundários:

- Investigar as pendências em relação a atualização do calendário vacinal;
- Conhecer as dificuldades dos trabalhadores na adesão ao esquema vacinal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

É possível que o sujeito se sinta ansioso ou constrangido na coleta de dados, que podem ser alguns desconfortos da pesquisa.

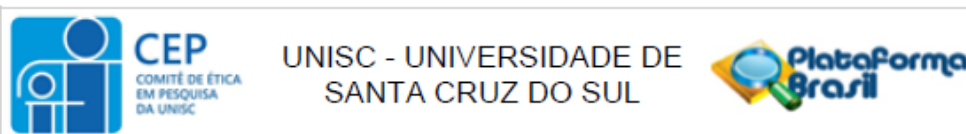
Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7880

E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 3.267.809

Benefícios:

- Benefícios futuros para a área dos trabalhadores poderão acontecer, tais como: maior adesão ao calendário vacinal, pois irá compreender os principais motivos e dificuldades e manter o calendário vacinal atualizado, promovendo o bem estar individual e coletivo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

não há

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão OK, conforme análise do recurso encaminhado

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

atendidas as exigências do parecer anterior.

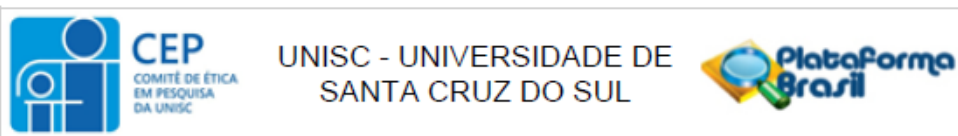
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados pelo CEP-UNISC.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	09/04/2019 08:16:41		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_recurso.pdf	09/04/2019 08:16:04	VANIA MARIA HIESTER	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/04/2019 08:14:49	VANIA MARIA HIESTER	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_de_pesquisa.pdf	09/04/2019 08:14:34	VANIA MARIA HIESTER	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1269704.pdf	22/03/2019 10:17:43		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	22/03/2019 10:15:57	VANIA MARIA HIESTER	Aceito
Outros	Carta_para_apresentacao_do_projeto.pdf	07/03/2019 16:19:03	VANIA MARIA HIESTER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_conhecimento_da_instituicao.pdf	07/03/2019 16:13:00	VANIA MARIA HIESTER	Aceito
Orçamento	Orcamento_do_projeto.pdf	06/03/2019	VANIA MARIA	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
 Bairro: Universitario CEP: 96.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 3.267.809

Orçamento	Orcamento_do_projeto.pdf	20:42:54	HIESTER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento.pdf	27/02/2019 20:56:34	VANIA MARIA HIESTER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 16 de Abril de 2019

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7880 **E-mail:** cep@unisc.br

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ADESAO DE TRABALHADORES À IMUNIZACAO OCUPACIONAL: ESTUDO EM UMA EMPRESA DE SANTA CRUZ DO SUL/RS.

Prezado senhor/Prezada senhora

O senhor/A senhora está sendo convidado (a) para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado Adesão de Trabalhadores à Imunização ocupacional: Estudo em uma empresa de Santa Cruz Do Sul/Rs.

Esse projeto é desenvolvido por estudantes e professores do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante porque pretende Investigar a adesão do trabalhador diante da vacinação no município de Santa Cruz do Sul -RS, através da análise de prontuário e percepção dos trabalhadores. Para que isso se concretize, o senhor/a senhora será contatado (a) pelos pesquisadores para responder ao questionário, contendo questões relacionadas ao tema proposto. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso, por exemplo de você se sentir incomodado a responder o questionário. Por outro lado, se o senhor/a senhora aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área dos trabalhadores poderão acontecer, tais como: maior adesão ao calendário vacinal, pois ira compreender os principais motivos e dificuldades e manter o calendário vacinal atualizado, promovendo o bem estar individual e coletivo. Para participar dessa pesquisa o senhor/a senhora não terão nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer outra natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado(a):

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;

- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Suzane Beatriz Krug, Fone 37137300.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: _____

Data __ / __ / __

Nome e assinatura
do voluntário

Nome e assinatura do
responsável legal, quando
for o caso

Nome e assinatura do
responsável pela obtenção
do presente consentimento