

## **ATUAÇÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM NA CAMPANHA DE IMUNIZAÇÃO DA FEBRE AMARELA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**JORGE L. A. DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; JULIANA MUNIZ DOS SANTOS MELLO<sup>2</sup>; LUANA SANCHES DA SILVA<sup>2</sup>; RAYANE CARNEIRO CID<sup>2</sup>; SOLANGE LOPES DE SOUZA<sup>2</sup>; SUZANA CURTINHAS DA CUNHA<sup>3</sup>; VAN DER LAAN SOARES JUNIOR<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Professor Assistente na Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy -UNIGRANRIO. Pós graduado em saúde pública, Pós graduado em paciente crítico e Pós graduado em docência superior. E-mail: [joan.oliveira.jdao@gmail.com](mailto:joan.oliveira.jdao@gmail.com)

<sup>2</sup>Acadêmicos de Enfermagem, 9º período, Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy” - UNIGRANRIO.

<sup>3</sup>Máster en Educación pela universidad de Jeán, Espanha. Professora Assistente na Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy” - UNIGRANRIO. E-mail: [scurtinhas@unigranrio.edu.br](mailto:scurtinhas@unigranrio.edu.br).

### **INTRODUÇÃO**

A febre amarela é uma doença infecciosa febril aguda, não contagiosa, causada pelo vírus da febre amarela, um arbovirus protótipo de gênero Flavivirus, da família Flaviviridae, de origem africana, transmitido por artrópodes e que possui dois ciclos epidemiológicos de transmissão distintos: silvestre e urbano. No ciclo Silvestre, os primatas não humanos (macacos) são os principais hospedeiros e amplificadores do vírus e os vetores/transmissores são os mosquitos e estritamente silvestre do gênero Haemagogus e Sabethes. No ciclo Urbano, o homem é o único hospedeiro epidemiologicamente significativo e a transmissão ocorre através do vetor Aedes Aegypti infectado. O homem acaba se tornando um hospedeiro acidental quando adentra as matas sem estar imunizado (BRASIL, 2012/13). No Brasil, a febre amarela apareceu pela primeira vez em Pernambuco, no ano de 1685, onde permaneceu por 10 anos. Teve incidência também em Salvador durante 6 anos, onde acarretou 900 mortes e após grande campanha de prevenção obtiveram o controle das epidemias mantendo um silêncio epidemiológico por cerca de 150 anos no país.

A partir do segundo semestre 2014 surgiram novas evidências de reemergência da doença com 7 casos humanos e 4 epizootias em áreas amazônicas e extra-amazônicas como São Paulo, Distrito Federal e agora no Rio de Janeiro. Nos últimos anos, o surto de febre amarela em Minas Gerais vem deixando o país em estado de alerta. A doença volta a assustar a população. Até 24 de janeiro, havia 393 casos suspeitos no estado e, entre as 83 mortes provocadas pelo provável diagnóstico de febre amarela, 38 foram oficialmente confirmadas pela Secretaria Estadual de Saúde. No estado do Espírito Santo, as mortes de 80 macacos por suspeita da doença deixaram a população em pânico. Nas regiões Sul e Noroeste do estado capixaba, mais de 20 mortes vinham sendo investigadas como possíveis casos da doença. (FIOCRUZ, 2017). Após esses casos confirmados em Minas Gerais, na região dos vales do Rio Doce e do Mucuri, no leste do estado, com casos confirmados ou investigados também em São Paulo, Espírito Santo, Bahia e Tocantins. Ao todo, foram identificadas até março de 2017, 1.337 ocorrências suspeitas, com 292 confirmações. Das 212 mortes notificadas, 97 foram confirmadas, 84 delas em Minas Gerais, de acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde de 21 de fevereiro. (FIOCRUZ, 2017). A manifestação clínica desta doença pode se dar nas formas leve, moderada, grave e maligna, se apresentando pouco sintomática na forma leve como: cefaléia, mialgia, mal-estar, calafrios, náusea, tonteadas e até com sinais de acometimento hepático, hemorragia sistêmica, sinal de IRA (insuficiência renal aguda) toxemia abrupta e encefalopatia com letalidade em torno de 50% em sua forma mais grave. (BRASIL, 2016).

O tratamento é apenas sintomático e o melhor remédio continua sendo a prevenção, onde podemos contar com educação em saúde tendo cuidados contra a disseminação do mosquito. E a vacina da febre amarela que é considerada a medida mais forte de prevenção e controle da doença, criada no ano de 1936 por Max Theiler e Henry Smith, elaborada com vírus vivos atenuados a partir do ovo de galinha, cepa 17DD, testada e introduzida no PNI do Brasil no ano seguinte, como forma de controle da doença. (BRASIL, 2016). A vacina da febre amarela era administrada apenas para moradores de áreas endêmicas ou viajantes para estas regiões. Com o aumento dos casos da doença nos últimos anos, o Ministério da Saúde estendeu a vacina como forma preventiva para toda a população causando uma grande procura nos postos de saúde e unidades de vacinação aumentando o

número de atendimento e gerando alguns problemas como: sobrecarga do profissional de saúde da unidade, desinformação da população quanto a doença e vacina, quantidade elevada de usuários a procura da imunização no período de atendimento, demora no tempo resposta deste atendimento e outros.

## **OBJETIVO**

Evidenciar a relevância dos acadêmicos de enfermagem na participação da campanha de imunização da febre amarela.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicos, do curso de Enfermagem do nono período, da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (UNIGRANRIO). No período entre Março/Junho de 2017, em uma Unidade de Atenção Básica, localizada no município do Rio de Janeiro durante grande campanha nacional de imunização para febre amarela onde eram atendidos por dia uma média de 300 usuários na faixa etária entre 09 meses à 60 anos. Prestamos o atendimento a estes usuários desde o período de sua chegada a unidade enquanto permaneciam na fila de espera, até a fase final do processo de vacinação.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO**

A experiência vivenciada possibilitou a obtenção de novos conhecimentos acerca da Febre Amarela. Essa dada experiência ocorreu durante a matéria de Estágio supervisionado integralizador I, por acadêmicas. As mesmas participaram das campanhas de vacinação contra a Febre amarela. Chegando lá, ocorreu a separação acerca das atividades a serem desenvolvidas para que todo o processo, desde o momento da chegada do usuário até a unidade e a vacinação acontecessem de forma efetiva e com qualidade. A separação foi feita da seguinte forma: cada acadêmico em uma área: entrevista, com preenchimento do cartão vacinal; reconstituição; preparo; administração e informação. Na parte da entrevista, com preenchimento do cartão vacinal o usuário chegava fazia sua ficha e nisso era verificado se o mesmo fazia parte do público alvo, sendo eles: crianças a partir de 09 meses, grupos prioritários que vivem ou irão viajar para áreas afetadas e pessoas

que não se encaixam no quadro de contra indicações da vacina, posteriormente era preenchido o cartão vacinal. As contra indicações seriam: pessoas com doença febril aguda; 60 anos ou mais; gestantes, independente da idade gestacional; lactantes de crianças com até 06 meses de idade; crianças com menos de 09 meses; pessoas com imunodepressão de qualquer natureza ou com imunodeficiência primária; infectados pelo HIV com imunossupressão grave; em tratamento imunossupressor ou imunomodulador; com neoplasia maligna; com história pregressa de doenças do timo; que tenham desencadeado doenças neurológica de natureza desmielinizante no período de seis semanas após a aplicação de dose anterior da vacina da febre amarela; que foram submetidos a transplante de órgãos; com doenças oncológicas em quimioterapia; com histórico de anafilaxia a ovo de galinha e seus derivados; com história de anafilaxia à eritromicina, cranamicina, que são componentes da vacina. Já na sala onde estava ocorrendo à vacinação era feito separadamente por cada acadêmico a reconstituição, o preparo e a administração imediatamente. A enfermeira responsável trazia a caixa térmica contendo o líófilo e o diluente e posteriormente eram feita a reconstituição da seguinte forma: aspirando todo conteúdo do diluente com uma seringa 5 ou 10 ml e agulha 25x8 injetando na parede interna do frasco-ampola de forma delicada. Em movimentos circulares, homogeneizava o conteúdo, até que o pó tenha se dissolvido completamente, sem fazer espuma, logo após, fazia o preparo da seringa de administração, aspirava-se o volume de 0,5 ml da solução utilizando seringa de 1 ml, na administração a limpeza era feita com algodão seco, em via subcutânea, pinçando a região deltóide com dedo indicador e polegar e introduzindo a agulha em um ângulo de 90°, ao introduzi-la, aspirava-se o êmbolo da seringa para se certificar de que nenhum vaso sanguíneo foi atingido e assim a vacina era administrada, após todo esse processo o usuário tinha dúvidas em relação as reações, sendo retiradas e esclarecidas. Tivemos algumas como, por exemplo, que poderia ocorrer febre, mialgia, cefaléia por 1 ou 2 dias, no local pode ter também dor, eritema e enduração por 1 ou 2 dias.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Participar da campanha de vacinação da febre amarela foi considerado um acontecimento relevante na vida dos acadêmicos, pois com ele, tivemos o contato pessoal com cada usuário esclarecendo assim dúvidas, que nos possibilitou adquirir

experiência profissional, podemos então, colocar em prática o conteúdo teórico aprendido em sala de aula, aperfeiçoando assim nossas habilidades técnicas. Em relação à unidade de atenção básica podemos perceber que com ajuda dos acadêmicos neste setor, podemos minimizar os eventos adversos devido à eficácia do atendimento, trazendo assim maiores informações à população, diminuindo o tempo de espera no atendimento, auxiliando os profissionais da unidade dividindo entre todos a carga de trabalho, aprimorando nossos conhecimentos teóricos, associando-os com a prática no dia a dia. Podemos então concluir, que é de suma relevância o conhecimento sobre as arboviroses, tendo em vista que, o crescimento dos casos que têm acometido a população vem crescendo disparadamente, sendo assim, os profissionais devem ser capacitados e instruídos quanto ao manejo com esta doença.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**, Brasília, DF, 2014, 814p Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf> Acesso dia 05 de abril de 2017 às 13h 05 min.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Febre amarela, Sobre febre amarela**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/febreamarela/sobre.php> Acesso dia 05 de abril de 2017 às 12h e 21 min.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Febre amarela: um novo desafio**. Revista Radis, Fiocruz, ENSP, edição 173, Fevereiro, 2017

Disponível em: [http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis\\_173\\_web.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_173_web.pdf) Acesso dia 22 de abril de 2017 às 15h e 02 min.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica da febre amarela**. Brasília, 2004 69p Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_epid\\_febre\\_amarela.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_epid_febre_amarela.pdf) Acesso dia 22 de abril de 2017 às 16h e 32 min.

STEVANIM, Luiz. **Febre presente**. Revista Radis, Fiocruz, ENSP, edição 174, Março, 2017.

Disponível

em:

[http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis\\_174\\_web\\_0.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_174_web_0.pdf)

Acesso dia 22 de abril de 2017 às 14h e 50min.

SVOBODA, W.K. **Vigilância de epizootias em primatas não humanos (PNH) como instrumento de monitoramento de arboriose e outras viroses de interesse de saúde pública.** Brasília, DF, 2014, 102p. Disponível em:

[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epizootias\\_primatas\\_entomologia.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epizootias_primatas_entomologia.pdf) Acesso dia 04 de abril de 2017 às 15h e 15 min.