

## ANÁLISE DA SUSCEPTIBILIDADE ÀS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE A PARTIR DO STATUS VACINAL

### *ANALYSIS OF HEALTH PROFESSIONALS' SUSCEPTIBILITY TO IMMUNO-PREVENTABLE DISEASES: FROM VACCINE STATUS*

### *ANÁLISIS DE LA SUSCEPTIBILIDAD A LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN LOS PROFESIONALES DE SALUD: A PARTIR DEL STATUS DE VACUNAS*

Agnes Caroline Souza Pinto<sup>1</sup>, Maria Irismar de Almeida<sup>2</sup>, Patrícia Neyva da Costa Pinheiro<sup>3</sup>

Os riscos biológicos existentes nas unidades de atenção primária precisam ser avaliados. Assim, objetivamos descrever o *status* vacinal dos profissionais de nível superior que atuam na Estratégia Saúde da Família de Morada Nova/CE, visando reconhecer a susceptibilidade destes às doenças imunopreveníveis. É um estudo descritivo-exploratório realizado entre abril e dezembro de 2008. Utilizou-se o questionário estruturado para obter dados sobre a situação demográfica, as doenças imunopreveníveis e história vacinal. Foram avaliados 47 profissionais: 48% sem esquema vacinal para as principais doenças, 26% não possuíam comprovante de vacinação, e apenas 5% dispunham de cartão de infância; a maior cobertura foi BCG 81%, seguida de 64% para Hepatite B com somente 6,6% com comprovação sorológica; e 60% possuíam vacinação antitetânica. A vulnerabilidade destes profissionais torna necessária a estruturação de um programa de imunização para aqueles que atuam na atenção primária, associando intervenções que reduzam a exposição aos riscos biológicos no ambiente laboral.

**Descritores:** Riscos Ocupacionais; Vacinação; Programa Saúde da Família; Pessoal de Saúde.

The existent biological risks in primary health care centers need to be evaluated. So we aimed to describe the vaccination status of graduate professionals that work in the Family Health Program of Morada Nova-CE, seeking to verify their susceptibility to immunopreventable diseases. This is a descriptive exploratory study carried out from April to December 2008. A questionnaire was used for the data collection on demographic situation and immune-preventable diseases and vaccination history. 47 professionals were evaluated: 48% hadn't been vaccinated for the main diseases, 26% didn't have a vaccination card, and only 5% had their children's vaccination card; the biggest coverage was for BCG with 81%, followed by 64% for Hepatitis B with only 6.6% with serological proof; and 60% had antitetanic vaccination. The results show these professionals' vulnerability, making necessary the creation of an immunization program for those who work in primary health care, articulating interventions that may reduce the exposure to biological risks in the work environment.

**Descriptors:** Occupational Risks; Vaccination; Family Health Program; Health Personnel.

Los riesgos biológicos existentes en las unidades de atención primaria de salud necesitan ser evaluados. Por lo tanto planteamos describir el *status* de vacunación de los profesionales con nivel de educación superior que trabajan en el PSF de Morada Nova-CE, a fin de reconocer la susceptibilidad de los mismos a las enfermedades inmunoprevenibles. Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo hecho entre abril y diciembre del 2008. Se utilizó un cuestionario estructurado para obtener datos sobre la situación demográfica, las enfermedades inmunoprevenibles e historial de vacunación. Se evaluaron 47 profesionales: el 48% sin esquema de vacunación para las principales enfermedades, el 26% no tenía carné de vacunación que comprobaba la aplicación de las mismas, y sólo el 5% tenía el carné de vacunación infantil; la mayor cobertura fue de 81% para BCG, seguida de 64% para Hepatitis B con sólo 6,6%, con comprobación serológica, y 60% poseían vacuna contra el tétanos. Los resultados muestran la vulnerabilidad de estos profesionales por lo tanto es necesario estructurar un programa de inmunización para los que trabajan en la atención primaria, con intervenciones que reduzcan la exposición a riesgos biológicos en el ambiente laboral.

**Descriptores:** Riesgos Laborales; Vacunación; Programa de Salud Familiar; Personal de Salud.

<sup>1</sup> Especialista em Enfermagem do Trabalho. Enfermeira do Instituto Federal do Ceará. Endereço para correspondência: Brasil. E-mail: agnespinto@hotmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE)/Brasil. E-mail: irismar@fortalnet.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC)/Brasil. E-mail: neyva@ufc.br.

## INTRODUÇÃO

O advento da epidemia da AIDS e o melhor esclarecimento das questões relativas aos modos de transmissão de algumas doenças, como as hepatites virais B e C, direcionaram a uma preocupação maior com a prática dos profissionais de saúde que estão em contato frequente com sangue e fluidos orgânicos. Nesse sentido, a transmissão de doenças via oro-fecal, como: hepatite A, poliomielite, cólera; de transmissão aérea, como gripe, tuberculose, rubéola, sarampo e varicela; e de contato, a exemplo de escabiose e pediculose, vão além da prática na área da saúde, incorporando outros profissionais (como os de limpeza) que, durante sua prática, podem se expor ocasionalmente a materiais biológicos potencialmente contaminados.

A partir das preocupações acima colocadas, se começou a difundir as precauções específicas em relação aos materiais biológicos, o que culminou com a criação das precauções universais, hoje precauções-padrão, as quais têm sua base no princípio de que todo paciente deve ser considerado como virtualmente infectado independente do diagnóstico definido de doença infecciosa. Trata-se de medidas que devem ser utilizadas na manipulação de sangue, secreções e excreções, assim como no contato com mucosas e peles não íntegras<sup>(1-3)</sup>.

E é neste contexto que entram os equipamentos de proteção individual (EPIs) (luvas, máscaras, gorros, óculos, capotes, dentre outros) com a finalidade de reduzir a exposição do trabalhador da saúde ao sangue e outros fluidos corpóreos, e os cuidados específicos na manipulação e descarte de materiais perfuro-cortantes.

Além das medidas anteriormente citadas, do ponto de vista ainda da proteção específica dos profissionais de saúde, programas de imunização para doenças de potencial transmissão na prática profissional vêm sendo desenvolvidos<sup>(4-7)</sup>.

Quando se avalia a categoria profissional que está mais exposta ao risco de contrair doenças transmissíveis, é importante colocar que a equipe de Enfermagem é uma das que mais se expõem ao material biológico. Entre os médicos, os riscos são maiores na especialidade cirúrgica, assim como os cirurgiões-dentistas<sup>(1,3)</sup>.

É importante comentar que os dados disponíveis atualmente são referentes aos profissionais que atuam em ambientes hospitalares. Ou seja, em unidades de

atenção primária, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), existe uma grande lacuna de informações relacionadas. Dessa forma, é mister observar e analisar empiricamente as atividades desenvolvidas nas diversas categorias das unidades básicas de saúde, pois os cirurgiões-dentistas são os que mais se expõem aos acidentes com material biológico, enquanto que enfermeiros e médicos têm menor frequência de procedimentos invasivos, e, portanto, menor contato com material biológico, limitando-se a exposição a doenças de veiculação aérea. Entretanto, por diversos fatores, como falta de segurança e de vínculo empregatício na ESF, médicos e enfermeiros atuam também em outras unidades de saúde de maior complexidade, expondo-se aos agentes infecciosos e parasitários<sup>(8)</sup>.

Como enfermeira da ESF, despertou em uma das autoras o interesse e a preocupação com a situação dos riscos inerentes à sua prática profissional, e com o fato de que, mesmo havendo disponibilização de imunobiológicos, não se tem observado uma sensibilização e adesão às imunizações oferecidas gratuitamente para proteção específica.

E é pelo não reconhecimento dos riscos ocupacionais pelos profissionais de saúde observados pela autora, que este estudo se propôs a descrever o *status* vacinal de todos os profissionais de nível superior atuantes nas unidades da ESF no Município de Morada Nova/Ceará para as doenças ocupacionais com imunizações disponíveis atualmente, no sentido de investigar a susceptibilidade às doenças imunopreveníveis desses profissionais.

O termo susceptibilidade refere-se à percepção subjetiva do indivíduo acerca dos riscos existentes. A aceitação da susceptibilidade é variável entre os indivíduos, que podem negar qualquer possibilidade de contrair uma doença, admitir que existe possibilidade, porém pouca probabilidade de ocorrência ou perceber um risco real de contraí-la. Desta forma o emprego deste termo neste estudo faz-se necessário na medida em que iremos investigar o *status* vacinal destes profissionais a fim de descrever se existe ou não um risco real de contrair doenças imunopreveníveis<sup>(9)</sup>.

E este estudo foi de extrema relevância, pois realizou o diagnóstico situacional, para que no futuro próximo sejam planejadas ações específicas junto a esses profissionais, bem como estudos adicionais para dimensionar a percepção de riscos por esses trabalhadores.

## METODOLOGIA

O tipo de estudo que melhor se adapta aos objetivos da pesquisa realizada é o baseado na abordagem exploratória e descritiva. Esses tipos de estudo citados proporcionam maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito, além de descreverem as principais características de uma população. Trata-se de uma pesquisa descritiva, por estar interessada em descobrir e observar os principais riscos biológicos existentes que potencializam a susceptibilidade às doenças imunopreveníveis desses profissionais e permitem descrever o *status* vacinal dos mesmos<sup>(10)</sup>.

Os locais escolhidos para o estudo foram as unidades de atenção primária à saúde do Município de Morada Nova, no Ceará, localizado a 162 km de Fortaleza, situado na 9ª CERES, da microrregional de Russas, do Estado do Ceará, com área estimada de 2.838,76 quilômetros quadrados. A população é estimada em 67 mil habitantes. O município conta com 18 equipes de ESF e duas de apoio. Neste último caso, são postos que possuem atendimento duas vezes na semana, quando uma equipe de outro posto se desloca para atender a comunidade adstrita daquela unidade. O presente estudo foi desenvolvido no período de abril a dezembro de 2008, sendo a coleta de dados realizada a partir de outubro de 2008.

Os participantes do estudo foram os 50 profissionais de nível superior que atuam nas 18 equipes de saúde da família e nos dois apoios. Esses sujeitos variaram em número ao longo do estudo, devido à rotatividade dos profissionais médicos ter sido muito constante.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário estruturado e padronizado a 47 profissionais, contendo perguntas que contemplam: as doenças imunopreveníveis antes e após o início das atividades de saúde; comprovação sorológica de patologias transmissíveis em algum momento da vida e *status* vacinal para as doenças ocupacionais imunopreveníveis atualmente, que estariam comprovadas nos respectivos cartões de vacina dos participantes do estudo. Antes do início da coleta dos dados foi realizado o pré-teste do instrumento com dez profissionais de diferentes categorias.

Foi realizada uma leitura minuciosa dos dados, com o intuito de apresentar as informações por meio de gráficos e tabelas, com indicação de frequências absolutas, juntamente com o suporte da literatura pertinente

sobre o assunto. Os resultados também serão apresentados de forma descritiva, tais como: cartão de vacinação, motivos para não vacinação, realização do esquema básico de vacinação.

A todos os integrantes do estudo explicou-se o objetivo do nosso trabalho e garantimos o sigilo e anonimato, no intuito de preservá-los em sua identidade e privacidade, considerando o que preconiza a Resolução Nº 196/96 sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras que tratam de pesquisas com seres humanos<sup>(11)</sup>. Outro aspecto importante do estudo referiu-se à assinatura pelos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para participação na pesquisa, e a aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com o número de protocolo 08387050-4 de 19/09/2008.

## RESULTADOS

Do total de 50 profissionais que atuavam nas unidades básicas de saúde do município, potencialmente elegíveis para a participação no estudo, 47 (94%) foram contatados. Os demais profissionais encontravam-se de férias, haviam pedido demissão para fazer residência ou estavam afastados por motivo de licença médica.

Em termos das características demográficas dos profissionais avaliados, 15 (31,9%) eram do sexo masculino e 32 (68,1%) do sexo feminino, refletindo uma tendência nacional do setor saúde. Dos profissionais investigados, a média de idade foi de 36 anos e a mediana de 34 anos, com idade mínima de 22 anos e máxima de 65 anos. No sexo feminino, a média de idade foi de 31 anos, ressaltando-se a grande proporção de mulheres em idade potencialmente fértil, duas estando grávidas no momento da coleta de dados. Já, para o sexo masculino, a média de idade foi de 38 anos.

Quanto à naturalidade, todos os profissionais estudados eram de estados do Nordeste (dois da Paraíba, um de Recife e 44 do Ceará). O tempo médio de serviço na unidade de atenção primária à saúde do município foi de 5 anos, visto que a maioria dos profissionais eram concursados, fazendo com que houvesse menor rotatividade de profissionais, à exceção da categoria médica.

O estudo contemplou todos os profissionais diretamente envolvidos com o dia a dia das unidades básicas de saúde, com maior frequência dos Enfermeiros (48,93%), os quais estavam presentes em todas as unidades. O mes-

mo não ocorreu com a categoria médica nem com os dentistas, porque, de acordo com as normas do Ministério da Saúde e Coordenação da Estratégia de Saúde da Família, cada equipe deve ser composta por um enfermeiro, um médico e um dentista<sup>(12)</sup>.

**Tabela 1** — Doenças imunopreveníveis progressas dos profissionais de saúde de nível superior das unidades de ESF, antes do início das atividades em saúde. Morada Nova, CE, Brasil, 2008

Doenças	Nº	%
Varicela	28	60
Sarampo	24	51
Parotidite Epidêmica	20	42,5
Coqueluche	15	31,9
Rubéola	02	4,25
Meningite Viral	02	4,25
Difteria	01	2,12
Tuberculose	01	2,12
Varíola	01	2,12

A Tabela 1 mostra as doenças que os profissionais envolvidos no estudo afirmaram ter contraído antes de começarem a trabalhar na área de saúde. Como se pode perceber, são patologias que há menos de duas décadas atrás eram muito comuns no Brasil, principalmente na infância. Tomem-se, por exemplo, a varicela e o sarampo, que aparecem nos primeiros lugares da tabela acima. A varicela, comumente conhecida como catapora, surge entre os 5 e os 9 anos de idade. Grande parte dos casos é assintomática, mas a infecção, quando mal acompanhada, pode levar a complicações como encefalites e infecções bacterianas secundárias. No caso do sarampo, doença altamente contagiosa e muito frequente na infância, foi responsabilizado por muitos óbitos infantis, e somente a partir dos anos de 1980, com as ações de imunização em massa, observou-se redução dos casos de sarampo<sup>(13)</sup>.

**Tabela 2** — Doenças imunopreveníveis dos profissionais de saúde de nível superior das unidades de ESF, após o início das atividades em saúde. Morada Nova, CE, Brasil, 2008

Doenças	Nº	%
Rubéola	01	2,12
Varicela	01	2,12
Hanseníase	01	2,12
Parotidite Epidêmica	01	2,12

A partir da análise das doenças imunopreveníveis surgidas após o início das atividades (Tabela 2), observou-se que o número de casos de patologias foi bastante inferior ao referido antes do início das atividades (Tabela 1). Isto nos remete ao pensamento que realmente a maioria das doenças ocorre na infância e, quando adultos, já se possui uma imunidade natural ou artificial a várias doenças.

**Tabela 3** — Situação do esquema de vacinas virais e conjugadas dos profissionais de saúde de nível superior das unidades de ESF. Morada Nova, CE, Brasil, 2008

Vacinas	Total de Profissionais	Nº de imunizados	%	Esquema Incompleto	%	Não Imunizados	%
Hepatite B	47	30	64	07	15	10	21
Influenza	47	19	40	—	—	28	60
Sarampo	47	28	60	—	—	19	40
Pólio Oral	47	28	60	—	—	19	40
Rubéola	47	26	55	—	—	21	45
MMR(SRC)	47	21	45	—	—	26	55
Febre Amarela	47	09	19	—	—	38	81
Hepatite A	47	05	10	01	02	41	87
Varicela	47	01	02	—	—	45	95
Raiva	47	—	—	—	—	47	100

A Tabela 3 apresenta o percentual de profissionais para as vacinas ditas virais e conjugadas, com esquema vacinal em três situações: imunizado, esquema vacinal incompleto e não imunizado. Sendo assim, a maior cobertura vacinal foi para a vacina contra a hepatite B, sobre a qual 30 indivíduos (64%) afirmaram ter tomado as três doses da vacina, sete (15%) estavam com esquema incompleto e 10 (21%) não tomaram nenhuma dose. Seguida da vacina contra o sarampo e contra a poliomielite, ambas com 60% dos indivíduos vacinados. A vacina contra gripe (influenza) foi feita em 40% dos indivíduos pesquisados. Em relação à rubéola, tem-se que 55% dos profissionais foram imunizados. A MMR (vacina tríplice viral: contra sarampo, rubéola e caxumba) apresentou 55% vacinados. As vacinas com menor cobertura foram: febre amarela (19%), seguida da hepatite A (10%) e varicela (5%). As vacinas contra a raiva e pólio/Salk intramuscular não foram relatadas.

**Tabela 4** — Situação do esquema de vacinas bacterianas dos profissionais de saúde de nível superior das unidades de ESF. Morada Nova, CE, Brasil, 2008

Vacinas	Total de Profissionais		Nº de imunizados		Esquema Incompleto		Não Imunizados	
				%		%		%
BCG	47	38	81	—	—	09	19	
Antitetânica	47	28	60	07	15	12	25	
Pneumococos	47	01	02	—	—	46	98	
Haemophilus	47	01	02	—	—	46	98	
Influenza								

Ao observarmos a Tabela 4, podemos ver que ocorre a maior cobertura para a vacina contra a tuberculose, BCG (Bacilo de Calmette-Guérin), com 81% de imunizados, visto que atualmente só é necessária uma única dose da vacina ao nascer. Mas o nosso estudo ainda apresentou nove indivíduos não imunes, o que mostra que a tuberculose, apesar de muito antiga, ainda deve se constituir motivo de preocupação para as autoridades de saúde, principalmente nos países subdesenvolvidos.

No Brasil, ocorrem aproximadamente 85 mil casos novos por ano e cerca de cinco a seis mil mortes pela doença. Nos estudos realizados no Brasil e em outros países, foi descoberto o efeito protetor dessa vacina na hanseníase, entre 20 e 80%, sugerindo uma proteção maior contra as formas multibacilares da doença<sup>(14)</sup>.

Com relação à vacinação antitetânica, observa-se uma baixa cobertura (60%), com 25% de profissionais sem nenhuma imunidade contra o bacilo do tétano, o qual é de fácil aquisição e de letalidade em torno de 30%<sup>(14)</sup>.

Obtivemos uma taxa inexpressível para vacinas contra infecção pelo pneumococo e contra o *Haemophilus influenzae*, visto que essas vacinas são indicadas para pessoas a partir dos 60 anos, de acordo com o calendário vacinal do programa nacional de imunização. Mas ressalta-se que, para os profissionais de saúde, elas podem ser antecipadas, portanto não se justifica esta baixa prevalência. E, por último, a comprovação sorológica mostrou que somente dois profissionais realizaram a comprovação de imunidade após vacinação para hepatite B (Anti-Hbs). E esse dado traz à tona a necessidade de se indicar a quantificação dos títulos de Anti-Hbs, visto que a eficácia da vacina reduz-se com o envelhecimento<sup>(15)</sup>.

## DISCUSSÃO

A imunização é parte essencial dos programas de controle de infecção em saúde ocupacional, pois assegura ao trabalhador da área de saúde a redução dos riscos de aquisição de doenças imunopreveníveis, bem como a diminuição do número de indivíduos e profissionais suscetíveis, reduzindo assim o risco de transmissão de doenças dos profissionais aos pacientes e vice-versa.

Chama-se atenção para a comparação das Tabelas 1 e 2, no sentido de que “antes do início das atividades profissionais” significa dizer: o período que vai da infância até a fase adulta, portanto com maior prevalência de acometimento dessas doenças citadas nas tabelas. E este baixo número de casos após o início das atividades deve-se justamente ao fato dessas doenças já terem ocorrido na infância e os indivíduos já possuem imunidade para elas, seja através da doença ou da vacinação.

Quando se analisa a situação dos profissionais quanto ao esquema básico de imunização, percebe-se que, dos 47 indivíduos pesquisados, 22,56 (48%) afirmaram não ter feito esquema vacinal básico na infância. Esses dados foram analisados, mas não representados como gráficos.

Quanto ao cartão de vacinas, analisado e não colocado em gráfico, ele é um instrumento de grande importância para fins de comprovação e melhor acompanhamento das datas e agendamentos. Observou-se que 26% dos pesquisados não possuíam cartão de vacinas. Dos que tinham cartão, apenas 5% tinham o cartão da infância e 69% possuíam outros cartões. Esta pequena fatia que representa os profissionais com cartão da infância reflete as baixas coberturas que tínhamos no país antigamente e a pouca importância que a população atribuía à imunização das crianças<sup>(13)</sup>.

Os motivos para a não vacinação referidos pelos participantes do estudo foram: barreiras geográficas, condições econômicas e acesso ao sistema de saúde, fazendo com que esses profissionais não recebessem as vacinas que conferiam proteção mínima, durante a infância. O resultado dessa situação foi mostrado pelo Ministério da Saúde, o qual revelou que, até 1991, o Brasil enfrentou nove epidemias de sarampo, sendo uma a cada dois anos, em média. E em 1986 houve o maior número de notificações, com 129.942 casos de sarampo. Nesse cenário, a poliomielite, que também contava com baixas coberturas vacinais nas décadas de 70 e 80, foi responsável por cen-

tenas de deficientes físicos, em virtude das sequelas motoras potenciais<sup>(13-14)</sup>.

Os dados apresentados mostram a crítica situação vacinal dos profissionais de nível superior. Ou seja, a cobertura, no estudo, para a hepatite B mostra o quanto esses profissionais estão expostos à doença, principalmente aqueles que têm muito contato com material biológico nas Unidades Básicas de Saúde, como o cirurgião-dentista e o farmacêutico/bioquímico. Entretanto, os médicos e enfermeiros também estão expostos ao risco para hepatite B, porque realizam pequenos procedimentos, como suturas, retiradas de ponto, aplicação de injeções, etc., sem falar que grande parte desses profissionais, a fim de complementarem seu salário, trabalham em unidades hospitalares, onde o risco de se contaminarem é bem maior.

E é importante frisar que a taxa de prevalência de vacinação para hepatite B nos profissionais de saúde é alta em países como Inglaterra (onde é de 93%) e Canadá (de 91%), países que, assim como o Brasil, oferecem gratuitamente essa vacina para seus profissionais de saúde<sup>(16-17)</sup>.

A vacina contra influenza também é ofertada gratuitamente a todos profissionais de saúde, necessitando que a cada ano nova vacinação seja feita com a cepa do vírus mais circulante no continente, de acordo com as observações de diversos laboratórios de pesquisa da Organização Mundial de Saúde espalhados pelo planeta. O estudo realizado em Montes Claros/Minas Gerais mostrou cobertura de 40%, o que corresponde a dizer que mais da metade está exposta ao vírus da influenza e suas complicações. O estudo também apontou baixa prevalência de cobertura da vacina contra o sarampo, rubéola e MMR, sendo assim os profissionais de saúde susceptíveis têm um risco 13 vezes maior que o da população em geral de adquirir o sarampo, inclusive o risco de agir como agente disseminador da doença na comunidade<sup>(16)</sup>.

A rubéola também é uma doença de risco para profissionais de saúde, principalmente para as mulheres grávidas, por causar malformações ao feto. A vacina deve ser administrada a todos que não têm comprovação de vacinação ou infecção prévia, ou que laboratorialmente não possuem anticorpos<sup>(6)</sup>.

De acordo com o exposto na Tabela 3, foi observado o quanto deve ser difundida ou até mesmo exigida pelos secretários de saúde, na admissão dos funcionários, a vacinação em dia, como forma de prevenção primária, no sentido de minimizar ou eliminar riscos às doenças para as quais existem vacinas.

## CONCLUSÕES

Dos 47 profissionais incluídos no estudo, todos eram de nível superior, dentre os quais 48% referiram não terem feito esquema vacinal básico para as principais doenças; 26% não possuíam comprovantes de vacinação, sendo que apenas 5% dispunham do cartão de vacinação da infância. Observou-se também baixa cobertura vacinal para a maioria das doenças imunopreveníveis, sendo a maior para a tuberculose (81%) e, a seguir, hepatite B (64%) e tétano (60%).

Os resultados deste estudo tornam evidente a vulnerabilidade de alguns profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde para algumas doenças. Considerando que o Programa de Saúde da Família atualmente constitui uma das principais estratégias do setor saúde, podemos concluir que existe uma real necessidade de desenvolver uma política que aborde os riscos biológicos para os trabalhadores de unidades de saúde da atenção primária.

Dessa forma, poderia ser assegurada a implementação de ações de promoção à saúde, dentro do contexto da educação continuada, para a questão técnica da realização de procedimentos diversos, além da implementação de medidas de proteção específica, como o uso dos imunobiológicos e de equipamentos de proteção coletiva e individual por todos os trabalhadores.

Há também a necessidade de se pensar na questão da biossegurança nas unidades de atenção primária, garantindo práticas-padrão, seguras, adequando o ambiente de trabalho, ou seja, fazendo o mapeamento riscos ocupacionais existentes, aliado à educação permanente e à imunização de todos os profissionais de todos os níveis e funções da atenção primária.

Nesse sentido, após o diagnóstico situacional do Município de Morada Nova, a autora, como enfermeira do trabalho, está planejando ações específicas junto a esses profissionais, bem como estudos adicionais para dimensionar a percepção de riscos ocupacionais pelos trabalhadores. Para tanto, se faz necessária a estruturação de um programa eficaz de imunização para todos os profissionais que atuam nas unidades de atenção primária à saúde, em combinação com intervenções para reduzir o risco de exposição a agentes infecciosos no ambiente laboral.

## REFERÊNCIAS

1. Ribeiro EJC, Schimizu HE. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(5): 535-40.
2. Santos SLV, Souza ACS, Tipple AFV, Teles, AS. Perfil vacinal referido pelos graduandos da área de saúde no Estado de Goiás. *Rev Min Enferm.* 2007; 11(3): 278-84.
3. Lopes ACS, Oliveira ACO, Silva JT, Paiva MHRS. Adeção às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(6): 1387-96.
4. Moraes JC, Ribeiro MCSA, Simões O, Castro PC, Barata RB. Qual é a cobertura vacinal real? *Epidemiol Serv Saúde.* 2003;12(3):147-53.
5. Ministério da Saúde (BR). Manual de normas de vacinação. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Moraes JC, Ribeiro MCSA. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11(1):113-24.
7. Ministério da Saúde (BR). Manual de procedimentos para vacinação. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr.* 1974; 2(4): 354-87.
9. Santos SLV, Souza ACS, Tipple ACFV, Souza JT. O papel das instituições de ensino superior na prevenção das doenças imunopreveníveis. *Rev Eletr Enf.* [periódico na internet]. 2006 [citado 2010 jan 20]; 8(1): 91-8. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/pdf/v8n1a13.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/pdf/v8n1a13.pdf) 12.
10. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2006.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996;4(2 supl.): 15-25.
12. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(2): 153-8.
13. Gonçalves SML, Machado MFAS. Opinião de um grupo de cuidadores sobre a imunização básica. *Rev Rene.* 2008; 9(1): 45-51.
14. Ministério da Saúde (BR). Guia de Vigilância Epidemiológica. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
15. Garcia LP, Facchini LA. Vacinação contra hepatite B entre trabalhadores da atenção básica à saúde. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(5): 1130-40.
16. Martins AM, Barreto SM. Vacinação contra Hepatite B entre cirurgiões-dentistas. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(3): 33-8.
17. Figueiredto GM. Breve histórico da emergência da hepatite B como problema de saúde pública. *J Bras Aids.* 2007; 8(1): 8-13.

Recebido: 17/09/2009

Aceito: 11/10/2010