

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA –
EMESCAM
GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

ANA CLARA SAVIGNON ARIDE
MARIA EDUARDA BONADIMAN GONÇALVES

**PERFIL DE IMUNIZAÇÃO DE PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA
INTESTINAL**

VITÓRIA

2022

ANA CLARA SAVIGNON ARIDE
MARIA EDUARDA BONADIMAN GONÇALVES

**PERFIL DE IMUNIZAÇÃO DE PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA
INTESTINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado o curso de graduação em medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Ana Paula Hamer Sousa Clara

VITÓRIA

2022

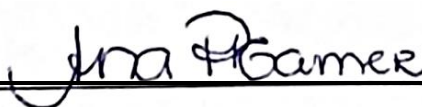
**ANA CLARA SAVIGNON ARIDE
MARIA EDUARDA BONADIMAN GONÇALVES**

**PERFIL DE IMUNIZAÇÃO DE PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA
INTESTINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado o curso de graduação em medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em 29 de novembro de 2022

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Ana Paula Hamer Sousa Clara
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador(a) e Avaliador(a)



Prof.^a Dr.^a Mariana Poltronieri Pacheco
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM
Avaliador(a)

Prof.^a Dr. Fabiano Quarto Martins
Médico Gastroenterologista
Avaliador(a)

Queremos dedicar, em primeiro lugar, a Deus, que iluminou nosso caminho durante toda esta caminhada. Aos nossos pais, irmãos, e toda nossa família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que chegássemos até essa etapa da nossa vida. Aos professores, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

Aos nossos familiares, por todo apoio e amor incondicional, vocês são a nossa base.

Agradecemos a EMESCAM, apoiadora financeira do projeto do Edital PIBIC-EMESCAM, e aos profissionais da Instituição por apoiarem e acreditarem na capacitação de alunos e professores através do desenvolvimento dessa oportunidade, que garante a vivência de experiências enriquecedoras durante a graduação.

À Dr.^a Ana Paula Hamer Sousa Clara, grande fonte de inspiração, por toda disponibilidade e atenção.

Vocês todos foram fundamentais para a conclusão desse trabalho.

RESUMO

Introdução: Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa são as formas mais comuns de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII's). Pela heterogeneidade clínica das DIIs, torna-se imperativo ressaltar as peculiaridades quanto à vacinação nesses pacientes devido à imunossupressão decorrente dos esquemas terapêuticos instituídos, verificando quais vacinas são preconizadas ou contraindicadas. **Objetivo:** Avaliar a imunização dos pacientes com DII's e conscientizá-los, assim como os médicos, acerca da importância do cumprimento do calendário vacinal. **Método:** Estudo transversal descritivo elaborado a partir de coleta de dados através de questionários aplicados durante as consultas ou por meio de telefonemas, acerca do status vacinal dos pacientes portadores de DII, atendidos nos ambulatórios de DII, em Hospital filantrópico de Vitória - ES. A comprovação da vacinação foi feita diretamente pelo cartão, por fotos dos cartões via telefone, ou pelo prontuário do paciente. **Resultados:** O nível de imunossupressão depende da intensidade, duração e tipo de tratamento, influenciando diretamente na resposta vacinal e no risco e benefício de cada vacina, principalmente as de vírus vivos ou organismos vivos atenuados. Por outro lado, vacinas com organismos inativados sempre devem ser administradas. No estudo, dentre os imunizantes analisados, identificou-se que o contra o Papiloma Vírus Humano apresentou maior porcentagem de ausência (92%), e o contra Hepatite B obteve maior porcentagem de esquemas completos (84,1%). **Conclusão:** As principais causas observadas de esquemas incompletos foram: ausência de direcionamento médico; ausência dos imunizantes nos centros de saúde; e negligência pessoal, apesar de informados sobre a necessidade de vacinação. Assim, evidenciou-se a importância da relação médico-paciente, a necessidade dos profissionais de saúde atuarem na manutenção do cartão vacinal completo, além dos pacientes se comprometerem a completar as vacinas. As informações obtidas servirão como base para futuras pesquisas, favorecendo as evidências de imunização em pacientes com DII.

Palavras-chave: Doença Inflamatória Intestinal. Doença de Crohn. Colite Ulcerativa. Imunização. Cobertura Vacinal.

ABSTRACT

Introduction: Crohn's Disease and Ulcerative Colitis are the most common forms of Inflammatory Bowel Disease (IBD's). Due to the clinical heterogeneity of IBDs, it is imperative to emphasize the peculiarities regarding vaccination in these patients due to immunosuppression resulting from the therapeutic regimens instituted, verifying which vaccines are recommended or contraindicated. **Objective:** The aim of this study was to evaluate the immunization of patients with IBD's and make them, as well as doctors, aware of the importance of complying with the vaccination schedule. **Methods:** This is a Descriptive cross-sectional study prepared from the data collection collected through the questionnaires applied during consultations or through phone calls, about the immunization status of patients with IBD, who were treated at the IBD outpatient clinics, in the Hospital philanthropic of Vitória, - ES. Proof of vaccination was made directly by the card, by photos of the cards via telephone, or by the patient's medical record. **Results:** The level of immunosuppression depends on the intensity, duration, and type of treatment, directly influencing the vaccine response and the risk and benefit of each vaccine, especially those involving live viruses or live attenuated organisms. On the other hand, vaccines with inactivated organisms should always be administered. In this study, among the immunizations analyzed, it was identified that the one against Human Papilloma Virus had the highest percentage of absence (92%), and the one against Hepatitis B had the highest percentage of complete regimens (84.1%). **Conclusion:** The main observed causes of incomplete schedules were included: lack of medical guidance; absence of immunizations in health centers; and personal negligence, despite being informed about the need for vaccination. Thus, the importance of the doctor-patient relationship was highlighted, as well as the need for health professionals to act in the maintenance of the complete vaccination card, in addition to the patients' committing commitment to complete the vaccination schedule vaccines. The information obtained will serve as a basis for future research, favoring evidence of immunization in patients with IBD.

Keywords: Inflammatory Bowel Diseases. Crohn Disease. Colitis. Immunization. Vaccination Coverage.

LISTA DE FIGURAS

Tabela 1 – Frequência de esquemas completos e incompletos segundo os respectivos imunizantes	16
Tabela 2 – Número de doses e percentual de pacientes imunizados para Hepatite B	17
Tabela 3 – Número de doses e percentual de pacientes imunizados para DTP /DT	17
Tabela 4 – Número de doses e percentual de pacientes imunizados para meningite C	18
Tabela 5 - Número de doses e percentual de pacientes imunizados para Pneumo 13 ou 23	18
Tabela 6 – Número de doses e percentual de pacientes imunizados para Febre Amarela	19
Tabela 7 – Número de doses e percentual de pacientes imunizados para Influenza	19
Tabela 8 – Número de doses e percentual de pacientes imunizados para Sarampo, Caxumba e Rubéola	20
Tabela 9 – Número de doses e percentual de pacientes imunizados para Hepatite A	20
Tabela 10 – Número de doses e percentual de pacientes imunizados para HPV....	21

LISTA DE SIGLAS

6-MP	Mercaptopurina
Anti-HAV	Anticorpo contra o vírus da hepatite A
Anti-HBs	Anticorpo contra antígeno de superfície do vírus da hepatite B
Anti-TNF	Anti-Fator de Necrose Tumoral
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)
CRIE	Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
DC	Doença de Crohn
DII	Doença Inflamatória Intestinal
DT	Difteria e Tétano
DTP	Difteria, Tétano e Pertussis
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ES	Espírito Santo
HPV	Papiloma Vírus Humano
HSCMV	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
IBD	Inflammatory Bowel Disease
PNI	Programa Nacional de Imunizações
RCU	Retocolite Ulcerativa
SBim	Sociedade Brasileira de Imunização
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde

TCC Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 MÉTODO	13
2.1 Tipo de estudo	13
2.2 Amostragem	13
2.3 Coleta de dados e aspectos éticos	13
2.4 Análise de dados	14
3 RESULTADOS	15
4 DISCUSSÃO	22
5 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	27
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA	27
ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	29
ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)	30
ANEXO 4 - COMPROVAÇÃO DE PUBLICAÇÃO DO ARTIGO EM REVISTA ..	34

1 INTRODUÇÃO

A doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU) são as formas mais comuns de DII que se caracterizam por condições inflamatórias crônicas, as quais são resultado da ativação persistente e inadequada do sistema imune mucoso e de etiologia ainda não conhecida. Ambas as doenças tangem pessoas de ambos os sexos, idades e classes econômicas. Além disso, há maior predominância das DII em indivíduos de raça branca, na faixa etária entre dez e 40 anos.^{1,2}

É importante ressaltar as principais diferenças entre a DC e a RCU. A primeira acomete qualquer parte do trato digestório, sendo predominante no íleo terminal e cólon, enquanto a RCU atinge o cólon e o reto. Nesta, a manifestação da inflamação exacerba-se no reto e pode ser contínua por todo o cólon, afetando apenas a camada mais superficial deste e sem áreas intestinais preservadas. Estas podem ser encontradas na DC, que, por outro lado, afeta todas as camadas da parede intestinal.^{3,4}

Contudo, os critérios macroscópicos para o diagnóstico variam de acordo com a fase da doença. Na DC são, principalmente, a presença de erosões, úlceras aftosas, úlceras profundas e serpiginosas, fístulas e padrão de descontinuidade da mucosa. Já na RCU podem se manifestar desde na aparência enantematosa da mucosa, com perda do padrão vascular, até em úlceras superficiais com sangramento espontâneo.⁴⁻⁶

A etiopatogenia dessas doenças envolve as três variáveis apresentadas: fatores ambientais, genéticos e imunológicos. Os fatores ambientais estão relacionados com a industrialização, os hábitos alimentares e as infecções prévias e são estudados como responsáveis pelo aumento da prevalência dessas doenças com o tempo. Além disso, relacionam-se à falta ou redução da maturação do sistema imunológico, decorrente da melhora da qualidade de saúde e higiene no decorrer dos anos, o que expôs menos a população a certos tipos de doenças e infecções.^{6,7}

As DII podem apresentar manifestações extraintestinais, como as osteomusculares, dermatológicas e oftalmológicas, que podem preceder, acompanhar ou suceder a doença intestinal.⁸

As complicações do curso da doença devem-se especialmente aos fenótipos estenosante e fistulizante, como pode ser observado na DC, assim como à presença de displasias na evolução da RCU e na DC quando há comprometimento colônico.⁹

Há, atualmente, várias drogas usadas no tratamento de DII, como corticosteroides, aminossalicilatos, imunossupressores, imunobiológicos e pequenas moléculas, entretanto nenhuma dessas se mostrou ser totalmente eficaz ou definitiva para o tratamento.^{9,10} A terapêutica depende do fenótipo, da extensão e da gravidade da doença, podendo em alguns casos envolver tratamento cirúrgico para o manejo de complicações da doença, como em casos de obstrução intestinal, doença perianal, presença de displasia, entre outras.¹¹

Diante do exposto, é importante frisar a questão da vacinação nos pacientes com DII por causa da imunossupressão encontrada nesses pacientes pelo uso de corticoides, imunomoduladores, imunobiológicos como agentes anti-TNF-alfa, anti-integrina e anti-interleucina. Nesse sentido, vacinas de vírus vivos devem ser evitadas nesses pacientes, assim como as de organismos vivos atenuados, a exemplo das vacinas de febre amarela, varicela, herpes-zóster, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), tuberculose (BCG), rotavírus e poliomielite oral, que podem causar infecção incontrolável. Vale ressaltar que as vacinas de microrganismos vivos ou atenuados requerem, no mínimo, três meses sem terapia imunossupressora, exceto quando em uso de corticosteroides, caso em que um intervalo de apenas um mês é recomendado para que elas sejam usadas com segurança.^{3,7,11}

Por outro lado, vacinas com organismos inativados, toxoides ou polissacarídeos podem e devem ser administradas, apesar de possuírem menor eficácia do que em indivíduos imunocompetentes. Entre elas, destacam-se a vacina da influenza, que deve ser administrada anualmente, a vacina contra o papilomavírus humano (HPV) no esquema de três doses para mulheres abaixo de 45 anos, a vacina pneumocócica em dose única a partir dos 65 anos ou a cada cinco anos em idade inferior, a vacina para hepatites A e B para todos os doentes, a vacina meningocócica e tríplice (tétano, difteria e coqueluche) em dose única a cada dez anos.¹²⁻¹⁶

Nesse sentido, é nítida a importância de os profissionais de saúde se atentarem para as imunizações dos pacientes portadores de DII antes de iniciar uma terapêutica com medicamentos imunossupressores, já que um esquema vacinal completo e adequadamente prescrito funcionaria como mais uma forma de evitar infecções oportunistas e o agravamento do caso. Outra forma de tentar conscientizar os pacientes

seria incentivando-os e informando-os sobre a importância da vacinação e as consequências de seu não cumprimento adequado.

2 MÉTODO

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo elaborado a partir de um trabalho realizado por graduandos de medicina da Escola de Ciências Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), nos ambulatórios de DII do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, durante o período de agosto de 2020 até julho de 2021.

2.2 Amostragem

Foram coletados dados de 99 de um total de 130 pacientes desse serviço, porém 11 foram excluídos por não se encaixarem em todos os critérios de inclusão: a amostra deveria ser formada por pacientes com prontuário nesse hospital, serem portadores de Doença de Crohn ou Retocolite Ulcerativa, e serem maiores de 18 anos. Além disso, pelo objeto de estudo ser o status vacinal dos pacientes e esse ser avaliado por meio dos cartões de vacina, 9 pacientes foram excluídos do estudo por não possuírem o cartão de vacina; 1 paciente foi excluído por não se encaixar no critério de idade maior que 18 anos e 1 paciente foi excluído por apresentar colite linfocítica e não RCU ou DC, totalizando, assim, 88 pacientes para a amostragem estatística.

2.3 Coleta de dados e aspectos éticos

A primeira etapa do estudo constitui-se na análise dos prontuários dos pacientes nos ambulatórios de DII do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória de modo a selecionar aqueles que se adequariam à pesquisa. Posteriormente, com conjunta apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para a devida coleta de dados para a pesquisa, aplicou-se um questionário, previamente elaborado pelos pesquisadores, durante as consultas ou por meio de telefonemas. Para a comprovação das vacinas já realizadas por estes, foi solicitada a verificação do cartão de vacinação no momento da consulta e também através de fotos

enviadas aos pesquisadores por aqueles que não os apresentarem no durante a abordagem, ou por meio da verificação de dados registrados nos prontuários.

2.4 Análise de dados

Buscou-se avaliar de forma comparativa as vacinas realizadas pelos pacientes e atestadas nos cartões apresentados, quais estavam de acordo com o esquema proposto pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), disponibilizado no site do Ministério da Saúde, e pelo calendário de pacientes em uso de imunossupressores da Sociedade Brasileira de Imunização (SBim). Verificou-se a quantidade de doses para os respectivos imunizantes, sendo todos os dados registrados em planilha Microsoft Excel para posterior análise estatística, na qual foram utilizados métodos descritivos como frequência e percentuais, sendo a análise de dados realizada pelo programa SPSS VERSÃO 27.

Número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) referente ao projeto: 3.356.625; CAAE: 13425619.0.0000.5065.

3 RESULTADOS

O nível de imunossupressão depende da intensidade, duração e tipo de tratamento. Porém, considera-se imunossuprimido aquele que está em tratamento com corticosteroide (>20mg de prednisona ou equivalente) por mais de 2 semanas, ou dentro de 3 meses de sua suspensão; em tratamento ativo ou dentro de 3 meses da suspensão com Azatioprina ou 6-MP, Metotrexato ou agentes anti-TNF; e/ou com desnutrição proteico calórica significativa.¹³

Assim, devido à imunossupressão encontrada nesses pacientes pelo uso de doses médias ou elevadas de corticoides, de imunomoduladores e/ou de drogas imunobiológicas como agentes anti-TNF-alfa, anti-integrina, anti-interleucina, vacinas de vírus vivos ou organismos vivos atenuados devem ser evitadas, como a vacina da febre amarela, varicela, herpes-zóster, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), tuberculose (BCG), rotavírus e poliomielite oral.^{3,7,9,11}

Por outro lado, vacinas com organismos inativados, toxóides ou polissacarídeos podem e devem ser administradas, apesar de possuírem menor eficácia do que em indivíduos imunocompetentes. Dentre elas, destacam-se as vacinas: influenza, HPV (vacina contra papilomavírus humano), pneumocócica, hepatites A e B, meningocócica e tríplice (tétano, difteria e coqueluche). A preocupação sobre o risco de infecções com medicamentos imunossupressores é crescente e inclui sepse por pneumococo, infecções disseminadas por herpes zóster, casos graves de varicela e agudização de hepatite B, entre outros.^{3,9,11}

Com a finalidade de avaliar o adequado cumprimento do cartão vacinal as seguintes vacinas foram consideradas obrigatórias: hepatite B; meningocócica; pneumocócica 13 ou 23 valente; DTP ou DT; febre amarela; hepatite A; HPV; influenza. A seleção dessas imunizações para avaliação se baseou, de forma comparativa, no calendário proposto para pacientes em uso de imunossupressores, como grande parte dos portadores de DII, e no cartão referência para adultos segundo o PNI, uma vez que, o cartão vacinal, preferencialmente, é completado antes do início da terapêutica imunossupressora, de forma que os pacientes possam receber imunizantes que, posteriormente, estariam contraindicados, tal como a vacina da tríplice viral.^{7,12-15}

Conforme as vacinas selecionadas, as variáveis estabelecidas para análise foram a quantidade de doses aplicadas para respectiva vacina, assim como, se o esquema

vacinal encontrava-se completo ou incompleto. Em primeira análise, buscou-se identificar a porcentagem, dentre os 88 pacientes, com o esquema vacinal completo ou não para cada uma das vacinas especificadas. Os resultados encontrados foram descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Frequência de esquemas completos e incompletos segundo os respectivos imunizantes.

VACINA	COMPLETO	INCOMPLETO
HEPATITE B	74 (84,1%)	14 (15,9%)
DTP/DT	65 (73,9%)	23 (26,1%)
MENINGO C	41 (46,6%)	47 (53,4%)
FEBRE AMARELA	55 (62,5%)	33 (37,5%)
INFLUENZA	51 (58,0%)	37 (42,0%)
HEPATITE A	40 (45,5%)	48 (54,5%)
HPV	07 (8,0%)	81 (92,0%)
PNEUMOCOCO 13 OU 23	34 (38,6%)	54 (61,4%)
TRÍPLICE VIRAL	47 (53,4%)	41 (46,6%)

Fonte: elaborado pelo autor.

Tomando como base aqueles que apresentavam o esquema incompleto para a vacina estudada, buscou-se detalhar a quantidade de doses administradas, quando presentes.

Ainda, vale ressaltar algumas especificações acerca dos esquemas vacinais. Para a vacina de Hepatite B, foi considerado um esquema completo quando 4 doses foram realizadas para pacientes considerados imunossuprimidos, e 3 doses para aqueles em que não foi instituído tal tratamento. Nos casos em que o Anti-HBs, anticorpo que indica imunidade para hepatite B, encontrava-se positivo, ou naqueles com infecção crônica pelo vírus, não se fez necessária a aplicação da vacina.^{7,14,15} Assim, realizou-

se uma análise individualizada do esquema terapêutico e do status sorológico dos pacientes (Tabela 2).

Já para a vacina de DTP/DT (difteria, tétano e pertussis), foram necessárias 3 doses associadas ao reforço dentro de 10 anos, quando indicado, para estarem de acordo com o calendário vacinal (Tabela 3).¹⁴

Tabela 2 – Número de doses e percentual de pacientes imunizados para Hepatite B.

Dose Hepatite B	Frequência	Porcentagem válida
0 DOSES	2	14,3
1 DOSE	7	50,0
2 DOSES	4	28,6
3 DOSES	1	7,1
Total	14	100,0

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 3 – Número de doses e percentual de pacientes imunizados para DTP /DT.

Dose DTP /DT	Frequência	Porcentagem válida
0 DOSES	7	30,4
1 DOSE	5	21,7
2 DOSES	6	26,1
3 DOSES, SEM REFORÇO	5	21,7
Total	23	100,0

Fonte: elaborado pelo autor.

A vacina meningocócica C para adultos não vacinados e imunodeprimidos deve ser realizada em duas doses, com intervalo de 2 meses. Já o esquema vacinal para pneumococo para ser completo no estudo, foram consideradas 2 doses de pneumo 23 ou 1 dose de pneumo 13, conforme as recomendações do PNI.^{14,15} Vale ressaltar que a efetividade da vacina varia de 56 a 81% para a prevenção de doença pneumocócica invasiva em pacientes imunocompetentes, no entanto sua capacidade de proteção diminui com a imunossupressão.^{7,16}

Tabela 4 - Número de doses e percentual de pacientes imunizados para meningite C.

Dose Meningocócica C	Frequência	Porcentagem válida
0 DOSES	21	44,7
1 DOSE	13	27,6
2 DOSES	13	27,7
Total	47	100,0

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 5 - Número de doses e percentual de pacientes imunizados para Pneumo 13 ou 23.

Dose PNEUMO 13 OU 23	Frequência	Porcentagem válida
0 DOSES	16	29,6
1 DOSE	38	70,4
Total	54	100,0

Fonte: elaborado pelo autor.

Segundo o PNI, dose única de Febre Amarela é indicada para adultos, população alvo do estudo. É imperativo ressaltar que após o início da terapia imunossupressora

essa vacina torna-se contraindicada, apesar de alguns estudos não terem identificado maior frequência de reações adversas em relação ao grupo imunocompetente.¹⁶

Tabela 6 - Número de doses e percentual de pacientes imunizados para Febre Amarela.

Dose Febre Amarela	Frequência	Porcentagem válida
0 DOSES	33	37,5
COMPLETO	55	62,5
Total	88	100,0

Fonte: elaborado pelo autor.

Foi avaliado a situação vacinal dos pacientes em relação à dose única anual de Influenza que é ofertada à toda população de forma gratuita e de, não raro, fácil acesso, devido às grandes campanhas realizadas pelo SUS. Porém, foi constatado que mais da metade dos pacientes não apresentava o esquema atualizado, como preconizado.

Tabela 7 – Número de doses e percentual de pacientes imunizados para Influenza.

Influenza	Frequência	Porcentagem válida
COMPLETO	51	58,0
INCOMPLETO	37	42,0
Total	88	100,0

Fonte: elaborado pelo autor.

Ademais, pessoas em uso de medicamentos imunossupressores não devem receber a vacina do tríplice viral, o que levou os pesquisadores a presumirem que essas

peessoas foram vacinadas previamente ao uso de tais medicamentos ou em caso de remissão da doença.

Tabela 8 - Número de doses e percentual de pacientes imunizados para Sarampo, Caxumba e Rubéola.

SARAMPO, CAXUMBA RUBÉOLA	Frequência	Porcentagem válida
0 DOSES	31	75,6
1 DOSE	10	24,4
Total	41	100,0

Fonte: elaborado pelo autor.

A imunização para hepatite A em adultos, conforme indicação, é realizada por meio de 2 doses. Ainda, vale considerar que aqueles pacientes que já foram infectados pelo vírus, confirmada previamente pela avaliação do anti-HAV IgG positivo, como a maior parte da população, não necessitam de receber a vacina, já que se encontram naturalmente imunes. Caso contrário, a vacina é imprescindível uma vez que reduz o risco de uma primoinfecção com evolução de caráter grave e até mesmo fulminante.

Tabela 9 – Número de doses e percentual de pacientes imunizados para Hepatite A.

Dose HEPATITE A	Frequência	Porcentagem válida
0 DOSES	38	79,2
1 DOSE	10	20,8
Total	48	100,0

Fonte: elaborado pelo autor.

Em um primeiro momento foi necessária a avaliação do tratamento vigente para análise da vacinação do HPV, visto que, apesar de alguns apresentarem 2 doses, consideradas adequadas segundo o PNI, quando imunossuprimidas, esse esquema se torna incompleto, se fazendo necessárias 3 doses do imunizante.

Nota-se que esta é a vacina com maior porcentagem de ausência apesar das evidências que relacionam o HPV a uma maior prevalência de alterações citológicas, displasias e carcinoma de colo uterino em mulheres com DII do que controles (42,5 × 7%), principalmente quando em uso de imunossupressores.¹⁶ Um grande entrave para a vacinação contra o HPV é a idade máxima na qual a vacina é liberada pelo SUS, sendo até 26 anos para ambos os sexos segundo as recomendações vigentes na época do estudo. Contudo, em 2021, ano que a coleta de dados foi finalizada, houve uma atualização que ampliava a idade máxima de vacinação de mulheres imunodeprimidas para 45 anos, e, atualmente, em 2022 essa idade limite também passou a ser considerada para homens imunodeprimidos.^{17,18} Com isso, é esperado que haja ampliação da cobertura vacinal, com um maior percentual de esquemas completos contra o HPV. Assim, novas pesquisas serão necessárias para melhor avaliar o real impacto e efetividade dessas atualizações.

Tabela 10 - Número de doses e percentual de pacientes imunizados para HPV.

Dose HPV	Frequência	Porcentagem válida
0 DOSES	79	97,5
1 DOSE	1	1,2
2 DOSES	1	1,2
Total	81	100,0

Fonte: elaborado pelo autor.

4 DISCUSSÃO

No que se refere às causas de esquemas de imunização considerados incompletos, observou-se que as principais justificativas encontradas foram: ausência de direcionamento médico; ausência dos imunizantes nos centros de saúde; e negligência pessoal, apesar de informados sobre a necessidade de vacinação.

Além disso, vale ressaltar, que os pesquisadores encontraram grande dificuldade durante a coleta de dados devido às paralisações pela pandemia de COVID-19 e a consequente redução do número de atendimentos no ambulatório em que o estudo foi realizado. Também, muitos pacientes não levaram os cartões para as consultas e houve dificuldade de comunicação, uma vez que muitos pacientes residem em outras localidades ou não possuem meios de comunicação acessíveis. Ademais, uma limitação do presente estudo foi a não avaliação do real impacto clínico que o não cumprimento adequado das vacinas trouxe para os pacientes, uma vez que, por não ter sido possível realizar o acompanhamento longitudinal desses, não foi possível constatar estatisticamente o aumento de infecções oportunistas, por exemplo, como outros estudos comprovaram.

Contudo, foi notório que somente pelo fato da cobrança, por parte dos pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos, para que os pacientes passassem a levar o cartão de vacina nas consultas, assim como, para que buscassem completar as doses pendentes, muitos reconheceram certa negligência de sua própria parte. Isso deixa claro o papel do médico, nesse sentido, e da importância do acompanhamento contínuo do andamento da vacinação de seus pacientes. Outro fato que foi perceptível, foi a maior preocupação dos pacientes acerca do assunto, proporcionalmente ao avanço da vacinação da COVID-19, muitos que não tinham sequer o cartão de vacinação, por exemplo, passaram a compreender o quanto fundamental é a vacinação para prevenção de morbimortalidade da população.

4 CONCLUSÃO

Evidenciou-se a necessidade dos profissionais de saúde atuarem de forma ativa na manutenção do cartão vacinal completo a partir de reavaliação periódica e intervenções, quando necessárias. Cabe a esses também, o encaminhamento aos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), onde terão melhor assistência e acesso à prevenção das doenças, objetos do PNI.

Quanto aos pacientes, é papel destes estarem com o cartão vacinal em todas as consultas, facilitando a atuação do médico. Além disso, deve haver ainda comprometimento em buscar completar as vacinas, respeitando número de doses e intervalos orientados.

Ademais, é fundamental a manutenção da relação médico-paciente buscando compreender a doença, garantindo a integralidade no cuidado, seja no âmbito da vacinação, ou no cumprimento do tratamento e de medidas que busquem a remissão da doença.

As informações obtidas servirão como base para futuras pesquisas, favorecendo principalmente as evidências de imunização em pacientes com DII.

REFERÊNCIAS

1. Torres JA, Santana RM, Torres FA, Moura AR, Neto JR. Doenças inflamatórias intestinais no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe: manifestações extraintestinais. Rev Bras Coloproctol. [Internet]. 2011 [citado 2022 Fev 17]; 31(2):115-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-98802011000200001>
2. Oliveira FA, Emerick AP, Soares EG. Aspectos epidemiológicos das doenças intestinais inflamatórias na macrorregião de saúde leste do Estado de Minas Gerais. Cienc Saude Coletiva. [Internet]. 2010 [citado 2022 Fev 17]; 15(11):1031-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-8123201000070000>
3. Souza MM, Barbosa DA, Espinosa MM, Belasco AG. Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2011[citado 2022 Fev 17]; 24(4):479-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a06v24n4>
4. Sociedade Brasileira de Coloproctologia, Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, Sociedade Brasileira de Patologia, Colégio Brasileiro de Radiologia. Doença de Crohn intestinal: manejo. Rev Assoc Med Bras. [Internet]. 2011[citado 2022 Mar 3]; 57(1):10-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000100006>
5. Souza MM, Belasco AG, Aguilar-Nascimento JE. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal do Estado de Mato Grosso. Rev Bras Coloproctol. [Internet]. 2008 [citado 2022 Fev 17]; 28(3):324-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbc/a/3RyDkHyczzZRBcTp9kKRbrh/?format=pdf&lang=pt>
6. Souza JQBRMS. Suscetibilidade genética da doença inflamatória intestinal. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2012. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3752/3/PPG_JoanaSousa.pdf
7. Lomazi, EA. Vacinas indicadas para indivíduos em uso de drogas imunossupressoras. Grupo de Estudos da Doença Inflamatória do Brasil. [Internet].

São Paulo: GEDIIB; 2019. [citado 2022 Fev 17]. Disponível em <https://gediib.org.br/pg/noticias-pg/vacinas-indicadas-para-individuos-em-uso-de-drogas-imu-nossupressoras>

8. Lanna, CCD, Ferrari LMA, Carvalho MAP, Cunha AS. Manifestações articulares em pacientes com Doença de Crohn e retocolite ulcerativa. Rev Bras Reumatol. [Internet]. 2006 [citado 2022 Mar 20]; 46(1):45-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/5ccpYQTSFbPPNBtcdD4J5PC/?lang=pt>

9. Esberard B. Etiopatogenia das doenças inflamatórias intestinais. Rev Hospital Universitário Pedro Ernesto. [Internet]. 2014 [citado 2022 Mar 02];11(4):1-7. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9000/6885>

10. Cabral M, Abby F. Diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais. Rev Hospital Universitário Pedro Ernesto, [Internet] 2014 [citado 2022 Mar 02]; 11(4):1-8. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9001>.

11. Cambui YR, Natali MR. Doenças inflamatórias intestinais: revisão narrativa da literatura. Rev Fac Cienc Med Sorocaba. [Internet]. 2015 [citado 2022 Fev 17]; 17, (3):116-9. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/20378/pdf>.

12. Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn - ABCD. Vacinas: como lidar com as vacinas em pacientes em uso de imunossupressores ou de biológicos. ABCD em foco. [Internet]. 2012 [citado 2022 Mar 06]; 12(48):18-21[Internet]. 2018 [acesso 2019 Jan 11]. Disponível em: https://abcd.org.br/wp-content/uploads/2017/11/ED_48.pdf.

13. Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn - ABCD. Pacientes imunossuprimidos podem tomar vacina. Rev. ABCD em foco. [Internet]. 2016 [citado 2022 Mar 06]; 15(61):18-9. Disponível em: <https://abcd.org.br/wp->

content/uploads/2017/10/ED_61.pdf

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria conjunta Nº 14, de 28 de novembro de 2017. [Internet]. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Crohn. [citado 2022 Mar 06]. Disponível em: <https://abcd.org.br/wp-content/uploads/2018/09/PCDT-Doenca-de-Crohn-27-11-2017-COMPLETA.pdf>

15. Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendário de Vacinação - Pacientes Especiais 2021-2022. [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Imunizações; 2021. [citado 2022 Fev 19]. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-pacientes-especiais.pdf>.

16. Flores C. Imunização na doença inflamatória intestinal. Grupo de Assistência Multidisciplinar em Estomias e Doença Inflamatória Intestinal (GAMEDII). [Internet]. [citado 2022 Fev 25]. Disponível em <https://www.gamedii.com.br/docs/area-do->

17. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Ampliação da faixa etária da vacina HPV para mulheres com imunossupressão até 45 anos [texto da Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 Mar 03 [citado 2022 Nov 21]. Disponível em:

https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=0019343807&codigo_crc=F506EABB&hash_download=cfb8016fbca43d6352ad4ff22507671b5d4a0a6e29e42cd56c5a50576af307c3c55d869a71fdf2f9f471e0e8e20e52b6102ef4bd9a07c322435120e5912333d7&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0

18. Ribeiro K. Vacina HPV quadrivalente é ampliada para homens de até 45 anos com imunossupressão. [Brasília]: Ministério da Saúde (BR); 2022 Jul 06 [cited 2022 Nov 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/julho/vacina-hpv-quadrivalente-e-ampliada-para-homens-de-ate-45-anos-com-imunossupressao>

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA E ANÁLISE DA IMUNIZAÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE DII.

1. Nome:
2. Idade:
3. Qual renda mensal do seu grupo familiar (considerando a soma da renda de todos que moram em sua casa):
 - () Um salário mínimo
 - () Dois salários mínimos
 - () Mais de três salários mínimos
4. Nível de escolaridade:
 - () Ensino fundamental interrompido
 - () Ensino fundamental cursando
 - () Ensino fundamental completo
 - () Ensino médio interrompido
 - () Ensino médio cursando
 - () Ensino médio completo
 - () Formação superior interrompida
 - () Formação superior completa
 - () Pós graduação
5. Sexo: () Feminino () Masculino
6. Você se considera: () Branco(a) () Pardo(a) () Indígena(a)
() Negro(a) () Amarelo(a) () Não Declarar
7. Estado civil: () Solteiro () Separado () Casado () Viúvo
8. Profissão:
9. Tabagismo: () Sim () Não
10. Data do diagnóstico: () há menos de 1 ano () entre 1 e 5 anos
() entre 5 e 10 anos () entre 10 e 20 anos
() acima de 20 anos
11. Forma de tratamento abordado atualmente:
 - Imunomoduladores:
 - () Azatioprina
 - () 6- Mercaptopurina
 - () Metotrexate
 - () Ciclosporina
 - Imunobiológicos:
 - Anti-TNF: () Infliximabe () Adalimumabe () Certolizumabe
 - Anti-integrina: () Vedolizumabe

Anti-interleucina: () Ustequinumabe

- Corticoides ()

- Aminossalicilatos: () Sulfassalazina () Mesalazina

12. Forma de administração dos aminossalicilatos:

- Oral ()

- Tópico: () Enema () Supositório

13. Formas de tratamento associado:

() imunomoduladores + imunobiológicos

() imunobiológicos + imunomoduladores + corticoides

() outros:

14. Já foi realizada abordagem cirúrgica no tratamento:

() Sim () Não

15. Vacinas obrigatórias:

() Influenza

() dT / DTP/ dTpa

() Pneumocócica

() Hepatite A

() Hepatite B

() Meningocócica

() HPV

() Varicela

() Febre amarela

() herpes- zóaster

() IPV

() SCR

() BCG

16. Se não vacinado, por qual motivo?

() não houve direcionamento médico

() não mora perto de centro de saúde

() não houve preocupação por parte do paciente

() outros

17. Comorbidades associadas:

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa intitulada como Análise da Imunização de pacientes com Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa a partir de prontuários e entrevistas obtidos no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES como voluntário, da Instituição da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. O projeto irá se concretizar por meio de entrevistas e análise de prontuários. O projeto se baseia na resposta de um questionário feito presencialmente com finalidade de analisar a imunização dos pacientes com Doença Crohn e Retocolite Ulcerativa inclusos na pesquisa. Para o preenchimento do questionário o paciente fornecerá dados pessoais, como: nome, idade, sexo, raça, nível de escolaridade, vacinas obrigatórias para pacientes com essa patologia e quadro clínico da doença. Os pacientes estarão sobre o risco de perda de sigilo dos dados. No entanto, os pesquisadores se comprometem a manter total controle sobre dados que possam identificar os participantes. Mas como benefício o paciente terá o conhecimento da importância de uma imunização feita de maneira adequada no curso de sua doença. O paciente estará livre para aceitar e desistir a qualquer momento. E caso não aceite, ou decida por desistir do trabalho, não haverá nenhum prejuízo para seu acompanhamento. Após ser esclarecido (a) sobre as informações citadas e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso o paciente não possa assinar o documento, este deverá ser assinado pelo seu responsável legal, que se responsabiliza pela participação do mesmo. Em caso de recusa você não será prejudicado(a) de forma alguma. Se tiver alguma dúvida você poderá procurar pedir esclarecimento aos pesquisadores a qualquer momento. Você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Dr. Ana Paula Clara Hammer no telefone (27) 99949-2890 ou no endereço Rua Amélia Tartuce Nasser, Jardim da Penha, número 112 apto 502 , 29060110 ou através do email anahammer@hotmail.com; ou também com Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, que avaliou este trabalho no telefone (27)3334-3586, fax (27)3334-3586 ou no e-mail comite.etica@emescam.br ou no endereço Comitê de Ética em Pesquisa - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES - 29045-402.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, RG _____ / __, CPF _____, abaixo assinado, autorizo a participação no estudo referido. Fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou responsável legal: _____

ANEXO 3 – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil de imunização de pacientes com doença inflamatória intestinal

Pesquisador: Ana Paula Hamer Sousa Clara

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13425619.0.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.356.625

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Trabalho de Iniciação Científica a ser realizado na Emescam.

A Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU) são as formas mais comuns de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII's) que se caracterizam por condições inflamatórias crônicas, as quais são resultado da ativação persistente e inadequada do sistema imune mucoso¹ e de etiologia ainda não conhecida.

É nítida a importância de os profissionais de saúde se atentarem ao cartão de vacinação dos pacientes portadores de DII antes de iniciar uma terapêutica com medicamentos imunossupressores, já que, um esquema vacinal completo e adequadamente prescrito, funcionaria como mais uma forma de evitar infecções oportunistas e o agravamento do caso. Outra forma de garantir isso é incentivando e informando os pacientes sobre a importância da vacinação e as consequências do seu não cumprimento adequado.

Hipótese:

Apesar de ambas doenças estudadas envolverem prejuízo do sistema imune, a principal hipótese do estudo é a observação do sistema imune, a principal hipótese do estudo é a observação de uma grande incidência de indivíduos com imunização incorreta ou incompleta, visto o pouco

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 3.356.625

reconhecimento e valorização da importância da vacinação por grande parte dos indivíduos. Apesar da instrução médica, muitos acabam recorrendo apenas ao uso dos fármacos tradicionais para prevenção ou tratamento dos quadros.

MÉTODO

SELEÇÃO DA AMOSTRA

Trata-se de um estudo transversal descritivo que será elaborado a partir de um trabalho de campo realizado por graduandos de medicina da Escola de Ciências Superiores da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), nos ambulatórios de gastroenterologia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, durante o período de junho de 2019 até agosto de 2020. A amostra será formada por pacientes que devem apresentar prontuários no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, serem portadores de Doença de Crohn ou Retocolite Ulcerativa e serem maiores de 18 anos estando assim excluídos do trabalho aqueles que não se encaixam nesses critérios.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a imunização em pacientes com Doença de Crohn e Retocolite ulcerativa.
Conscientizar os pacientes e os profissionais da saúde sobre a importância da vacinação e a proteção para doenças infecciosas.

METODOLOGIA

A primeira etapa do estudo será iniciada pela análise dos prontuários dos pacientes nos ambulatórios de DII do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória de modo a selecionar aqueles que possuem o calendário vacinal incompleto, segundo as recomendações clínicas. Posteriormente, com conjunta apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para a devida coleta de dados essenciais para a pesquisa, será aplicado um questionário, previamente feito pelos pesquisadores, presencialmente durante as consultas ou por meio de telefonemas realizados pelos próprios pesquisadores, com os números obtidos através do sistema informatizado do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Para a comprovação das vacinas já realizadas por estes, foi solicitada a verificação do cartão de vacinação no momento consulta. Porém, aqueles que não o apresentaram nesse momento e nas entrevistas feitas por telefonema foi utilizado o prontuário dos mesmos como forma de verificar as imunizações, uma vez que são

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 3.356.625

preenchidas no prontuário com a presença do cartão vacinal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que os pacientes fazem parte apenas de um estudo transversal em que somente as informações obtidas durante as entrevistas e observadas nos prontuários serão utilizadas como dados e pelo sistema informatizado do hospital os riscos tornam-se raramente eventuais, apresentando risco mínimo de quebra de sigilo e confidencialidade das informações. Para que os riscos referentes às informações dos pacientes sejam minimizadas, os pesquisadores se comprometem com a garantia do sigilo e proteção dos dados dos pacientes.

Benefícios:

A pesquisa beneficiará a população com um sumário de informações sobre a imunização em pacientes com doença de Crohn e Retocolite ulcerativa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Não há;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luíza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 3.356.625

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1306737.pdf	09/05/2019 15:57:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	IC.docx	09/05/2019 15:56:19	Ana Paula Hamer Sousa Clara	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA.docx	09/05/2019 15:42:50	Ana Paula Hamer Sousa Clara	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.docx	09/05/2019 15:42:30	Ana Paula Hamer Sousa Clara	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/05/2019 15:41:49	Ana Paula Hamer Sousa Clara	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 29 de Maio de 2019

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ANEXO 4 – COMPROVAÇÃO DE PUBLICAÇÃO DO ARTIGO EM REVISTA


ARTIGO ORIGINAL

<https://doi.org/10.26432/1809-3019.2022.67.016>



Perfil de imunização em pacientes com doença inflamatória intestinal

Immunization profile in patients with inflammatory bowel disease

Vitória Ortelan Filetti¹ , Ana Clara Savignon Aride¹ ,
Maria Eduarda Bonadiman Gonçalves¹ , Ana Paula Hamer Sousa Clara¹ 

RESUMO

Introdução: Doença de Crohn e retocolite ulcerativa são as formas mais comuns de doenças inflamatórias intestinais (DII), que se caracterizam por condições inflamatórias crônicas devidas à ativação imune inadequada. Pela heterogeneidade clínica das DII, torna-se imperativo ressaltar as peculiaridades quanto à vacinação nesses pacientes em razão da imunossupressão decorrente dos esquemas terapêuticos instituídos, verificando-se quais vacinas são preconizadas ou contraindicadas. **Objetivo:** Avaliar a imunização dos pacientes com DII e conscientizá-los, assim como os médicos, sobre a importância do cumprimento do calendário vacinal. **Material e Método:** Estudo transversal descritivo elaborado com base em coleta de dados feita por meio de questionários aplicados durante as consultas ou telefonemas acerca do status vacinal dos pacientes portadores de DII atendidos nos ambulatórios de DII, em Hospital filantrópico de Vitória/ES. A comprovação da vacinação foi feita diretamente pelo cartão, por fotos dos cartões via telefone, ou pelo prontuário do paciente. **Resultados:** O nível de imunossupressão depende da intensidade, duração e tipo de tratamento, influenciando diretamente na resposta vacinal e no risco e benefício de cada vacina, principalmente as de vírus vivos ou organismos vivos atenuados. Por outro lado, vacinas com organismos inativados sempre devem ser administradas. No estudo, entre os imunizantes analisados, identificou-se que aquele contra o papilomavírus humano apresentou maior porcentagem de ausência (92%), e aquele contra hepatite B obteve maior porcentagem de esquemas completos (84,1%). **Conclusão:** As principais causas observadas de esquemas incompletos foram: ausência de direcionamento médico; ausência dos imunizantes nos centros de saúde; e negligência pessoal, apesar das informações fornecidas sobre a necessidade de vacinação. Assim, evidenciou-se a importância da relação médico-paciente, a necessidade de os profissionais de saúde atuarem na manutenção do cartão vacinal completo, bem como a de os pacientes se comprometerem a completar as vacinas. As informações obtidas servirão como base para futuras pesquisas, favorecendo as evidências de imunização em pacientes com DII.

Palavras-chave: Doença de Crohn, Colite ulcerativa, Imunização, Cobertura Vacinal

ABSTRACT

Introduction: Crohn's Disease and Ulcerative Colitis are the most common forms of Inflammatory Bowel Disease (IBD's), which are characterized by chronic inflammatory conditions due to inadequate immune activation. Due to the clinical heterogeneity of IBDs, it is imperative to emphasize the peculiarities regarding vaccination in these patients due to immunosuppression resulting from the therapeutic regimens instituted, verifying which vaccines are recommended or contraindicated. **Objective:** The aim of this study was to evaluate the immunization of patients with IBD's and make them, as well as doctors, aware of the importance of complying with the vaccination schedule. **Materials and Methods:** This is a Descriptive cross-sectional study prepared from the data collection collected through the questionnaires applied during consultations or through phone calls, about the immunization status of patients with IBD, who were treated at the IBD outpatient clinics, in the Hospital philanthropic of Vitória, - ES. Proof of vaccination was made directly by the card, by photos of the cards via telephone, or by the patient's medical record. **Results:** The level of immunosuppression depends on the intensity, duration, and type of treatment, directly influencing the vaccine response and the risk and benefit of each vaccine, especially those involving live viruses or live attenuated organisms. On the other hand, contrary, vaccines with inactivated organisms should always be administered. In this study, among the immunizations analyzed, it was identified that the one against Human Papilloma Virus had the highest percentage of absence (92%), and the one against Hepatitis B had the highest percentage of complete regimens (84.1%). **Conclusion:** The main observed causes of incomplete schedules were included: lack of medical guidance; absence of immunizations in health centers; and personal negligence, despite being informed about the need for vaccination. Thus, the importance of the doctor-patient relationship was highlighted, as well as the need for health professionals to act in the maintenance of the complete vaccination card, in addition to the patients' committing commitment to complete the vaccination schedule vaccines. The information obtained will serve as a basis for future research, favoring evidence of immunization in patients with IBD.

Keywords: Crohn Disease, Colitis, ulcerative, Immunization, Vaccination coverage

¹Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Curso de Medicina - Vitória (ES), Brasil.
Endereço para correspondência: Vitória Ortelan Filetti. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Rua Amélia Tartuce Nasser, 112, ap. 502 - Jardim da Penha, 29060-110 - Vitória (ES), Brasil. E-mail: filettivitoria@gmail.com
Trabalho recebido: 27/05/2022. Trabalho aprovado: 09/08/2022. Trabalho publicado: 19/10/2022.
Editor Responsável: Prof. Dr. Eitan Naaman Berezin (Editor Chefe).