

LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DANIELA DOS SANTOS TRINDADE
ULISSES SANTOS LIMA
VALÉRIA MORAES DE OLIVEIRA

**FATORES QUE INFLUENCIAM A SITUAÇÃO VACINAL DAS CRIANÇAS EM
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE DOM PEDRO – MA**



DANIELA DOS SANTOS TRINDADE
ULISSES SANTOS LIMA
VALÉRIA MORAES DE OLIVEIRA

**FATORES QUE INFLUENCIAM A SITUAÇÃO VACINAL DAS CRIANÇAS EM
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE DOM PEDRO – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO – Excelência em Pós-Graduação / Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador (a): Dr^a. Mônica Elinor Alves Gama

Trindade, Daniela dos Santos.

Fatores que influenciam a situação vacinal das crianças em Unidade Básica de Saúde de Dom Pedro/MA. Daniela dos Santos Trindade; Ulisses Santos Lima; Valéria Moraes de Oliveira. - São Luís, 2008.

48f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO – Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2008.

1. Vacinação. 2. Saúde Pública. 3. Enfermagem. I. Título.

CDU – 614.47

**DANIELA DOS SANTOS TRINDADE
ULISSES SANTOS LIMA
VALÉRIA MORAES DE OLIVEIRA**

**FATORES QUE INFLUENCIAM A SITUAÇÃO VACINAL DAS CRIANÇAS EM
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE DOM PEDRO – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO – Excelência em Pós-Graduação / Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo-USP

Prof^ª. Rosemary Ribeiro Lindholm (1^a Examinadora)

Mestre em Enfermagem Pediátrica pela Universidade de São Paulo-USP

RESUMO

As vacinas são substâncias capazes de ativar uma resposta imune adquirida que defenda ao organismo ante um ataque determinado. O presente estudo trata de fatores que influenciam a situação vacinal das crianças em Unidade Básica de Saúde de Dom Pedro – MA. Foi realizado na Unidade de Saúde no Povoado de Tabocas e abrangências, com informações obtidas no período de 1º de outubro de 2006 a 31 de janeiro de 2007, através de questionários aplicados aos 68 responsáveis pelas 176 crianças de 0 a 5 anos de idade cadastradas no Programa Saúde da Família. Realizou-se um estudo descritivo com variáveis quantitativas com mães ou responsáveis por crianças de 0 a 5 anos no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007. Na primeira etapa para o levantamento de dados foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas contendo variáveis pertinentes às crianças e aos familiares. Na segunda etapa foi feita a análise da carteira de vacinação das crianças. Os resultados obtidos foram analisados obtendo-se uma boa relação entre a situação vacinal atual das crianças e os fatores contribuintes para tal situação. A situação demográfica dos responsáveis entrevistados foi de 60% para o sexo feminino; das crianças em estudo 51,7% são do sexo masculino e 48,3% do sexo feminino. A situação vacinal observada nas carteiras mostra que o atraso é mínimo na primeira dose com aumento moderado nas doses subsequentes. O responsável, na maioria dos casos, pela ida da criança ao local de vacinação é a mãe, não apresentando dificuldades nem oportunidades perdidas de vacinação. 44% dos responsáveis levam a criança para vacinar no Posto de Saúde do município; 94% levam nas Campanhas de Vacinação e 59% são informados das campanhas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Palavras-chaves: Vacinação. Saúde Pública. Enfermagem.

ABSTRACT

The vaccines are substances capable to activate an acquired immune answer that defends to the organism in the face of a certain attack. The present is about factors that influence the children's situation vacinal in Basic Unit of Health of Dom Pedro - MA. It was accomplished in the Unit of Health in the Town of Tabocas and inclusions, with information obtained in the period of October 1, 2006 to January 31, 2007, through questionnaires applied to the 68 responsible persons by the 176 children of 0 to 5 years of age cadastradas in the Programa Saúde of the Family. He/she took place a descriptive study with quantitative variables with mothers or responsible for 0a 5 year-old children in the period of October of 2006 to January of 2007. In the first stage for the rising of data a questionnaire was used with open and shut questions contends pertinent variables to the children and the relatives. In the second stage it was made the analysis of the wallet of the children's vaccination. The obtained results were analyzed being obtained a good relationship between the children's situation current vacinal and the taxpaying factors for such situation. The responsible persons interviewees' demographic situation was of 60% for the feminine sex; of the children in study 51,7% are of the masculine sex and 48,3% of the feminine sex. The situation vacinal observed in the wallets exhibition that the delay is minimum in the first dose with increase moderated in the subsequent doses. The responsible person, in most of the cases, for the going of the child to the vaccination place is the mother, not presenting difficulties nor lost opportunities of vaccination. 44% of the responsible persons take the child to vaccinate in the Position of Health of the municipal district; 94% take in the Campaigns of Vaccination and 59% are informed of the campaigns for the Community Agents of Health.

Word-keys: Vaccination. Public Health. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Calendário Básico de Vacinação da Criança

Fonte: Ministério da Saúde, 2008.

Gráfico 1 – Distribuição gráfica das 176 crianças estudadas, segundo a situação vacinal, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

Gráfico 2 – Distribuição das 176 crianças incluídas no estudo, de acordo com o cuidador da vacinação, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

Gráfico 3 – Distribuição dos 68 responsáveis pelas crianças incluídas no estudo, segundo opção pelo local de vacinação, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

Tabela 1 – Distribuição percentual e numérica dos 68 responsáveis, segundo as características demográficas, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

Tabela 2 – Distribuição percentual e numérica das 176 crianças incluídas no estudo, segundo as características demográficas, Dom Pedro – MA, 2007.

Tabela 3 – Distribuição das 176 crianças estudadas segundo a Situação Vacinal – Carteira de Vacinação por a Faixa Etária, Dom Pedro – MA, 2007.

Tabela 4 – Distribuição dos 68 entrevistados, segundo a dificuldade para vacinar a criança, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

Tabela 5 – Distribuição dos 68 entrevistados, segundo relato de busca do serviço para vacinação sem efetivação da mesma, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

Tabela 6 – Distribuição dos 68 responsáveis entrevistados, segundo motivos alegados para a não vacinação, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

Tabela 7 – Distribuição percentual dos 68 responsáveis pelas crianças segundo o conhecimento sobre a carteira de vacinação em dia, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

Tabela 8 – Distribuição dos 68 entrevistados, segundo o recebimento ou não de orientações na sala de vacina, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

Tabela 9 – Distribuição dos 68 entrevistados, segundo assiduidade em campanhas de vacinação, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

Tabela 10 – Distribuição 68 entrevistados, segundo fonte de informação a respeito de campanhas de vacinação, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

BCG – Bacilo de Calmette & Guérin

CA – Carteira em Atraso

CD – Carteira em Dia

CI – Carteira Incompleta

DTP – Difteria, Tétano, Coqueluche.

FA – Febre Amarela

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

HB – Hepatite B

Hib – Haemophilus Influenzae tipo b

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PAI – Programa Ampliado de Imunização

PNI – Programa Nacional de Imunização

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SI-PNI – Sistema de Informação do PNI

SUS – Sistema Único de Saúde

TETRA – DTP + Hib

TV – Tríplice Viral

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância

VOP – Vacinal Oral contra Poliomielite

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE SIGLAS

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETO DE ESTUDO	23
4 OBJETIVOS	23
4.1 GERAL.....	23
4.2 ESPECÍFICOS.....	23
5 METODOLOGIA	24
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
7 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICES.....	45

1 INTRODUÇÃO

O organismo defende-se de infecções por meio da imunidade inata e imunidade adquirida. Os mecanismos da imunidade inata não dependem da exposição prévia ao patógeno. A imunidade adquirida pode ser ativa ou passiva. A primeira é obtida através da formação de anticorpos elaborados pelo próprio organismo induzidos pelo agente agressor, considerando-se imunidade passiva aquela em que se transferem anticorpos prontos ao indivíduo. A imunidade pode ser adquirida de forma natural ou artificial. A imunidade natural acontece em processos naturais, como por infecção prévia ou por transferências de anticorpos da mãe para a criança, através do leite ou vida intra-uterina. A imunidade artificial é obtida por meio de produtos elaborados em laboratório, transferidos a um indivíduo, ou seja, pode ser por intermédio da vacinação, soros ou imunoglobulinas (AMATO NETO & BALDY, 2001; MENDES, 2002).

A vacinação consiste na administração em um indivíduo de antígenos processados em laboratório e objetiva desencadear no organismo reações de imunidade, preparando-o para uma eventual invasão de microorganismos patogênicos (GUSHIKEN & CHAGAS, 2002).

Gatti (2001) ressalva, porém, que vacinar não significa imunizar, pois condições adversas, como: dose insuficiente, local de aplicação, técnica deficiente e temperatura de conservação inadequada, podem alterar a composição e eficácia da vacina, inutilizando-a.

Segundo Gonçalves et al. (2000), a Conferência Internacional sobre os cuidados primários em saúde, realizada em Alma Ata em 1978, enfatizou a necessidade de que os países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, implementassem políticas de saúde capazes de melhorar os indicadores de morbi-mortalidade em seus povos, principalmente com ações de controle das doenças transmissíveis, entre elas a vacinação.

Silva et al. (1999) referem que a vacinação da criança no primeiro ano de vida é fundamental para a prevenção de várias doenças transmissíveis e é um dos principais fatores associados à diminuição da taxa de mortalidade infantil.

Afirma que se deve manter uma alta qualidade do programa de imunização. Para tanto, é necessário que a criança receba todas as doses necessárias de vacinas, seguindo corretamente o calendário vacinal, realizando nas datas apropriadas, principalmente durante o primeiro ano de vida, pois dentre os cuidados primários de saúde, a vacinação é um dos que propicia resposta quase imediata.

O Ministério da Saúde estabeleceu metas de vacinação com o objetivo de alcançar níveis recomendados para a diminuição da transmissão das doenças imunopreveníveis. Segundo o Manual de Procedimentos para Vacinação (BRASIL, 2001), consideram-se como ideais e satisfatórias coberturas maiores ou iguais a 90% para a DTP e BCG e maiores ou iguais a 95% para o sarampo, poliomielite, hepatite B e meningite.

Mesmo que dados estatísticos mostrem que as coberturas vacinais estejam aumentando, sabe-se que, existem bolsões de baixa cobertura vacinal em muitas regiões do país, em áreas rurais, nas periferias de grandes cidades, tornando assim um grande grupo da população, em especial crianças de 0 a 5 anos de idade, suscetíveis às doenças imunopreveníveis. Como agravante para esta situação temos as questões sócio-econômicas e culturais, como por exemplo, a baixa renda salarial e a desnutrição que potencializam o risco de morte e/ou seqüelas por doenças infecto-contagiosas.

No Brasil, a cobertura vacinal, em menores de um ano, obtida pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), chegou a 94,7%, em 1999, enquanto que, em 1978, atingia somente a 40% das crianças. Entre as vacinas de rotina, em menores de um ano, o país vem alcançando 100% de cobertura vacinal contra a Tuberculose, a partir de 1995. Assim como tem alcançado médias de 98% contra sarampo, de 94% contra difteria, coqueluche e tétano e

media de 98% contra pólio nas vacinações de rotina. Nas Campanhas Nacionais de Multivacinação, chega-se a 100% de cobertura (BRASIL, 2004).

Embora as coberturas vacinais estejam satisfatórias, em termos médios, persiste a ocorrência de algumas doenças imunopreveníveis, seja pelo atraso na administração das diferentes doses de vacinas, seja pela possível existência de grupos populacionais em que se concentram susceptíveis, crescendo, portanto, o risco de transmissão e, mesmo de surtos epidêmicos.

No âmbito internacional, o PNI é parte integrante do Programa Ampliado de Imunizações (PAI), da Organização Pan-Americana da Saúde, ajustando-se, assim, aos seus objetivos e diretrizes técnicas de atuação. O Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF) participa também do Programa com apoio técnico, operacional e financeiro. No âmbito das unidades federadas, as Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela coordenação do programa, executando a programação estadual, a operacionalização, a supervisão e avaliação das atividades, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde e com as demais instituições envolvidas com as ações de imunização.

Entende-se também que a cobertura vacinal é um indicador de saúde relevante, pois o PNI vem buscando através dos serviços de saúde permanentes e das Campanhas Nacionais de Vacinação, atingir seu objetivo que é de vacinar 100% das crianças de 0 a 5 anos, no território nacional.

O Ministério da Saúde (2004) refere que o desempenho de um programa de imunização eficiente e eficaz pressupõe a organização dos serviços de saúde, a seleção da estratégia de vacinação apropriada e o envolvimento da comunidade nessa atividade. Refere que as causas de não vacinação são múltiplas, e cada causa tem seu peso diferente, conforme cada lugar.

Colocam em destaque aspectos importantes da omissão dos profissionais de saúde frente às imunizações. Exemplifica citando que 98% de oportunidades de vacinação foram perdidas em crianças internadas em hospital de referência.

Os responsáveis pela vacinação da população de uma região pertencente a um centro de saúde, não devem ser unicamente os profissionais que fazem a vacinação, bem como a vacinação não deve ocorrer apenas quando a mãe ou responsável comparece o serviço exclusivamente para vacinar a criança e sim em todas as ocasiões em que a criança é assistida no centro de saúde (MASCARETTI ET AL., 2001).

Os profissionais devem zelar pela imunização das crianças desde seu nascimento, ainda no hospital, quando deve se iniciar a vacinação; e prosseguir sempre que estas vierem à unidade encaminhando-as para vacinação se necessárias for (GATTI, 2001).

A realização de campanhas é tida como forma de melhorar a cobertura vacinal para as doenças preveníveis pela vacinação, bem com a participação do enfermeiro nestes eventos “de maneira científica, abrangente, dinâmica e progressiva, apesar dos obstáculos existentes... e precariedade de recursos materiais e humanos” (SOBRAL, 2002).

Sobral (2002) aponta a necessidade de formação de um grupo de organização para aumentar a cobertura vacinal, compreendendo assim a qualidade e quantidade de serviços de imunização oferecidos.

Salienta-se, ainda que, os investimentos na educação e participação da comunidade contribuem para o monitoramento do calendário de vacinação, bem como das doenças.

Para que um Programa de Vacinação obtenha efetivo êxito no seu desempenho é imprescindível que haja continuidade das ações, visando a interrupção da cadeia epidemiológica, ou seja, impedindo a formação de novos grupos susceptíveis e obtendo elevados percentuais de cobertura vacinal (DSP/FMB/UNESP, 1998).

Gatti (2001) ressalta a importância da presença do enfermeiro na sala de vacina, bem como sua responsabilidade na organização do serviço, que abrange entre outras atividades, o treinamento e a capacitação dos componentes da equipe de enfermagem, que incluem além de aspectos técnicos pertinentes à imunização, os aspectos educativos que necessitam serem abordados durante a vacinação.

Destaca ainda que, além do enfermeiro, a equipe de enfermagem também apresenta importância durante o atendimento ao cliente, em todos os níveis de assistência, principalmente no nível primário.

Por isso é importante investigar o conhecimento das mães ou responsável sobre a vacinação das crianças entre 0 e 5 anos, bem como as orientações por elas recebidas sobre dose aplicada, reações possíveis e próximo agendamento de vacina, acreditando-se que dessa foram poder-se-á contribuir para o aumento da cobertura vacinal.

1.1 Assistência Primária no Brasil – contexto histórico

No Brasil, o aparecimento do Centro de Saúde como unidade de prestação de serviços médico-sanitários data dos anos 20 do século passado experimentando clara expansão, no estado de São Paulo, a partir de 1930 (IYDA, 2004).

A extensão desses serviços ao território nacional teve lugar no ano de 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) cuja finalidade era estender a assistência médico-sanitária às populações no interior do Brasil (VILLA, 2003).

Com a Reforma Administrativa da Secretaria Estadual de São Paulo, 1967, iniciou-se a modernização administrativa com a finalidade de implantar uma política de saúde mais eficaz, que atendessem às transformações da sociedade brasileira na década de 60 (VILLA, 2003).

Os perfis das unidades de trabalho, definição dos programas básicos de Saúde Pública a serem resolvidos e dimensão dos recursos humanos que iriam desenvolver as atividades nos diferentes níveis de Centros de Saúde, foram traçados no processo dessa reforma. Nessa ocasião, foi reconhecido, pela primeira vez, o papel que o enfermeiro deveria desempenhar nas unidades sanitária, e estabelecida suas funções em seus aspectos assistenciais, administrativos e educacionais (FRANCO, 2002; VILLA, 2003).

Para redefinir as políticas de saúde e reorganização dos setores, surge as Ações Integradas de Saúde (AIS), estabelecendo as bases para implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Destacam-se dentre as diretrizes das AIS: responsabilidade do poder público em relação à saúde da população; integralidade das ações de saúde e desenvolvimento de recursos humanos (BRASIL, 2002).

Quirino (1998) cita que a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, teve como objetivo a Reforma Sanitária, para isso foi proposto um atendimento integral ao ser humano, no que se refere à promoção, proteção e recuperação da saúde, visando à melhoria da sua qualidade de vida. Refere ainda que as propostas da Reforma Sanitária fossem incorporadas à Constituição de 1988, definindo-se como princípio da reestruturação do setor, o Sistema Único de Saúde, com ênfase na municipalização dos serviços de saúde (QUIRINO, 1998).

A institucionalização do SUS, ao longo de mais de uma década, representa um tortuoso movimento pela superação do modelo de prestação hegemônico e a construção de um novo paradigma fundamentado em princípios doutrinários como universalização, equidade e integralidade e na prestação de serviços que atendessem às diretrizes organizativas da descentralização, regionalização e hierarquização de serviços, com gestão única em cada esfera de governo e sob controle social (QUIRINO, 1998).

Ao deslocar o enfoque da esfera curativo-hospitalocêntrica para a estratégia de atenção primária à saúde com ênfase na promoção e prevenção, o SUS, pelo menos em tese, abriu novas perspectivas para a consolidação das atividades de vacinação (QUIRINO, 1998).

1.2 História da Vacinação

Os estudos sobre vacinação tiveram seu início em 1796, com o médico e cientista inglês Edward Jenner, ao observar que as pessoas do campo que trabalhavam com gado acometido por varíola bovina (*vaccinia*) não contrairiam a doença. A partir dessa observação, levantou a hipótese de que seria possível proteger as pessoas contra varíola humana (*smallpox*) com a utilização de material de pústulas da varíola bovina, sem risco para o homem. Para comprovar sua hipótese, ele decidiu, retirar material da lesão de uma ordenhadora e introduzir no braço de um menino de 8 anos, sendo que o garoto não apresentou nenhum sinal grave da doença. Após 47 dias, o médico injetou material similar no garoto, mas desta vez extraído de uma pústula de um paciente com varíola e, mais uma vez, o garoto não apresentou sintoma nenhum. Foi somente em 1802, nos EUA, que alguns cientistas realizaram um trabalho crucial, determinando a aceitação da vacinação contra a varíola pela Comissão de Saúde daquele local. O termo vacina vem de *vaccinus*, do latim “da vaca”, pois era a partir das exposições acidentais da varíola da vaca que o homem adquiria imunidade artificial (MORAES, 2000).

Segundo Gatti (2001), somente em 1904 a vacinação contra varíola tornou-se obrigatória no Brasil e apenas em 1961, iniciou-se no país a produção da vacina liofilizada, em substituição à tradicional. Em 1962, foi instituída a Campanha de Erradicação da Varíola, coordenada pelo Departamento Nacional de Saúde e seu resultado foi percebido onze anos mais tarde, após campanha de vacinação em massa, com anúncio oficial de erradicação da

varíola no Brasil, um fato marcante, ocorrido em 1973. Somente em 1980, extinguiu-se a obrigatoriedade da vacinação contra varíola, após sua erradicação em nível mundial.

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi instituído em 1973, por determinação do Ministério da Saúde, como uma forma de coordenar ações que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura vacinal. Os objetivos do PNI consistem em contribuir para o controle ou erradicação de doenças mediante imunização da população, coordenando a utilização ou suprimentos de alguns imunobiológicos indicados para situações ou para grupos populacionais específicos. O programa trouxe vários benefícios, como erradicação nacional da poliomielite, contribuindo a erradicação mundial da varíola (BRASIL, 2003; BRASIL, 2001).

Com a definição das vacinas obrigatórias para menores de um ano, em todo o território nacional, 1977, deu-se a aprovação do modelo da Carteira de Vacinações válida em todo território nacional (SANTOS, 2000).

Em 14 de junho e 16 de agosto de 1980, foram realizadas as primeiras campanhas denominadas “Dia Nacional de Vacinação contra a Paralisia Infantil”, nas quais o impacto epidemiológico foi avaliado, quantificando-se uma redução significativa da incidência da doença em todas as regiões do país. A estratégia do “Dia Nacional de Vacinação” passou a ser recomendada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) a partir de 1983, sendo adotada também por outros países (BRASIL, 2003).

Em 1989, foi registrado o último caso de poliomielite no Brasil, tendo o país recebido da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1994, o Certificado de Erradicação da Poliomielite (GATTI, 2001).

Segundo Gatti (2001) e BRASIL (2001), as alterações mais recentes da vacinação no Brasil ocorreram com a implantação, no ano de 1997, da vacina anti-rubéola no pós-parto e pós-aborto; da obrigatoriedade da vacinação contra hepatite B, em 1988, e contra *Haemophilus influenza*, em 1999.

As ações voltadas aos menores de cinco anos são implementadas na rotina das unidades básicas de saúde, nos dias regionais e nacionais de multivacinação e por intermédio de ações específicas de intensificação, cobrindo a totalidade dos nascidos em cada ano e completando o esquema daqueles que, por diferentes motivos, não foram vacinados no primeiro ano de vida (BRASIL, 2001).

1.3 Atividades, Controles e Avaliação das Vacinas

O Sistema de Informações do PNI (SI-PNI) tem por objetivo possibilitar aos gestores envolvidos no programa a avaliação do risco quanto à ocorrência de surtos e epidemias, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, agregado por faixas etárias, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Por outro lado, possibilitam o controle do estoque dos imunobiológicos, necessários aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição (BRASIL, 2003).

Em âmbito nacional, a Fundação Nacional de Saúde, instituição vinculada ao Ministério da Saúde, é responsável pelas normas e diretrizes, quanto à conservação (rede de frio), transporte, aplicação dos imunobiológicos (vacinas e soros), programação e avaliação técnica operacional das atividades de imunização.

A qualidade das vacinas que o Ministério da Saúde adquire obedece a critérios padronizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e cada lote de vacina é analisado

em laboratórios do Ministério da Saúde, sendo elas liberadas somente se a qualidade, a segurança, a potencia e a estabilidade estiver dentro dos padrões estabelecidos. A qualidade das vacinas é mantida em uma rede de frio rigorosamente controlada a uma temperatura que não exceda os limites de +2 a +8 °C, conforme recomenda a BRASIL (2001).

Para que um Programa de Vacinação obtenha efetivo êxito no seu desempenho é imprescindível que haja continuidade das ações, visando a interrupção da cadeia epidemiológica, ou seja, impedindo a formação de novos grupos susceptíveis e obtendo elevados percentuais de cobertura vacinal. Em resumo, a estratégia é o caminho escolhido para atingir determinada meta (BRASIL, 2003).

Na pratica há duas opções:

- Esperar passivamente ou
- Levar a vacina o mais próximo possível da população

Classicamente são descritas as seguintes estratégias de vacinação:

- **Rotina** – depende de as mães ou responsáveis levarem as crianças ou comparecerem para serem vacinadas nos serviços, dentro do período de funcionamento dos mesmos, espontaneamente. Em geral, as coberturas desse tipo de estratégia deixam a desejar, por falta de motivação e desconhecimento do calendário de vacinação pela comunidade, pelo difícil acesso ao serviço, por desinformação, por falta de tempo ou outras razões.
- **Intensificação** – chama-se de intensificação a estratégia que visa ao aumento das coberturas de vacinação através de um trabalho dinâmico do serviço de saúde, tornando essa atividade acessível a toda população.
- **Campanhas** – esta estratégia visa, principalmente, a vacinação em massa de uma população, com uma ou mais vacinas. É uma atividade com abrangência limitada no tempo e conta com recursos humanos e institucionais de outras

áreas e da própria comunidade. Tem um alto custo financeiro e grande mobilização de recursos.

- **Bloqueio** – visa interromper a cadeia de transmissão de uma doença, protegendo os susceptíveis. Torna-se necessária a definição da população e da área a ser vacinada. Esta atividade é realizada em situações especiais, quando existe uma alteração no comportamento epidemiológico da doença. Deve estar apoiada na vigilância epidemiológica com finalidade de localizar os suscetíveis que serão os verdadeiros beneficiados pela estratégia.

Aproveitar todas as oportunidades para verificar e implementar o nível de imunização da população susceptível é de fundamental importância. A “Cartilha de Procedimentos do PNI” conceitua “oportunidade perdida” como “toda circunstância de não aproveitamento do encontro de um receptor potencial de uma vacina com este produto”. Igualmente, outra oportunidade perdida “quando uma pessoa candidata à imunização e que não tem contra-indicações, visita um serviço de saúde e não recebe as vacinas necessárias” (BRASIL, 2001).

BRASIL (2004) refere ainda que oportunidades perdidas de vacina ocorram devido à falta de conhecimento dos pais ou responsáveis quanto a: medo das reações vacinais, insegurança da vacina, oposição geral a qualquer vacina, falta de motivação em vacinar. Salientam ainda que isso possa ocorrer tanto em instituições particulares quanto em instituições públicas.

Por isso, é importante investigar o conhecimento das mães ou responsáveis sobre a vacinação da criança entre zero e 5 anos, bem como as orientações por elas recebidas sobre dose aplicada, reações possíveis e próximo agendamento de vacina, acreditando-se que dessa forma poder-se-á contribuir como aumento da cobertura vacinal nessas crianças.

1.4 Calendário Básico de Vacinação da Criança

O calendário básico de imunização tem como objetivo identificar os períodos corretos, segundo a faixa etária, a serem administradas as vacinas nas crianças com o propósito de imunizá-las das doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2008).

O Cartão da Criança, dado ao nascer, identifica todos os dados sobre o nascimento do bebê, apresentam o calendário básico de forma simples para melhor entendimento e acompanhamento da mãe. Também informa sobre o crescimento e desenvolvimento da criança e traz dados complementares de informação sobre o cuidar e as mudanças que ocorrerão no desenvolver das crianças.

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG - ID	dose única	Formas graves de tuberculose
	Vacina contra hepatite B (1)	1ª dose	Hepatite B
1 mês	Vacina contra hepatite B	2ª dose	Hepatite B
2 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib) (2)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (3)	1ª dose	Diarréia por Rotavírus
4 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	2ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (4)	2ª dose	Diarréia por Rotavírus
6 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	3ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina contra hepatite B	3ª dose	Hepatite B
9 meses	Vacina contra febre amarela (5)	dose inicial	Febre amarela
12 meses	SRC (tríplice viral)	dose única	Sarampo, rubéola e caxumba
15 meses	VOP (vacina oral contra pólio)	reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
4 - 6 anos	DTP (tríplice bacteriana).	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	SRC (tríplice viral)	reforço	Sarampo, rubéola e caxumba
10 anos	Vacina contra febre amarela	reforço	Febre amarela

Figura 1 – Calendário Básico de Vacinação da Criança

Fonte: Ministério da Saúde, 2008.

(1) A primeira dose da vacina contra a hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. O esquema básico se constitui de 03 (três) doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 180 dias da primeira para a terceira dose.

(2) O esquema de vacinação atual é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade com a vacina Tetravalente e dois reforços com a Tríplice Bacteriana (DTP). O primeiro reforço aos 15 meses e o segundo entre 4 e 6 anos.

(3) É possível administrar a primeira dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias de idade (6 a 14 semanas de vida).

(4) É possível administrar a segunda dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias de idade (14 a 24 semanas de vida). O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 4 semanas.

(5) A vacina contra febre amarela está indicada para crianças a partir dos 09 meses de idade, que residam ou que irão viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Se viajar para áreas de risco, vacinar contra Febre Amarela 10 (dez) dias antes da viagem.

2 JUSTIFICATIVA

A prática de vacinação pode ser considerada um componente importante na constituição das chances de saúde. A preocupação com a vacinação sempre esteve presente nas propostas das políticas do setor saúde de forma geral e, em particular, nas de atenção primária de saúde, apontando para aspectos de prevenção de doenças e/ou proteção específica.

No que diz respeito, às ações propostas para tornar a vacinação um acontecimento simultâneo permite a racionalização do serviço e visa à garantia da imunização sistemática e rotineira, possibilitando assim, um serviço de vacinação bem organizado, oportunizando o desenvolvimento de outras atividades de Saúde Pública, com vistas à melhoria à saúde da população.

Baseado em tais fatos, pode-se estabelecer uma divergência entre as idéias propostas e a real condição da situação vacinal nos dias atuais. Mediante esse confronto situacional, escolheu-se o tema proposto para verificar o motivo pelo qual as crianças de 0 a 5 anos apresentam esquema vacinal incompleto, relacionando com características das mesmas.

3 OBJETO DE ESTUDO

Fatores que influenciam a situação vacinal das crianças.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Estudar fatores influenciadores na situação vacinal das crianças menores de cinco anos.

4.2 Específicos

- Conhecer as características demográficas dos responsáveis e das crianças;
- Descrever a situação vacinal destas crianças com relação ao Plano Nacional de Imunização;
- Descrever motivos alegados que podem interferir na situação vacinal;
- Identificar fatores influenciadores relacionados ao Serviço de Saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Realizou-se um estudo descritivo com variáveis quantitativas com mães ou responsáveis por crianças de 0 a 5 anos no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde de Dom Pedro – MA. Tal unidade situa-se no povoado de Tabocas, que abrange a comunidade local e mais sete povoados adjacentes.

A cidade de Dom Pedro foi criada em 9 de dezembro de 1952. Localiza-se na região do centro maranhense, possui uma área de 759,9 Km² fazendo parte de Amazônia Legal, limitando-se ao norte com os municípios de Santo Antonio dos Lopes e Codó, ao sul com Gonçalves Dias e Governador Archer, ao leste com São José dos Basílios e a oeste com Presidente Dutra. Em termos de saúde, a cidade possui nove postos de saúde, sendo sete deles localizados na zona rural e dois na zona urbana, e um centro de saúde.

O povoado de Tabocas está localizado na zona rural, contendo não mais que 700 habitantes. No local encontram-se uma escola e um posto de saúde.

O Posto de Saúde de Tabocas é um dos postos situados na zona urbana. Localizado no povoado Tabocas, possui equipamentos para atendimento clínico médico e de enfermagem. Composto de duas salas de atendimento: uma para consulta médica e de enfermagem, outra para atendimento de urgências como, curativos, nebulização, administração de medicamentos. Possui ainda um banheiro em cada sala e sala de espera dos clientes.

4.3 População

Aplicou-se o questionário aos responsáveis de todas as crianças menores ou igual de zero a 5 anos de idade cadastradas no Programa Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde de Dom Pedro no período de 1º de outubro de 2006 a 31 de janeiro de 2007 que totalizam 176 crianças (todas inclusas no estudo).

Definiu-se no presente estudo: carteiras em dias – registro de todas as vacinas plicadas no período preconizado no calendário de vacinação do Ministério da Saúde; carteiras em dias, porém com algumas vacinas aplicadas em atraso – registro de todas as vacinas, no entanto fora do prazo estabelecido pelo calendário de vacinação do Ministério da Saúde; carteira incompleta – registro de alguma vacina não aplicada.

Considerando-se que alguns entrevistados eram responsáveis por mais de 1 criança, foram aplicados 68 questionários. Porém, para a pesquisa de dados relativos aos informantes foram totalizados 176 indivíduos.

4.4 Coleta de dados

Na primeira etapa para o levantamento de dados foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas contendo variáveis pertinentes às crianças e aos familiares. Na segunda etapa foi feita a análise da carteira de vacinação das crianças

4.5 Análise de dados

Os dados foram obtidos e analisados e apresentados em forma de gráficos e tabelas para melhor visualização e interpretação da realidade sobre a situação vacinal das crianças estudadas. Foi utilizado o Programa Excel.

4.6 Considerações éticas

O presente trabalho foi realizado respeitando-se as normas de pesquisa com seres humanos. O questionário aplicado foi utilizado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da UFMA em atendimento a Resolução nº. 196/96 – trata de pesquisa com seres humanos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa foram distribuídos conforme as variáveis averiguadas para identificação dos fatores caracterizantes da situação vacinal e se referem a questionários aplicados aos 68 responsáveis por 176 crianças averiguadas no período de 01 de outubro de 2006 a 31 de janeiro de 2007, na Unidade Básica de Saúde de Dom Pedro – MA.

5.1 Características gerais dos entrevistados

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual dos 68 responsáveis, segundo as características demográfica e sócio-econômica, USB de Dom Pedro – MA, 2007.

CARACTERÍSTICAS		Nº.	%
Sexo	Masculino	40	40
	Feminino	60	60
TOTAL		68	100
Idade	≤ 20	15	15
	21 a 30	38	38
	30 ou mais	47	47
TOTAL		68	100
Número de filhos	1	15	15
	2 a 3	50	50
	4 a 5	23	23
	6 ou mais	12	12
TOTAL		68	100
Escolaridade	Sem escolaridade	28	28
	1 a 3 anos de estudo	37	37
	4 a 10 anos de estudo	22	22
	11 ou mais anos de estudo	13	13
TOTAL		68	100
Ocupação	Desempregado	12	12
	Aposentado	25	25
	Possui alguma ocupação remunerativa	63	63
TOTAL		68	100
Grau de parentesco*	Pai	42	42
	Mãe	28	28
	Avô (ó)	15	15
	Tio (a)	15	15
	Outro	0	0
TOTAL		68	100%

* Grau de parentesco com a criança está incluída no estudo.

Na tabela 1 encontra-se a representação das características demográfica e sócio-econômica dos entrevistados.

Pode-se observar que há uma maior participação do sexo feminino durante as entrevistas (60%). Contudo, em relação ao grau de parentesco com a criança estudada, o pai prevalece como principal responsável pelo menor (42%).

Em relação à prole, a maioria apresenta de 2 a 3 filhos (50%). A escolaridade é representada na maioria por pessoas alfabetizadas com 1 a 3 e mais anos de estudo (43%). O maior percentual ocupacional é representado por aqueles que exercem alguma atividade remunerada (63%).

Morita et al. (1999), em estudo realizado na região Sudeste, refere que uma geração mais moderna não apresenta, necessariamente, maior conhecimento, e o desempenho escolar é uma escolha que compete a cada um, mas que a situação econômica da família pode influenciar.

A distribuição das crianças incluídas no estudo de acordo com as características demográficas está apresentada na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das 176 crianças incluídas no estudo, segundo as características demográficas, Dom Pedro – MA, 2007.

CARACTERÍSTICAS		Nº.	%
Sexo	Masculino	91	51,7
	Feminino	85	48,3
TOTAL		176	100
Idade	< 1 ano	17	9
	1 a < 2	28	16
	2 a < 3	33	19
	3 a < 4	42	24
	4 a < 5	30	17
	≥ 5	26	15
TOTAL		176	100

Observa-se uma predominância do sexo masculino e uma distribuição homogênea nas faixas etárias de 2 a 4 anos.

Mesmo que dados estatísticos mostrem que as coberturas vacinais estejam aumentando, sabe-se que, existem bolsões de baixa renda em muitas regiões do país, principalmente em áreas rurais, em especial em crianças de 0 a 5 anos (FARIA et al, 1999).

5.1.2 Situação vacinal

O gráfico 1 apresenta a situação vacinal das crianças em estudo.

Verifica-se que a vacina Tríplice Viral (TV) Reforço e DTP 2º Reforço apresentam-se com maior percentual de vacinas não aplicadas (6,3%), o que pode ser explicado pelo fato de serem aplicadas na faixa etária de 4 anos.

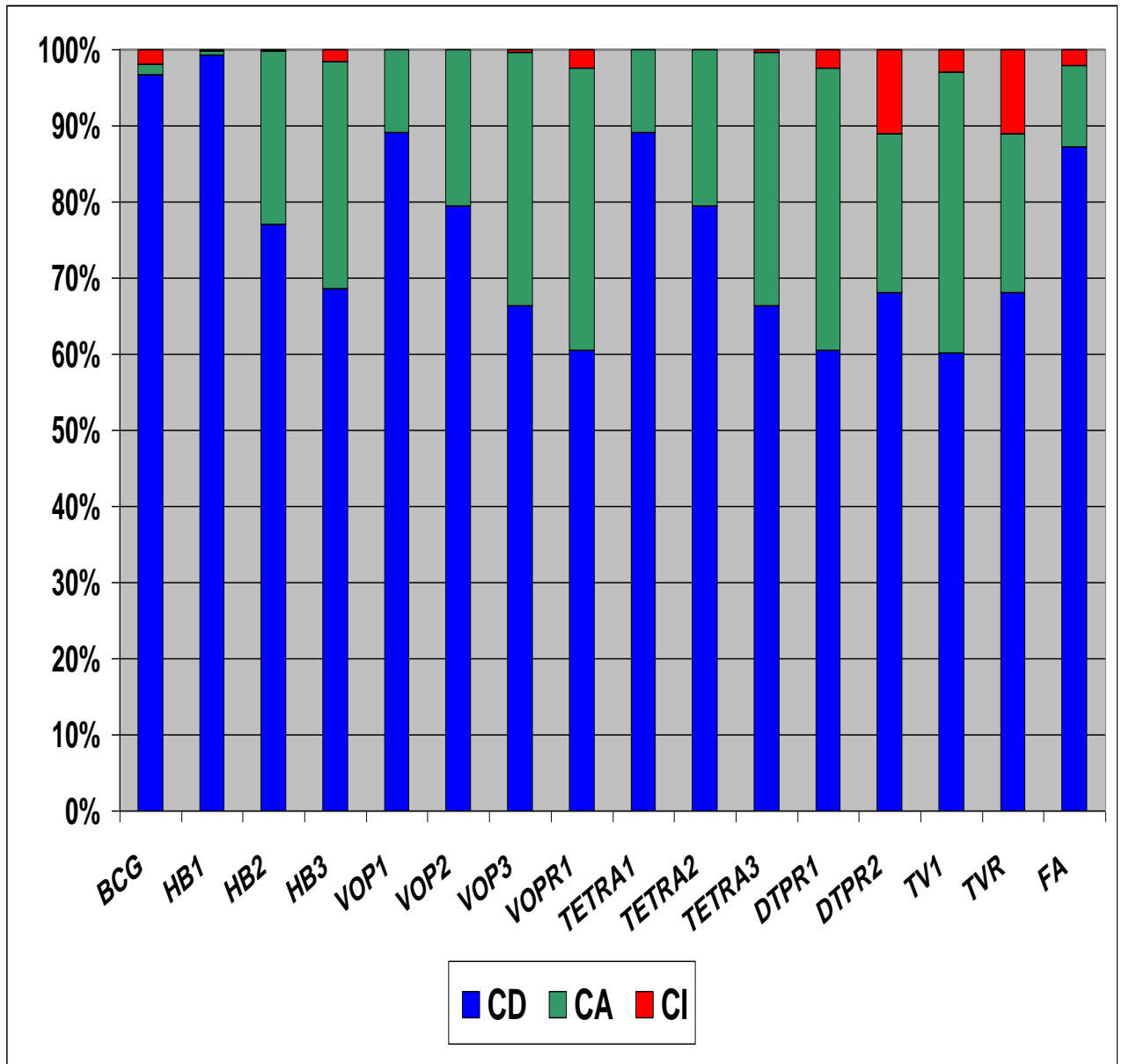
A primeira dose de TV e o 1º Reforço da VOP e DTP apresentam maior atraso vacinal (37,6%), sendo que estas deveriam ser aplicadas com 12 e 15 meses de vida na criança, respectivamente.

O menor percentual de não aplicações das vacinas está na BCG de 1,9%, a 3ª dose de Hepatite B com 1,7% e Febre Amarela de 1,1%. Cabe observar que vacinas aplicadas nos seis primeiros meses de vida (VOP 1, 2 e 3; Tetra 1, 2 e 3; HB 1 e 2.) apresentam a ausência de vacinação igual ou próximo a zero.

Na figura observa-se que as vacinas com maior percentual de crianças que receberam a dose em dias, ou seja, na data preconizada pelo Calendário de Vacinação do Ministério da Saúde foram a BCG, HB1, VOP1, TETRA1 (DTP e Hib) e FA, apresentando uma média percentual na aplicação de aproximadamente 95%.

Chama a atenção, que o percentual das vacinas de segunda e terceira doses sofre um decréscimo no período de aplicação preconizado. As vacinas HB2, VOP2 e TETRA2

apresentam uma média percentual na aplicação de 70% e, as vacinas HB3, VOP3 e TETRA3 apresentam uma média percentual de 65%, aproximadamente.



Fonte: Carteira de Vacinação

Carteira em Dia (CD): Todas as vacinas em dia.

Carteira em Atraso (CA): carteira em dia, porém com alguma vacina em atraso.

Carteira Incompleta (CI): carteira sem registro de alguma vacina em atraso.

Gráfico 1 – Distribuição percentual das 176 crianças estudadas, segundo a situação vacinal, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

O PNI estabelece como prioridade a administração de quatro vacinas no primeiro ano de vida: vacina contra poliomielite, contra difteria, tétano e coqueluche, contra sarampo, rubéola e caxumba e contra tuberculose. Ainda são incluídas as vacinas contra hepatite B e febre amarela (FARIAS et al, 1999).

Quirino (1998) relata que a maioria dos funcionários das unidades de saúde não aplicava a vacina do BCG por não ter recebido treinamento específico para sua administração, conforme normas específicas.

Os índices de cobertura vacinal observados neste estudo foram, de maneira geral, a meta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), de vacinar 80% das crianças menores de um ano. Esses índices pioram se considerados for à meta operacional básica preconizada pela FUNASA de vacinar 100% dos menores de um ano de vida.

A distribuição das crianças, de acordo com a situação vacinal na carteira de vacinação e a faixa etária da criança, está apresentada na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição percentual das 176 crianças estudadas segundo a Situação Vacinal – Carteira de Vacinação por a Faixa Etária, Dom Pedro – MA, 2007.

Idade/anos	Situação Vacinal		
	CD %	CA %	CI %
< 1	94	6	0
1 a < 2	75	14	11
≥ 2	78	14	8
TOTAL	100%		

Carteira em Dia (CD): Todas as vacinas em dia.

Carteira em Atraso (CA): carteira em dia, porém com alguma vacina em atraso.

Carteira Incompleta (CI): carteira sem registro de alguma vacina em atraso.

Em todas as faixas etárias há um predomínio da situação vacinal em que as crianças são vacinadas em dia (94%, 75% e 78%). Nas faixas etárias que vão de 1 ano a maiores de dois a situação das crianças com carteira em atraso são equivalentes (14%). Nas idades de 1 ano a menor de 2 predominam as situações das crianças com carteiras incompletas (11%).

Silva et al. (1999), em estudo realizado na região Nordeste, também refere que a situação vacinal em dia é encontrada em maiores proporções. O mesmo foi observado por pesquisa realizada por Laudari (1982), em São Paulo, na qual a autora constatou que 96% das crianças completaram o esquema básico até os cinco anos.

5.2. Características da Vacinação

5.2.1 Características do processo de vacinação

A distribuição das crianças em estudo, de acordo com o responsável pela ida da criança ao local de vacinação é apresentada no gráfico 2.

Verifica-se que em 79% dos casos, o responsável pela vacinação da criança é a mãe, conforme esperado dentro dos padrões vigentes de organização da família brasileira.

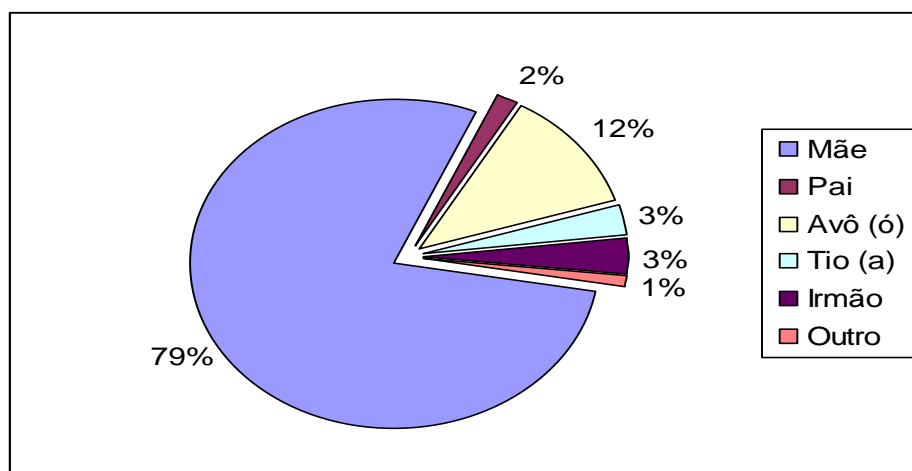


Gráfico 2 – Distribuição percentual das 176 crianças incluídas no estudo, de acordo com o cuidador da vacinação, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

Morina et al. (1999) descrevem que predominantemente (90,9%) as mães levam as crianças para vacinar, confirmando os dados aqui encontrados.

A tabela 4 apresenta a distribuição dos responsáveis entrevistados, de acordo com a dificuldade para vacinar a criança.

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual dos 68 entrevistados, segundo a dificuldade para vacinar a criança, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

Dificuldade de Vacinar	Nº.	%
Não	50	74
Sim	18	26
Total	68	100

Nota-se que 74% das pessoas não relatam nenhuma dificuldade para vacinar as crianças.

O Ministério da Saúde (2007) refere que o desempenho de um programa de imunização eficiente e eficaz pressupõe a organização dos serviços de saúde, a seleção da estratégia de vacinação apropriada e o envolvimento da comunidade nessa atividade.

A tabela 5 apresenta a distribuição dos entrevistados de acordo com a ida da criança a UBS e não realização da vacinação.

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual dos 68 entrevistados, segundo relato de busca do serviço para vacinação sem efetivação da mesma, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

Não Vacinação	Nº.	%
Não	47	69
Sim	13	19
Não lembra	8	12
Total	68	100

Verifica-se que 69% dos entrevistados foram a UBS e receberam a vacina no mesmo dia e, apenas 19% não foram vacinadas.

Martins (2006) refere que causas da não vacinação são múltiplas, e que cada causa tem seu peso diferente, conforme cada lugar.

Rey *apud* por Martins (2006) coloca em destaque aspectos importantes da omissão dos profissionais de saúde frente às imunizações. Exemplifica citando que 58% de oportunidades de vacinação são perdidas em crianças que apresentam alguma doença, na maioria das vezes febre e gripe.

A distribuição dos responsáveis pela criança, segundo ida da criança a UBS e o motivo da não realização da vacina está apresentada na tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual dos 68 responsáveis entrevistados, segundo motivos alegados para a não vacinação, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

Motivos da não Vacinação	Nº.	%
Ausência de vacina na UBS	31	46
Doença da criança	15	22
Ausência de Funcionário	10	15
Horário de funcionamento	9	13
Não souberam informar	3	4
Total	68	100

Verifica-se que 46% dos entrevistados apontaram como causa da não vacinação a ausência da vacina na UBS, 22% por doença nas crianças, 15% pela ausência do funcionário responsável pela vacina no momento da vacinação, 13% pelo horário de funcionamento inadequado da UBS e 4% não souberam informar.

Quirino (1998) refere que quando fatos assim acontecem supõe-se que o enfermeiro não esteja fazendo a supervisão adequada no setor de imunização.

A tabela 7 mostra a distribuição dos responsáveis pelas crianças de acordo com o conhecimento do informante sobre a carteira de vacinação em dia.

Tabela7 – Distribuição numérica e percentual dos 68 responsáveis pelas crianças segundo o conhecimento sobre a carteira de vacinação em dia, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

Conhecimento do informante sobre a carteira em dia	Nº.	%
SIM	51	75
NÃO	9	13
NÃO SABE	7	12
TOTAL	68	100

Observa-se que 75% dos entrevistados referiram que a criança apresenta carteira de vacinação em dia.

Segundo Martins (2006) as mães precisam ser orientadas sobre a importância das imunizações dos filhos desde o nascimento, sendo ressaltado sempre pelo profissional da saúde os cuidados a serem tomados após a vacinação.

A tabela 8 apresenta a distribuição dos responsáveis entrevistados de acordo com o recebimento de orientações, na sala de vacina, sobre: qual vacina foi aplicada; possíveis reações vacinais que podem ocorrer; quando será aplicada a próxima vacina.

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual dos 68 entrevistados, segundo o recebimento ou não de orientações na sala de vacina, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

Foi orientado sobre qual vacina foi aplicada		
	Nº.	%
Sim	52	76
Não	10	15
Não lembra	6	9
TOTAL	68	100
Quais reações podem ocorrer		
	Nº.	%
Sim	58	85
Não	8	12
Não lembra	2	3
TOTAL	68	100
Retorno da próxima vacina		
	Nº.	%
Sim	49	72
Não	12	18
Não lembra	7	10
TOTAL	68	100

Verifica-se que apenas 76% receberam orientações sobre qual vacina foi realizada em todas as oportunidades de vacinação; 85% foram informadas sobre quais reações podem ocorrer e 72% foram informados sobre o próximo agendamento de vacina.

A tabela mostra que 30% das pessoas entrevistadas referem que não foram orientadas sobre a vacina aplicada, suas possíveis reações e retorno a próxima vacina. Embora uma parte desse elevado número de pessoas possa ser atribuída ao próprio acompanhante da criança (distração ou esquecimento), denota que o processo de comunicação entre o serviço e a população apresenta falhas.

Deve-se destacar que tais informações deveriam ser de pleno conhecimento do acompanhante da criança em todos os casos, seja do ponto de vista técnico, ético e legal. De acordo com a portaria do Ministério da Saúde de 1993 (nº 1286 de 26/10/93- art. 8º e nº 74 04/05/94), “o paciente tem direito a informações clara, simples e compreensíveis, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnósticas e terapêuticas e o que pode decorrer delas”.

Segundo Gatti (2001), as práticas de imunização exigem uma participação direta do enfermeiro, além da necessidade de sua permanência na sala de vacinação para observar e sanar problemas e dificuldades na medida em que ocorrem, envolvendo tanto os funcionários da sala quanto a clientela.

Antigamente eram tantas as doenças imunopreveníveis que matavam, ou deixavam seqüelas, que não se sabia quando haveria reação à vacina. O importante era evitar que a criança adoecesse. Hoje, como há o controle dessas doenças, as reações se tornam mais evidentes, foi verificado a importância do conhecimento da técnica correta de aplicação de cada produto e da segurança do vacinador em orientar mãe sobre como proceder em caso de reação à vacina (BRASIL, 2003).

No gráfico 3 apresenta-se a distribuição dos 68 responsáveis pelas crianças, de acordo com a preferência quanto ao local de vacinação.

Verifica-se que 44% dos responsáveis preferem vacinar as crianças no Posto de Saúde da Sede Municipal; 37% preferem vacinar no mesmo local de consulta; preferem vacinar no; 19% preferem variar o local de vacinação por questões de adaptações.

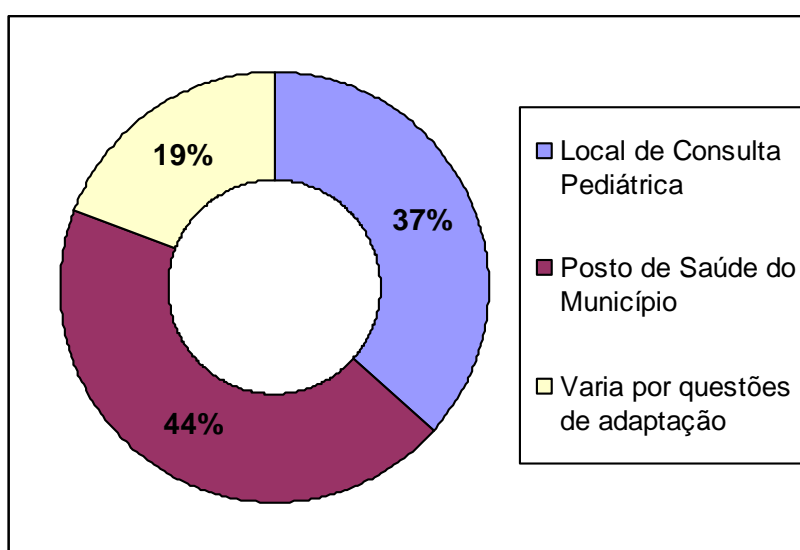


Gráfico 3 – Distribuição percentual dos 68 responsáveis pelas crianças incluídas no estudo, segundo opção pelo local de vacinação, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

A distribuição dos responsáveis pelas crianças, de acordo com a assiduidade da criança em campanhas de vacinação, está apresentada na tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual dos 68 entrevistados, segundo assiduidade em campanhas de vacinação, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

<i>Leva em campanhas</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Sempre	64	94
Às vezes	4	6
TOTAL	68	100

Observa-se que 94% dos informantes referem que a criança sempre é levada às campanhas de vacinação.

Entende-se que a cobertura vacinal é um indicador de saúde relevante, pois o PNI vem buscando através dos serviços de saúde permanentes e das Campanhas Nacionais de Vacinação, atingir seu objetivo que é de vacinar 100% das crianças de 0 a 5 anos, para o controle de algumas doenças imunopreveníveis e a erradicação de outras, no território nacional (FARIA et al, 1999).

A tabela 10 apresenta a distribuição dos responsáveis pelas crianças de acordo com a origem do conhecimento do informante sobre a campanha de vacinação

Tabela 10 – Distribuição numérica e percentual 68 entrevistados, segundo fonte de informação a respeito de campanhas de vacinação, UBS de Dom Pedro – MA, 2007.

<i>Como fica sabendo das campanhas</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
ACS	40	59
Rádio ou televisão	16	23
Escola	6	9
Outros	6	9
TOTAL	68	100

Verifica-se que a maioria (59%) obtém as informações por meio do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Os ACS atuam no apoio aos indivíduos e coletivos sociais, identificando as situações mais comuns de riscos em saúde, participando da orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir da concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com indivíduos, grupos e coletividades sociais (BRASIL, 2003).

6 CONCLUSÃO

Diante da pesquisa exposta conclui-se que:

a) A prevalência dos responsáveis pela criança é maior para o sexo feminino, sendo a idade prevalente de 30 anos ou mais. Pode-se observar que a maioria possui dois ou três filhos, com amplitude de 1 a 6.

b) Verificou-se que na maioria dos casos o pai é a pessoa de referência na família, possui ocupação remunerada e é alfabetizado.

c) A prevalência das crianças incluídas no estudo do sexo masculino foi de maior que no sexo feminino com as idades entre 0 e 5 anos. Houve uma distribuição homogênea nas diferentes faixas etárias, sendo os índices de prevalência menor e maior, respectivamente, para menores de 1 ano e para crianças de 3 anos.

d) Em relação à Situação Vacinal observou-se um atraso vacinal na primeira dose, porém com aumento progressivo nas doses subsequentes.

e) Verificou-se que na maioria dos casos, o responsável pela ida da criança ao local de vacinação é a mãe, não apresentando nenhuma dificuldade de realização da mesma e nem apresentando oportunidades perdidas de vacinação. Verificou-se ainda que, na maioria dos casos o responsável pela criança foi orientado quanto à vacina aplicada, possíveis reações e retorno da próxima vacina.

f) Observou-se que na maioria dos casos o responsável pela vacinação da criança prefere vacinar no Posto de Saúde do município e que desses responsáveis sempre levam as crianças para vacinar em campanhas e são informadas das mesmas através dos ACS.

Enfim, este estudo demonstrou que, apesar dos bons índices de cobertura vacinal, mesmo em populações de baixo poder aquisitivo, ainda há muito a se fazer. Embora as

coberturas sejam satisfatórias, observou-se que a pesquisa não deixou de apresentar crianças com pelo menos uma dose de vacina com atraso.

Observou-se que, mesmo as estratégias de atenção primária à saúde tenham contribuído decisivamente ao sucesso dos programas de imunização, os profissionais das unidades de saúde precisam aprimorar seus conhecimentos técnicos e administrativos a fim de garantir a plenitude da cobertura vacinal.

REFERÊNCIAS

AMATO NETO, V.; BALDY, J.L.S. **Doenças Transmissíveis**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Procedimento para Vacinação**. 4 ed. Brasília: Brasil, 2001.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Ministério da Educação e Cultura. **Ações Integradas de Saúde**. Brasília: 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Imunizações – 20 anos**. Brasília: UNICEF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde. Brasil, 2003**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/profissional>>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados sobre doenças infantis. Brasil, 2004**. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/science.html>>. Acesso em: 17 de ago. de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação de Imunizações e Auto-Suficiência de Imunobiológicos. Programa Nacional de Imunizações. **Manual de normas de vacinação**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DSP/FMB/UNESP. **Proposta de inquérito de cobertura vacinal para o município de Botucatu em 1998**. Botucatu: Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Unesp, Disciplina Epidemiologia, 1998, Apostila.

FARIA, R.M.; ANDRAUS, L.M.S.; ROSSO, C.F.W.; BARBOSA, M.A. - **Situação vacinal das crianças do Estado de Goiás**. *Revista Eletrônica de Enfermagem (online)*, Goiânia, v.1, n.1, out-dez. 1999. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em 12 de fevereiro de 2008

FRANCO, L.H.R.O. **Avaliação de exequibilidade das atribuições do enfermeiro de saúde pública, a nível local, na Secretaria de Estado de São Paulo**. 2002. 97f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GATTI, M.A.N. **Concepções sobre Vacinas e Condições de Vida: Estudos das Famílias de Crianças Faltosas à Vacinação – Bauru, 2000**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

GONÇALVES, M.L. et al. A Municipalização da Vacinação em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.12, p.79-87, 2000.

GUSHIKEN, C.T.; CHAGAS, L.G.C. Imunização. In: CURSINO, M.R. et al. **Assistência de enfermagem em Pediatria**. São Paulo: Sarvier, 2002.

IYDA, M. **Cem anos de Saúde Pública: a cidadania negada**. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.

MARTINS, R. M. **Oportunidades perdidas de imunização**. *Jornal de Pediatria*. Vol. 72, nº. 1, Jan/Fev. 2006.

MASCARETTI, L.A.S. et al. Situação de Imunização de Escolares em uma área Urbana de São Paulo – Centro de Saúde Escola “Professor Samuel B. Pessoa” – Faculdade de Medicina da USP. **Rev. Pediatr.**, v. 18, n. 4, p. 175-9, 2001.

MENDES, N.F. Mecanismos Imunes de Defesa. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

MORINA, A.S. et al. Avaliação da cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 29, n. 3, p. 208-14, 2005.

MORAES, N. Vacinas. **Ciência Hoje**, v.1, n. 3, p. 68-69, 1999.

QUIRINO, M.D. **Vacinação da criança durante o primeiro ano de vida**: conhecimento das mães e ações educativas desenvolvidas pelos funcionários das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo. 1998. 141f. Dissertação (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

SANTOS, A.R. Imunização. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e saúde**, 4^a ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

SILVA, A.A.M. et al. Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro, 1994. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 147-56, 1999.

SOBRAL, S. Atuação da enfermeira em campanha de vacinação contra paralisia infantil e sarampo. **Rev. Brás. Enferm.**, v. 32, n. 4, p. 449-65, 2002.

VILLA, T.C.S. **A enfermeira nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo (1967-1983)**. 2003. 178f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

APÊNDICES

APÊNDICE I: QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

1 Quem é a pessoa de referência da família da criança?.....

Idade..... Escolaridade.....

2 Situação de emprego: () ocupado () desempregado () aposentado

Ocupação:.....

3 Nº. de Filhos.....

4 Iniciais da criança.....

5 Sexo: () F () M Idade.....

6 CARTÃO – SOMBRA

VACINAS	1ª DOSE	2ª DOSE	3ª DOSE	REFORÇO	2º REFORÇO
BCG					
HEP. B					
VOP					
TETRA					
DTP					
TRÍPLICE VIRAL					
FEB. AMARELA					

7 Quem cuida da vacinação da criança? (na rotina):.....

8 Tem dificuldade de levar a criança para vacinar? () sim () não

Qual?.....

9 Algum dia levou a criança para vacinar e não conseguiu? () sim () não

Por quê?.....

10 Sabe se a criança está com a vacina em dia? () sim () não () não sabe

11 quando a criança tomou vacina foi orientada sobre:

a) contra qual doença protege a vacina? () sim () não () não lembra

b) quais reações à vacina pode dar? () sim () não () não lembra

c) quando deveria dar a próxima vacina? () sim () não () não lembra

12 Consulta a criança no mesmo local onde toma as vacina? () sim () não () às vezes

13 Leva a criança nas campanhas de vacinação? () sempre () nunca () às vezes

14 Como fica sabendo das campanhas de vacinação?.....

APÊNDICE II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

LABORO: Excelência em Pós-graduação
Universidade Estácio de Sá
Curso de Especialização em Saúde da Família

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Mônica Elinor Alves Gama E-mail: mgama@elo.com.br
 End.: Rua das Acácias Qd -39 C-7 Renascença-I CEP: 65.035-010; Fone: 3235-1557.
 Pesquisadores: Daniela dos Santos Trindade, Ulisses Santos Lima e Valéria Moraes de Oliveira.

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – UFMA: Sanatiel de Jesus Pereira
 End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, Campus do Bacanga S/N; Fone:

SITUAÇÃO VACINAL DAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE DOM PEDRO – MA.

Prezado (a) Sr.(a), estamos realizando uma pesquisa sobre as características vacinais das crianças de 0 a 5 anos em unidade básica de saúde de Dom Pedro – MA. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para o (a) Sr.(a) (sobre seu (ou sua) filho(a)) que ajudarão a conhecer melhor a situação vacinal das crianças atendidas nessa Unidade e permitirão que se possa planejar ações específicas, voltadas para a realidade dessa comunidade.

A sua participação (ou A participação da criança) não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se o (a) Sr.(a) quiser se retirar (ou retirar a criança) da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. O (a) Senhor (a) poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Agradecemos muito a sua colaboração.

Eu, _____, concordo em participar (ou autorizo a participação do menor _____), na pesquisa acima mencionada. Fui esclarecido (a) e entendi as explicações que me foram dadas; darei informações sobre as condições de vida, moradia e de saúde. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal (ou do (a) meu filho (a)). Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Dom Pedro, 15 de janeiro de 2008.

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Assinatura do participante
ou Responsável