

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

**ALZIRA CRISTINA LULA REIS
BURT LANCASTER ALMEIDA DOURADO
TATIELE SANTOS SILVA**

**COBERTURA VACINAL CONTRA A GRIPE EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO
LUIS-MARANHÃO DE 2000 A 2006**

São Luis
2008

**ALZIRA CRISTINA LULA REIS
BURT LANCASTER ALMEIDA DOURADO
TATIELE SANTOS SILVA**

**COBERTURA VACINAL CONTRA A GRIPE EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO
LUIS-MARANHÃO DE 2000 A 2006**

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.

Orientadora: Profª Drª Mônica Gama.

São Luís
2008

ALZIRA CRISTINA LULA REIS
BURT LANCASTER ALMEIDA DOURADO
TATIELE SANTOS SILVA

**COBERTURA VACINAL CONTRA A GRIPE EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO
LUIS-MARANHÃO DE 2000 A 2006**

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
Universidade de São Paulo - USP

Prof^a Rosemary Ribeiro Lindholm (Examinadora)
Mestra em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo - USP

Aos nossos familiares, pelo
acompanhamento no êxito da nossa vida.

AGRADECIMENTOS

Ao nosso próprio favor e mérito, por mais um momento de conquista, tão esperada.

Aos nossos amigos, com quem rimos e aprendemos que na vida nem tudo é trabalho, mas, com certeza, é dedicação.

A todos os professores que fazem o Curso de Especialização em Saúde da Família da Laboro.

À Laboro-Excelência em Pós-graduação pela constante presença.

À professora Mônica, pela orientação e contribuição que enriqueceram este trabalho.

À professora Gisele, pelo seu apoio.

À professora Rosemary, pela sua delicadeza ímpar na revisão final deste trabalho.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Cobertura vacinal contra a gripe em idosos do município de São Luís-Maranhão de 2000 a 2006. Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo e de campo, com variáveis quantitativas. A pesquisa foi realizada com base em dados fornecidos pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), da Secretária Municipal de Saúde de São Luís (SEMUS). Foram objetivos dessa pesquisa: estudar a cobertura vacinal contra influenza na população de idosos de São Luís-MA, no período de 2000 a 2006 para identificar o número de doses aplicadas; observar a evolução da cobertura nos anos de 2000 a 2006, descrever a cobertura da vacina por faixa etária dos idosos e, por fim, verificar o cumprimento das metas estabelecidas no período descrito. Os resultados possibilitaram observar que: a) quanto à cobertura vacinal: no ano de 2001, foram vacinados 14.879 idosos com idade entre 60 a 64 anos e 31.178 acima dos 65 anos; quanto ao número de doses: foi de 45.313, em 2000; 46.007, em 2001; 41.130, em 2002; 53.353, em 2003; 56.956, em 2004; 55.560, em 2005 e 56.956, em 2006. c) Acerca da evolução da cobertura por faixa etária dos idosos: os resultados apontaram 14.879 idosos com idade entre 60 a 64 anos e 31.178 acima dos 65 anos, alcançando 99,89% (46.007) dos idosos. d) Acerca do cumprimento das metas estipuladas pelo Ministério da Saúde, os resultados apontaram: uma queda no ano de 2002, em relação aos anos anteriores, atingindo apenas 79,72% (41.130) de cobertura, para uma meta inicial de 51.592 idosos; o ano de 2004 foi marcado por um resultado satisfatório, em que se observou um percentual de 106,41% (56.956) enquanto o que foi proposto pelo governo era de 53.524 idosos a serem vacinados; nos anos de 2005 a 2006, constatou-se uma queda na cobertura de vacinação traçada pelo governo que foi, respectivamente, de 55.822 idosos, alcançando os percentuais de 99,73% (55.560), 92,53% (52.575).

Palavras-chaves: Cobertura vacinal. Gripe. Terceira idade.

SUMMARY

Vaccine covering against the grippe in aged of the city of Is Luis-Maranhão of 2000 the 2006. One is about a descriptive, prospective study and of field, with quantitative 0 variable. The research was carried through on the basis of given supplied for the National Program of Immunization (PNI), of the Municipal Secretary of Health of São Luís (SEMUS). They had been objective of this research: to study the vaccine covering against influenza in the population of aged of They are Luis-HARM, in the period of 2000 the 2006 to identify the number of applied doses; to observe the evolution of the covering in the years of 2000 the 2006, to describe the covering of the vaccine for etária band of aged the e, finally, to verify the fulfillment of the goals established in the described period. The results make possible to observe that: how much to the vaccine covering: in the year of 2001, aged ones with age had been vaccinates 14,879 enter 60 64 years and 31,178 above of the 65 years; how much to the number of doses: it was of 45.313, in 2000; 46.007, in 2001; 41.130, in 2002; 53.353, in 2003; 56.956, in 2004; 55.560, in 2005 and 56.956, 2006. c) Concerning the evolution of the covering for etária band of the aged ones: the results had pointed 14,879 aged ones with age enter 60 64 years and 31.178 above of 65 years, reaching 99.89% (46.007) of the aged ones. d) Concerning the fulfillment of the goals stipulated for the Health department, the results had pointed: a fall in the year of 2002 was verified, in relation to the previous years, reaching only 79.72% (41.130) of covering, for an initial goal of 51.592 aged ones; the year of 2004 was marked by a satisfactory result, where if it observed a percentage of 106,41% (56.956) while what it was considered by the government it was of 53.524 aged ones to be vaccinates; in the years of 2005 the 2006, a fall in the covering of vaccination traced for the government was evidenced that had been of 55.822 aged ones, reaching the percentages of 99,73% (55.560), 92.53% (52.575).

Word-keys: Vaccine covering. Grippe. Third age.

LISTA DE SIGLAS

CEME	- Central de Medicamentos
CRIE	- Centros de Referências de Imunobiológicos Especiais
CMI	- Complexo Médico Industrial
CGPNI	- Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DNEES	- Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde
FNS	- Fundação Nacional de Saúde
FSESP	- Fundação de Serviços de Saúde Pública
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PAI	- Programa Ampliado de Imunização
PNI	- Programa Nacional de Imunizações
SVE/FLU	- Sistema de Vigilância Epidemiológica da Influenza
SEMUS	- Secretaria Municipal de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	O Programa Nacional de Imunizações (PNI)	11
1.2	Vacinação e o idoso	16
1.3	Cobertura vacinal no Brasil	20
1.4	A doença: influenza (gripe)	21
1.5	O vírus influenza	21
1.6	Vacina	22
1.7	Composição e apresentação da vacina	23
2	JUSTIFICATIVA	24
3	OBJETIVOS	25
3.1	Objetivos geral	25
3.2	Objetivos Específicos	25
4	METODOLOGIA	26
4.1	Caracterização do estudo	26
4.2	Característica da área de estudo	26
4.3	Fonte de dados	26
4.4	Variáveis	27
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
6	CONCLUSÃO	33
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS	35
	APÊNDICE	36

1 INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde são essenciais quatro tipos de enfoque: a proteção da saúde, os diagnósticos e tratamento precoce e a reabilitação de eventuais seqüelas. Para o desenvolvimento de um país e de um povo no setor da saúde é importante que um dos instrumentos de políticas de saúde pública seja a vacinação, que consiste na prevenção e/ ou erradicação de inúmeras doenças, melhorando assim o nível e a qualidade de vida.

A vida estimula o corpo a se defender contra os organismos (vírus e bactérias) que provocam doenças. As primeiras vacinas foram descobertas há mais de duzentos anos, onde a primeira experiência em imunização foi realizada pelo médico Edward Jenner que foi reconhecido pela comunidade científica como pioneiro na implantação da vacina (FERNANDES,1999).

Segundo Fernandes (1999, p.1) a descoberta se deu:

A partir da pústula desenvolvida na vaca, Jenner obteve um produto que passou a denominar vacina ('da vaca') que, ao ser inoculado no homem, fazia surgir, no local das inoculações, erupções semelhantes à varíola. Dessas erupções era retirada a "linfa" ou "pus variólico", utilizado para novas inoculações. Formava-se assim uma cadeia de imunizador, funcionando o *cow-pox* da vaca como um primeiro agente imunizador, e o homem como produtor e difusor da vacina. Essa vacina ficou conhecida como "vacina jenneriana" ou "**humanizada**".

Muito antes dessa prática por Jenner, os chineses já tinham criado seu método de imunização que recebeu o nome de valorização. Eles trituravam as cascas das feridas produzidas pela varíola, onde o vírus estava presente, porém morto, e sopravam o pó através de um cano de bambu nas narinas das crianças. O sistema imunológico das mesmas uma reação para o vírus morto e, quando expostas ao vírus vivo, o organismo já sabia como reagir, livrando-a da doença (FERNANDES, 1999).

A variolação também ficou conhecida entre diversos povos da África e da Ásia, como egípcios, persas, indiano, georgianos, árabes. Na Turquia, no início do séc. XVIII, duas inoculadoras de origem grega ficaram famosas, - uma delas, a Tessaliana, chegou a imunizar cerca de 40 mil pessoas (FERNANDES, 1999).

A diferença entre a variolação e a vacina de Jenner é que a primeira tentava implantar a forma benigna da varíola, e a segunda buscava evitar a varíola

através do acometimento de doença não letal. A varíola foi a primeira doença infecciosa extinta da face da terra pela vacinação preventiva. (FERNANDES, 1999).

O adjetivo latino *vaccina* (de vaca) foi substantivado e adaptado a todos os idiomas de cultura: inglês, *vaccine*; francês, *vaccin*; alemão, *vakxine*; espanhol, *vacuna*; italiano, *vaccino*; português, *vacina*. Por analogia, passou a designar todo inoculo dotado de ação antigênica, independente de sua origem. (REZENDE, 2000)

A incorporação das vacinas como práticas de assistência à saúde vem ocorrendo desde o século XIX. No início, as vacinas foram introduzidas de forma restrita, só para as forças armadas e, posteriormente, a determinadas camadas da população; depois, passou a ser aplicada em caráter compulsório, sendo este método crítico em todas as partes do mundo, inclusive no Brasil (EDWARDES, 1902: SEVCENKO, 1993 apud GATTÁS, 1996).

A introdução das vacinas nos diversos países se deu de forma desordenada ou por meio de campanhas de vacinação em massa, não permitindo que o problema de muitas doenças fosse solucionado, pois nenhuma destas estratégias conseguiu atingir, de forma homogênea, todas as partes do mundo, nem mesmo a população alvo a que se destinava em cada país (GATTÁS, 1996).

A idéia de se trabalhar a saúde pública de uma forma integrada com o objetivo de reduzir a incidência de doenças previsíveis por imunização, começou a ser pensada em 1959, quando o Congresso sobre Saúde Mundial concluiu que a varíola podia ser erradicada; desde então, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a empregar mais recursos para o Programa de erradicação da varíola (HENDERSON, 1987 apud GATTÁS, 1996).

Com a importância dos programas de vacinação sistemática em todos os países, a OMS aprovou na 27ª Assembléia Mundial de Saúde uma resolução que estabelecia, de forma permanente, um programa de imunização, o Programa Ampliado de Imunização (PAI), como parte integrante dos serviços de Atenção Primária de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979). Este Programa foi definido como: “uma ação conjunta das nações do mundo, da OMS e da OPAS. As doenças alvo desse Programa para prevenir são: sarampo, coqueluche, poliomielite, tuberculose, tétano e difteria” (OPAS, 1980 apud WHO, 1977 n. p.).

O PAI foi formalizado na 30ª Assembléia Mundial de Saúde de 1977 e na resolução foi destacada a importância de “*assegurar a vacinação de todas as crianças até 1990*” como uma das etapas fundamentais para alcançar a meta

estabelecida pela OMS de “*Saúde para todos no ano 2000*” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979).

Segundo documento da OPAS/OMS (1980), foram estabelecidos três objetivos para serem cumpridos pelo PAI em longo prazo:

- a) reduzir a morbidade e mortalidade das principais doenças infecciosas da infância através da vacinação básica contra conqueluche, difteria, tétano, poliomielite, sarampo e tuberculose, para todas as crianças do mundo até 1990; e a vacinação de mulheres em idade fértil ou gestantes contra tétano, a fim de proteger os recém-nascidos contra o tétano neonatal;
- b) promover auto-suficiência, em nível nacional, na prestação de serviços de imunização como parte dos serviços de saúde abrangentes;
- c) “auto-suficiência em nível regional, na produção e controle de qualidade de vacinas”.

1.1 O Programa Nacional de Imunizações (PNI)

A história da política de imunização no Brasil tem como marco o ano de 1973, com o término da Campanha de Erradicação da Varíola, iniciada em 1962 e a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), que tinha como finalidade de coordenar ações que já tinham, porém sem normalização (TEMPORÃO, 2003).

No entanto, os estudos e esforços para a vacinação da população começaram antes de 1973 e não foram aceitos de imediato pela população, pois os benefícios da vacina não foram esclarecidos, faltaram as informações e a população em vez de sentir-se protegida, achou-se ameaçada, já que a vacinação, a princípio, foi um ato violento imposto. Ilustrando esta afirmativa, tem-se a Revolta da Vacina, ocorrida em 1904, no Rio de Janeiro. A esse respeito Schwarsz (1993, p. 229 - 230), diz que:

Não havia, nesse momento, espaço para instrução da população ou explicação das medidas. Tomadas em caráter emergencial, as campanhas eram impostas de forma abrupta [...]. A insurreição, conhecida como Revolta da Vacina, responde a essa lógica e contexto. O estopim que deflagrou o movimento foi a publicação, no dia 9 de novembro de 1904, do decreto que regulamentava a aplicação da vacina obrigatória contra a varíola – aprovado por decisão do próprio presidente da República, Rodrigues Alves: Nomeado diretor geral da Saúde Pública, Oswaldo Cruz, o grande mentor da campanha [...]. Denominada popularmente como a “ditadura sanitária”, a vacinação obrigatória provocou nas ruas da cidade do Rio de Janeiro forte reação popular, que foi prontamente debelada pelas forças policiais do governo.

Em 1904, a cidade, assolada por uma epidemia de varíola, mandou ao Congresso uma lei que reiterava a obrigatoriedade da vacinação, já instituída em 1837, mas que nunca tinha sido cumprida. Ciente da resistência da opinião pública, Oswaldo Cruz montou uma campanha em moldes militares. Dividiu a cidade em distritos, criou uma polícia sanitária com poder para desinfetar casas, caçar ratos e matar mosquitos. (PORTO, 2003).

Com a imposição da vacinação obrigatória, as brigadas sanitárias entravam nas casas e vacinavam as pessoas à força. Isso causou uma repulsa pela maneira como foi feita. A maioria da população ainda desconhecia e temia os efeitos que a injeção desse líquido desconhecido poderia causar no seu corpo. Setores de oposição ao governo gritaram contra as medidas autoritárias. Quase toda a imprensa ficou contra Oswaldo Cruz. Porto (2003, p. 53) relata o ocorrido da seguinte forma:

A indignação levou ao motim popular, que explodiu em 11 de novembro de 1904, conhecido como a “Revolta da Vacina. Carroças e bondes foram tombados e incendiados, lojas saqueadas, postes de iluminação destruídos e apedrejados. Pelotões dispararam contra a multidão. Durante uma semana, as ruas do Rio viveram uma guerra civil. Segundo a polícia, o saldo negativo foi de 23 mortos e 67 feridos, tendo sido presas 945 pessoas das quais quase metade foi deportada para o Acre, onde foi submetida a trabalhos forçados.

Avaliando o evento e as circunstâncias em que a Revolta da Vacina ocorreu, percebe-se que a resistência e rejeição da população à vacina só se deu porque a mesma foi, apresentada de forma abrupta. A finalidade benéfica da vacina ocupou lugar na ignorância popular, pois o que a população via naquele momento eram os seus direitos individuais serem totalmente desrespeitados. Diante disto, faz-se necessário a reflexão de que não se pode ignorar as questões, pelas quais o ato

da vacinação perpassa – política, saúde, social e direitos. De acordo com as palavras de Ponte (2003, p. 2):

É preciso compreender que a vacinação é um objeto de difícil apreensão, constituindo-se, na realidade, em um fenômeno de grande complexidade onde se associam e se entrecrocavam crenças e concepções políticas, científicas e culturais as mais variadas. De fato, longe de ser um ato isolado, sujeito apenas aos parâmetros de aferição e decisão da medicina ou das ciências biomédicas, a vacinação é também, pelas múltiplas interações e onde concorrem representações antagônicas sobre o direito coletivo e o direito individual, sobre a ética e, principalmente, sobre a vida e a morte. Potencialmente polêmica, a vacina e seus usos contemplam ainda interesses geopolíticos e macroeconômicos, tendo sido ultimamente associada a conflitos entre nações e ao bioterrorismo. Objeto multifacetado e sujeito a inúmeras influências, a utilização social de vacinas requer para a compreensão de suas diversas implicações atenção sobre uma grande gama de fatores. Estão em jogo não só a vacina selecionada para estudo, mas também a conjuntura em que ela é empregada; as estratégias e os métodos de vacinação escolhidos; as faixas populacionais a serem atingidas e os meios e as formas de comunicação de massa, adotados.

A ocorrência da implantação obrigatória de vacinação e a confusão que esta provocou, no início do século XX, contudo, não impediu o desenvolvimento e as ações de vacinação da população, ao contrário, serviram para que fossem repensadas todas as estratégias para a execução do PNI, sem que este despertasse novamente contestação popular. Concordando com este pensamento, Ponte (2003, p. 2) revela que:

No Brasil, as estratégias de vacinação têm alcançado altos índices de eficiência e servido de parâmetro para iniciativas semelhantes em outros países. Exemplos como os das campanhas contra a varíola e a poliomielite, bem como a proximidade da erradicação de sarampo em nosso território, demonstram os bons resultados dos programas de cobertura vacinal coordenados pelo Ministério da Saúde.

Segundo Ponte (2003), o PNI foi criado com o objetivo de promover o controle do sarampo, da tuberculose, da difteria, do tétano, da coqueluche e da poliomielite e de manter erradicada a varíola no país.

Além desses objetivos acima, esse programa tinha ainda como objetivos primordiais:

Estender progressivamente, as vacinações às áreas rurais; ampliar e aperfeiçoar, em todo país, o sistema de vigilância epidemiológica para doenças incluídas em seu escopo de atenção; aprimorar o instrumental público de qualidade de antígenos para uso humano; implementar o aparato oficial de diagnóstico laboratório de enfermidades transmissíveis; e uniformizar as técnicas de administração da vacina” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973 apud PONTE, 2003, p. 3).

De acordo com Temporão (2003), as origens do PNI datam do ano 1970, que segundo ele foi uma:

Década de contrastes e de enfrentamento de múltiplos modelos e projetos no campo da saúde, foram determinantes na atual configuração do sistema de saúde brasileiro. Foi um tempo de introdução de propostas racionalizadoras, do planejamento como instrumento do desenvolvimento de políticas públicas, do surgimento de iniciativas que propugnavam a universalização dos cuidados em saúde e da estruturação de um novo campo de saber e práticas, o denominado movimento sanitário brasileiro. Vivia-se um período crítico no desenvolvimento das políticas de atenção à saúde e em período específico da estruturação do Complexo Médico Industrial (CMI) em nosso país.

A respeito do Complexo Médico Industrial (CMI), Cordeiro (1980) informa que o seu desenvolvimento se deu a partir da modernização dos aparelhos estatais de atenção à saúde onde, no Ministério da Saúde (MS) ocupavam espaço crescente os projetos de extensão de cobertura, com a utilização de tecnologia simplificada.

Quanto à elaboração do PNI, ele acrescenta que foi decisivo o papel da Central de Medicamentos (CEME), órgão responsável pela aquisição e suprimento de vacinas para o MS, o que exigia um planejamento integrado das necessidades nacionais de imunobiológicos. O CEME deu uma nova dimensão à questão dos imunobiológicos no país, nos aspectos de gerência, planejamento, suprimento e controle de qualidade.

Segundo as afirmativas de Temporão (2003), os primeiros anos da década de 1970 marcaram um conjunto de iniciativas para o controle de doenças evitáveis por imunização no Brasil, tendo como pano de fundo, em escala mundial, o programa de erradicação da varíola e a consolidação dos conceitos de vigilância epidemiológica difundidos pela OMS. Entre estas se destacam:

- a) A mobilização de grandes esforços no desenvolvimento de estratégias de vacinação em massa, desenvolvido pela CEV, incluindo: o apoio à produção e ao controle de qualidade da vacina antivariolítica; a introdução da aplicação de conceitos de vigilância epidemiológica; o estabelecimento de mecanismos de avaliação do programa; e a articulação de ações permanentes junto à FSESP e às Secretarias Estaduais de Saúde;
- b) O conjunto de iniciativas estratégicas desenvolvido pela DNEES, que implantou o Plano de controle de poliomielite, aperfeiçoou o apoio aos

governos estaduais, introduziu a vacinação contra sarampo e assegurou a disponibilidade de vacinas;

- c) A nova dimensão conferida pela CEME à questão dos imunobiológicos no país, nos aspectos de gerência, planejamento, suprimento e controle de qualidade, atuando decisivamente como instância de articulação das ações do próprio Ministério da Saúde relacionadas à vacinação (TEMPORÃO, 2003).

Como conseqüência dessas iniciativas, em 1975 foi promulgada a lei 6.259 regulamentada pelo Decreto 78.231, de 20 de agosto de 76, que dispunha sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, da notificação compulsória de doenças e da regulamentação do PNI. Esta lei tornava obrigatória a vacinação básica no primeiro ano de vida, sujeitando os pais infratores à suspensão do pagamento do salário-família (BENCHIMOL, 2001).

Toda população deveria ser vacinada, principalmente, as crianças. Em decorrência disso, desenvolveram-se campanhas e para aumentar o alcance destas, foi necessário o recrutamento de vacinadores voluntários, montar a rede de refrigeração para armazenar as vacinas, pôr em movimento os meios de transporte que as levariam a pontos estratégicos previamente equipados. Este movimento, criado inicialmente para controlar a epidemia de meningite meningocócica, que teve seu primeiro foco em São Paulo, em 1974, contribuiu para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica e de estratégias de vacinação em massa de doenças. (TEMPORÃO, 2003).

Outro marco para a ação da vacinação em massa foi a ocorrência, em 1979, de uma epidemia de poliomielite na fronteira entre o Paraná e Santa Catarina. O Ministro da Saúde convocou uma reunião para analisar a situação e acatou a proposta de criação de um dia nacional de vacinação. (Ibidem).

Esta idéia partiu do entendimento de que a possibilidade de se atingir e manter altas as coberturas, unicamente pela ação rotineira da rede básica de serviços, era insuficiente para chegar a tal objetivo. Por isso, adotaram-se várias estratégias, tais como:

- a) Aplicar a vacina oral trivalente no país inteiro em um único dia, em todas as crianças até quatro anos, independente de vacina anterior;
- b) Duas vacinações nacionais consecutivas, com ampla mobilização da opinião pública e de voluntários;

- c) Os dias de vacinação seriam em junho e agosto;
- d) O sábado seria o dia de vacinação para facilitar a adesão de voluntários, a movimentação de pessoas e o transporte de materiais. (BENCHIMOL, 2001).

Após o sucesso do primeiro dia de vacinação, ocorrido em junho de 1980, essas estratégias foram definitivamente incorporadas ao conjunto de instrumentos de intervenção sanitária, não só nas áreas onde havia as epidemias, mas em todo o território nacional e em todas as campanhas de vacinação contra vários tipos de doenças. Como resultado destas campanhas, houve uma drástica redução na incidência dessas doenças.

Assim, diante do exposto e de acordo com Soperj (2001 apud TEMPORÃO, 2003), o PNI assumiu grande importância para a saúde pública no país. Têm-se um dos melhores programas de imunização do mundo, o qual pode ser considerado um dos programas de melhores resultados, sendo a cobertura vacinal muito boa, traduzindo, portanto, um trabalho de grande qualidade, considerando-se a extensão territorial do país, além do tamanho e as condições da população.

1.2 Vacinação e o idoso

Até o início do século XX, a média de duração de vida da população nos países desenvolvidos, mal chegava aos 40 anos, porém com o desenvolvimento da medicina, da farmacologia, de ações de conscientização quanto ao saneamento básico, exigência de alimentos com maior qualidade, investimento na fabricação de vacinas, entre outros progressos da ciência, fez com que aquela realidade mudasse radicalmente e a expectativa de vida fosse elevada.

De acordo com Varela (2006), o Brasil é um dos dez países do mundo com maior número de pessoas acima de 60 anos e segundo a OMS até 2008, esse país será o sexto país do mundo com a maior população de idosos. Contudo, este evento traz consigo alguns problemas, como por exemplo, o desenvolvimento de doenças devido ao enfraquecimento natural que o passar dos anos traz. Por causa disto tem-se a necessidade da elaboração de políticas específicas que garantam um envelhecer saudável.

Como dito, com o aumento na proporção de idosos na população brasileira, cresce o número de indivíduos em situação de risco para doenças crônicas e incapacidades. Cerca de 80% desses idosos no país apresentam alguma doença crônica. A influenza e a pneumonia estão entre as principais causas de morbimortalidades nesse grupo etário (FRANCISCO et al, 2006).

Há conhecimento de mais de duas centenas de diferentes vírus que acometem o trato respiratório e, dentre esses, o vírus influenza tem causado de simples surtos a grandes pandemias, e a população idosa é a mais suscetível aos agentes infecciosos.

Considerando-se isto, percebe-se que há uma crescente demanda por medidas para reduzir as complicações decorrentes dessas infecções. Entre estas medidas, a vacina contra a gripe surge como uma estratégia nacional de impacto na redução da morbi-mortalidade por doenças respiratórias entre os idosos (FRANCISCO et al, 2006).

Estimativas de estudos internacionais indicam que a vacina contra a gripe provoca redução da mortalidade em até 50% entre a população idosa. Além disso, constam nos resultados desses estudos a redução de 19% do risco de hospitalização por doença cardíaca e em até 23% o risco de doenças cerebrovasculares.

A OMS, de acordo com observações da ocorrência de doenças imunopreveníveis e suas graves conseqüências para os idosos, preconiza três produtos imunobiológicos:

- a) vacina contra gripe, recomendada para todos e com necessidade de reaplicação anual;
- b) vacina contra pneumonia pneumocócica, protege contra alguns tipos de pneumonia e está indicada para todos com mais de 50 anos;
- c) reforço de tétano, indicada para todos que fizeram o esquema de vacinação contra o tétano uma vez na vida. O reforço é feito a cada dez anos. (SANTOS, 2006).

Entre essas três, a que mais se destaca é a vacina contra influenza mais conhecida como gripe. A aceitação da vacina contra a influenza não se deu de imediato, pois no início muitos mitos e desconfiança da população marcaram a introdução da vacinação contra a gripe, ou seja, muitos idosos ainda não aderiram a essa prática no país. (Ibidem).

Diante desta problemática, algumas investigações sobre as razões da não adesão à vacina têm sido propostas por técnicos da área da saúde visando o direcionamento de intervenções para reverter este quadro e garantir maior proteção à população de maior risco. (Ibidem).

Retratando esta situação, tem-se a pesquisa realizada por Santos (2006), a qual relata que idosos com 70 anos ou mais, portadores de hipertensão arterial e com menor grau de escolaridade, são os que mais aderem à vacinação contra a influenza no Estado de São Paulo. Esse mesmo estudo verificou alguns grupos que não aderem à vacinação por isto deveriam ser o alvo de campanhas específicas, visando o aumento da cobertura da vacina.

O principal motivo apontado para a não adesão à vacina é a falta de esclarecimento sobre os seus benefícios. Cita-se como exemplo desta situação a fala da própria autora (Ibidem, p. 3):

Eles relatam que não consideram a vacina importante e também acreditam que a imunização provoca reações. Outros alegaram ter adoecido após tomar a vacina em período anterior. Não consideraram, no entanto, o fato de que a vacina é específica para a prevenção da influenza e não de outras viroses que provocam quadros clínicos respiratórios semelhantes aos da gripe.

Verifica-se claramente que a queixa é em relação aos esclarecimentos que as campanhas deveriam fornecer para o idoso, ou seja, serem mais educativas, pois o objetivo da vacinação contra influenza no idoso é prevenir complicações decorrentes de uma infecção pelo vírus, como pneumonias virais e bacterianas.

Outro ponto que a autora identificou em sua pesquisa é em relação à cobertura vacinal. As maiores coberturas foram observadas entre aqueles de menor renda. Segundo Santos (2006, p. 3), uma das justificativas seria a maior frequência desses idosos nos postos de saúde públicos.

Eles são em sua maioria dependentes do SUS, especialmente dos medicamentos distribuídos e , habituados a frequentar a unidade básica, estão mais atentos às recomendações educacionais dos profissionais de saúde e ações preventivas ofertadas.

Devido ao receio e à recusa que os idosos apresentavam diante desta vacina, as campanhas de vacinação trataram de esclarecer alguns pontos, tais como:

- a) a vacina é eficaz apenas contra gripe; ela não funciona contra resfriado, sinusite, pneumonia, rinite e outras doenças que parecem gripe, mas são totalmente diferentes;
- b) a vacina leva de duas a seis semanas para apresentar uma resposta com formação de anticorpos e, portanto, deve ser aplicada bem antes que comece o surto de gripe;
- c) a vacina não possui vírus vivo no seu interior, portanto, não há como causar gripe;
- d) nenhuma vacina é 100% eficaz, sempre há uma taxa de falha. (SANTOS, 2006).

É importante destacar o fato de que ao se prevenir uma infecção pela gripe, evitam-se, também, as internações, óbitos, descompensações de doenças cardíacas e pulmonares crônicas, ou seja, indiretamente a vacina gerava vários outros benefícios (Ibidem).

Depois de oito anos de mobilizações nacionais em campanhas de vacinação para os idosos, o PNI identifica alguns importantes benefícios desta ação, como por exemplo, a contribuição para um envelhecimento saudável e a influência direta na qualidade de vida de pessoas idosas tanto no campo da saúde preventiva quanto no surgimento de novas iniciativas da sociedade em prol da melhoria da assistência e da valorização da terceira idade. Esse impacto positivo da vacinação contra a influenza tem sido observado em várias partes do mundo.

1.3 Cobertura vacinal no Brasil

O Brasil iniciou a política de vacinação contra a influenza em 1999, em comemoração ao Ano Internacional do Idoso. Desde então, o percentual de municípios que alcançaram a meta de vacinação na ocasião da Campanha tem sido crescente ano a ano. Segundo a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), em 2006, dos 5.564 municípios brasileiros existentes, 255 (4,59%) não atingiram a meta da campanha.

As coberturas vacinais em campanhas superam a meta a cada ano, variando de 72%, em 2000, a 84, 22%, em 2006. A adesão da população à vacinação é observada pelo aumento do número de municípios com cobertura vacinal adequada, sugerindo a efetividade desta estratégia (88,43% em 1999 e 95,42% em 2005) (BRASIL, 2006).

Embora a vacinação de idosos contra a influenza seja gratuita e disponível no Brasil desde 1999, as coberturas ainda são insatisfatórias em vários municípios do país.

Em 2004, o país retomou os níveis preconizados pela OMS e vacinou 85% da população idosa (cerca de treze milhões de pessoas) e 95% dos municípios brasileiros alcançaram a meta (70 %). (BRASILa, 2007).

A meta da campanha de 2007 foi vacinar contra influenza, 70% (11.168.905) da população com idade mínima de 60 anos, em todos os municípios brasileiros (Ibidem).

Em 2007, o investimento do MS nessa campanha foi de R\$ 130,5 milhões, sendo R\$ 118,6 milhões na compra de R\$ 18,6 milhões de doses contra a influenza (BRASILa, 2007).

Os resultados desse investimento alcançados com a vacinação de idosos contra a influenza apresentaram-se relevantes tanto para a área da saúde quanto para o idoso. Dessa forma, vê-se que é presente a urgência de ações públicas, a fim de que se melhorem os índices de cobertura vacinal nessa parcela populacional.

O conhecimento dos fatores associados à vacinação é importante na medida em que se pode embasar ações tanto para o esclarecimento dos benefícios da vacina quanto para o aumento da cobertura em subgrupos da população idosa e em localidades específicas.

1.4 A doença: influenza (gripe)

A gripe é considerada uma das doenças que mais preocupam as autoridades sanitárias no Brasil e no mundo.

A influenza (gripe) é uma doença infecciosa aguda de natureza viral, altamente contagiosa, porque o vírus influenza é disseminado pelas vias respiratórias, já que os indivíduos o transmitem por meio de gotículas ao falar, espirrar ou tossir. Desta forma, é praticamente impossível evitar o contágio, que ocorre, em sua maioria, no final do outono e durante o inverno.

A forma e a gravidade da gripe são variantes. Seus principais sintomas são: febre, calafrios e mal estar generalizado, freqüentes nos primeiros dias. A rinite e a faringite também podem ocorrer.

1.5 O vírus influenza

De acordo com o Informe Técnico do MS (BRASIL, 2007, p.15) sobre a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, o agente etiológico da gripe é descrito como sendo:

O Myxovirus influenzae, também chamado de vírus influenza, é o agente etiológico da gripe. São partículas que possuem um invólucro lipoprotéico com três antigênicos conhecidos, A, B,C, contendo em seu interior uma molécula de RNA (ácido ribonucléico) segmentada em oito fragmentos.

Por ordem de importância epidemiológica, o tipo A ocupa o primeiro lugar, pela sua capacidade de causar pandemias. Está presente na natureza em diversas espécies animais (aves, suínos, cavalos, focas e baleias), além do ser humano. Em seguida, vem tipo B, responsável por epidemias regionais, sendo exclusivamente humano. O tipo C apresenta circulação endêmica pouco aparente, associa-se a casos isolados ou pequenos surtos.

Os vírus tipo A são subclassificados por duas proteínas de superfície a hemaglutinina (H) e a neuraminidase (N), que podem sofrer mutações periódicas e imprevisíveis, resultando em epidemias entre populações com pouca ou nenhuma resistência ao vírus modificado. Esta sua característica o coloca em posição de destaque entre as doenças emergentes.

Existem 16 tipos de hemaglutininas (H) e 9 tipos de neuraminidases (N) identificadas em diferentes espécies de animais. Os mais comuns entre humanos são H1, H2, H3 e N1, N2. a imunidade a estes antígenos, especialmente a hemaglutinina, reduz a probabilidade de infecção e diminui a gravidade de doença, quando ocorre. A infecção por um subtipo confere pouca ou nenhuma proteção contra outros subtipos. O B e o C não são subclassificados e não apresentam tanta variabilidade antigênica quanto o A. A grande variabilidade antigênica torna o vírus facilmente resistente aos meios de profilaxia.

Os vírus influenza apresentam diversidade antigênica e genômica a cada ano. Portanto, as análises laboratoriais são de grande importância para monitorar o tipo de cepa circulante em nosso país, possibilitando uma melhor análise para indicação de cepas vacinais e detecção de possíveis cepas pandêmicas. A utilização de métodos moleculares ampliou o campo de conhecimento do vírus influenza e tem permitido acompanhar a mutação destes vírus na natureza. Estas técnicas estão sendo utilizadas pelos laboratórios de referência e permitem uma melhor comparação das cepas circulantes com as cepas vacinais. Após o acompanhamento anual da circulação viral e das variações sazonais apontadas, inicia-se a produção de vacinas que dura de cinco a seis meses.

1.6 Vacina

O grande benefício da vacina é o fato de ela poder reduzir o risco de contrair a doença em até 90%. Baseado neste valor, o MS considera a vacina como a melhor tecnologia disponível para a prevenção da influenza e suas conseqüências.

O Brasil disponibiliza um período de duas a quatro semanas para executar a vacinação da população idosa além disto disponibiliza também a vacina nos Centros de Referências de Imunobiológicos Especiais (CRIE), para portadores de cardiopatia, portador de HIV, paciente transplantados e familiares em seu contato. A vacina também está disponível para a população indígena, presidiários e profissionais de saúde.

Para auxiliar a cobertura vacinal em todo território nacional foi criado o Sistema de Vigilância Epidemiológica da Influenza (SVE/FLU), implantado no Brasil desde o ano de 2000, tem como objetivos:

- a) monitoramento das cepas virais que circulam nas regiões brasileiras, resposta a situações inusitadas;
- b) avaliação do impacto da vacinação;
- c) acompanhamento da tendência de morbidade e de mortalidades associadas à enfermidade;
- d) produção e disseminação de informações epidemiológicas.

A estratégia de vigilância esta baseada numa rede de unidades de saúde (atenção básica e pronto atendimento) e de laboratórios de diagnóstico. Esse

sistema conta com uma rede de 53 unidades sentinela. A maioria delas está localizada nas capitais de 25 Estados das cinco regiões brasileiras e no Distrito Federal. Ressalta-se aqui o fato de que o Maranhão, até o ano de 2006, era o único Estado que ainda não tinha implantado o SVE/FLU.

No entanto, mesmo com esta falta, o Maranhão conseguiu, conforme os dados do Gabinete Militar do Maranhão (2006), no ano de 2005, alcançar uma cobertura de 90,87%. Desta forma superou as médias de outras regiões brasileiras e a meta estabelecida em 70% pelo Ministério da Saúde, em 20 pontos percentuais a mais. Em 2006, o Maranhão continuou a repetir o sucesso anterior¹.

1.7 Composição e apresentação da vacina

São vacinas trivalentes, obtidas a partir de culturas em ovos embrionados de galinha, contando 15 ug de dois subtipos do sorotipo A e 15 ug de cepa do sorotipo B, em sua composição também entram antibióticos, tais como a neomicina e a polimixia, e o timeroosal como conservante (BRASIL, 2000).

Consta no Manual de Normas de Vacinação (BRASIL, 2000), que existem três tipos de vacinas contra influenza:

- a) vacinas de vírus fracionados;
- b) vacinas de suunidades;
- c) vacinas de vírus interior.

¹ Fonte: MARANHÃO supera cobertura vacinal. Disponível em: <www.gabmilitar.ma.gov.br>.

2 JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento de qualquer país e das populações, especificamente na área de saúde está diretamente relacionado à implementação de políticas públicas de saúde, dentre estas se inclui a vacinação através da prevenção e/ou erradicação de doenças.

Nessa perspectivas, busca-se assegurar uma melhor qualidade de vida às pessoas, pois a vacina é um estímulo ao corpo para que este prepare suas defesas para combater vírus e bactérias, que são os causadores das doenças.

As medidas voltadas para a imunização, adotadas na Brasil, foram marco no ano de 1973, quando foi criado o PNI com a atividade de coordenar ações já existentes, mas nenhuma regulamentação.

Assim vários programas de imunização foram sendo implementados no país, direcionados a seguimentos populacionais, dentre estes os idosos haja vista o crescimento desse contingente, ou seja, pessoas que se encontram nas faixas etárias de risco a doenças crônicas e que geram limitações.

Em face da importância da prevenção do acometimento da população idosa brasileira, mediante contaminação por vírus e bactérias, o governo vem realizando campanhas de vacinação a fim de assegurar-lhes melhores condições de vida.

Considerando-se a necessidade de um melhor conhecimento acerca do vírus influenza e da vacina contra esse vírus, nas suas taxas de aplicação como também o fato de trabalharmos diretamente com a promoção de saúde, optou-se por pesquisar esse assunto por entendermos que teríamos facilidade em adquirir material de pesquisa quanto ao assunto, tendo em vista ser esse um assunto, embora pouco explorado, mas com literaturas do próprio MS.

Entende-se que a vacinação de idosos contra a influenza é uma discussão bastante abrangente e não está restrita a uma ou outra área de pesquisa da saúde, mas diz respeito aos diversos ramos da saúde, que direta ou indiretamente, estão envolvidos considerando-se a presença da campanhas de vacinação contra a influenza e os resultados dessas campanhas para a população idosa.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estudar a cobertura vacinal contra influenza na população de idoso de São Luis, no período de 2000 a 2006.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar o número de doses aplicadas;
- b) Observar a evolução da cobertura do período em estudo;
- c) Descrever a cobertura por faixa etária de idosos;
- d) Verificar o cumprimento das metas estabelecidas para 2000 a 2006.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

Esta pesquisa tem natureza de estudo descritiva por meio da qual se pretendeu estudar a cobertura vacinal contra influenza na população idosa de São Luís- MA, no período de 2000 a 2006.

4.2 Característica da área de estudo

O município de São Luís ocupa uma área de 828,01 km² e está localizado no Nordeste do Brasil, a 2º ao Sul do Equador, está a 24 metros acima do nível do mar. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo 2000, o município possui 870.028 habitantes, sendo 837.584 na área urbana e 32.444 na área rural. Segundo o censo, a população idosa é de 5,7% (49.592).

O município ocupa mais da metade da ilha (57%) e conforme registro da Fundação Nacional de Saúde (FNS), de 1996, a população está distribuída em centro urbano, com 122 bairros (que constituem a região semi-urbana), e centro rural, com 122 povoados; a cidade está dividida em 15 setores fiscais e 233 bairros, loteamento e conjuntos residenciais.

4.3 Fonte de dados

As fontes principais para realização do estudo abrangem relatório gerado a partir dos dados do Programa Nacional de Imunização (PNI) e do Programa Ampliado de Imunização (PAI) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS).

4.4 Variáveis

Os dados obtidos para análise foram pertinentes às aplicações de doses da vacina contra influenza para idosos na cidade de São Luís, no Estado do Maranhão, nos anos de 2000 a 2006.

As informações obtidas foram registradas em fichas de coleta constando das seguintes variáveis:

- a) Meta estabelecida por ano;
- b) Cobertura alcançada por ano
- c) Faixa etária. Optou-se por agrupar os idosos na faixa etária de 60-64 anos e maior ou igual a 65 anos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os dados referentes à população de idosos vacinados contra influenza em São Luís, no período de 2000 a 2006.

Segundo estatísticas do IBGE, no ano de 2000, a população idosa do município de São Luís era de 49.592.

De acordo com a SEMUS, a meta prevista de vacinação para o ano de 2000 era de 45.109 idosos, sendo para a faixa etária de 60 a 64 anos de 14.573, mas a quantidade de idosos vacinados de 26.432 os que resultaram em 181, 38% de cobertura. Já para as pessoas acima de 65 anos, a meta estabelecida foi de 30.536 a serem vacinadas, mas só compareceram 18.881, logo a cobertura para essa faixa etária foi de 61,83%.

Portanto, a meta estabelecida pelo governo municipal foi superior ao esperado, o que correspondeu a uma cobertura total de 100,45%, demonstrando que 204 idosos a mais foram vacinados.

Esse fato deu-se como resultado da grande mobilização de todos os setores, dos governos. Profissionais da área da saúde, população civil e, principalmente, das pessoas da 3ª idade, que através de uma campanha de educação e de prevenção, obtiveram um resultado bastante significativo.

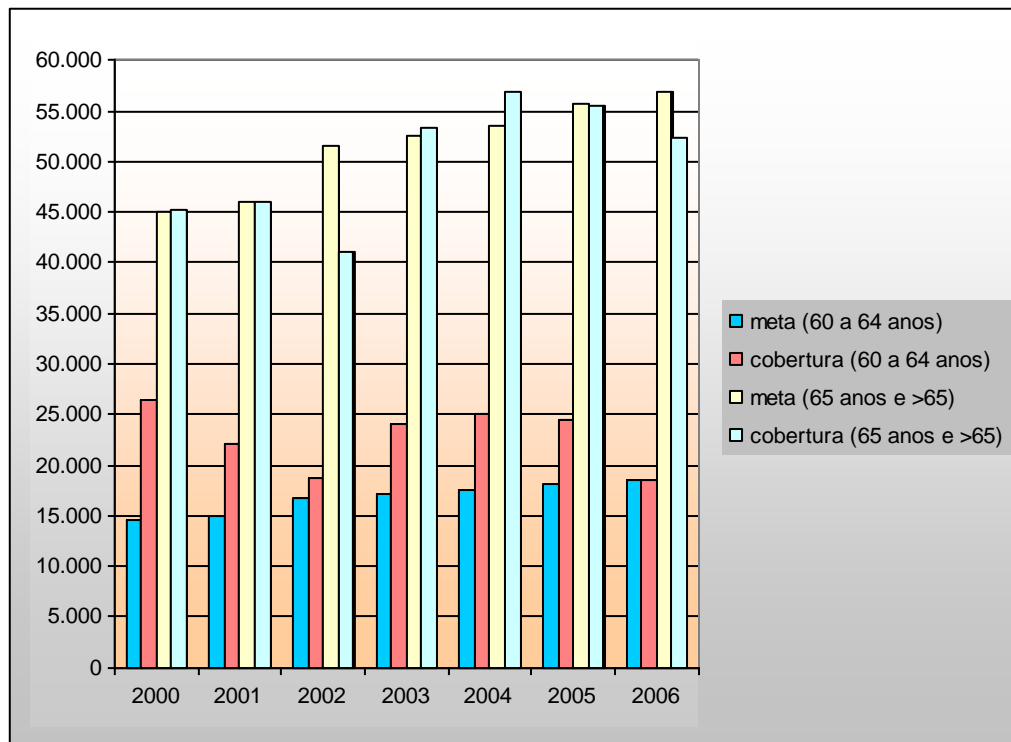


Gráfico 1 - Meta e cobertura vacinal por faixa etária. São Luís - MA (2000 a 2006).

No ano de 2001, a meta proposta pela SEMUS era de 46.057 idosos (14.879 com idade entre 60 a 64 anos e 31.7178 acima dos 65 anos), portanto a cobertura foi de 99,89% (46.007), o que significa que o resultado não foi obtido.

O que se pode observar a respeito desse declínio é que os idosos começaram a perceber que quando tomavam a vacina continuavam a gripar, ou seja, não existiu um esclarecimento por parte das campanhas, pois a eficiência da vacina é quanto a redução do adoecimento e não a erradicação da gripe. Outro ponto que deve ser ressaltado é a vacinação anual. Como visto, o vírus influenza está em constante mutação, de forma que as doses da vacina devem ser atualizadas. Além desse aspecto, tem-se que observar que a vacina serve para aumentar as defesas do organismo contra o vírus influenza e não contra outras doenças que parecem com a gripe, como por exemplo: resfriado, sinusite, rinite e pneumonia. Tem-se ainda o fato de que a vacina leva um tempo de duas semanas para montar anticorpos, ou seja, o idoso deve tomar a vacina antes de ser acometido pela doença. A vacina não oferece nenhum risco à saúde do idoso e também não terá uma eficiência de 100%, pois nenhuma vacina dá essa garantia,

principalmente em um idoso que já tem um organismo fragilizado em decorrência da própria idade.

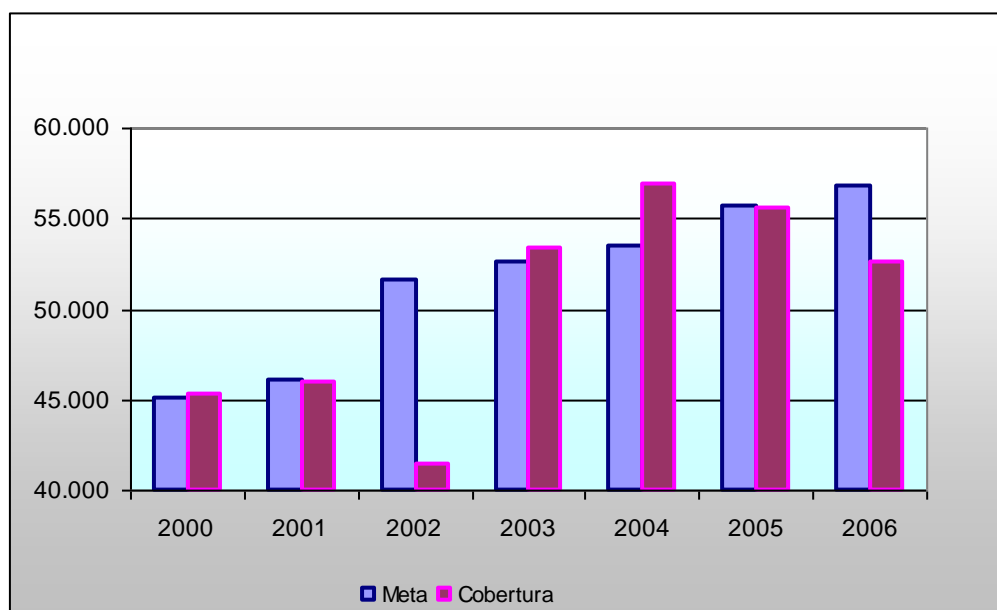


Gráfico 2 – Meta estabelecida e cobertura alcançada. São Luís - MA (2000 a 2006).

Analisando o gráfico acima, percebe-se que o ano de 2002 apresenta uma queda bastante significativa em relação aos anos anteriores, atingindo apenas 79,72% (41.130) de cobertura, pois a meta proposta era de vacinar 51.592 idosos.

Pode-se deduzir, a partir deste gráfico, que devido à grande queda da cobertura vacinal no ano de 2002 deve ter provocado uma mobilização intensa por parte do governo e de todos os setores envolvidos na campanha contra influenza, pois se observa um considerável aumento de mais de 50 mil idosos vacinados durante a campanha de 2003 (BRASILa, 2007).

Isto deve ao fato de terem sido intensificadas as propagandas, o esclarecimento dos benefícios da vacina, aumentado o número de postos de atendimento, foram recrutados mais voluntários gerando assim uma mobilização geral a qual, conseqüentemente, motivou a população de idosos a comparecerem aos postos e se vacinarem, alcançando o percentual de 101,50% (53.353), ultrapassando a meta estabelecida pelo governo, que era de 52.562 idosos.

De acordo com o sucesso da campanha de 2003, o ano de 2004 mostrou um resultado acima da meta prevista, correspondendo a um percentual de 106,41%

(56.956), enquanto o que foi proposto pelo governo era de 53.524 idosos a serem vacinados.

Percebe-se nos anos de 2005 e 2006 que houve uma queda na cobertura de vacinação traçada pelo governo que foram de 55.822 idosos, alcançando os percentuais de 99,73% (55.560), 92,53% (52.575).

No gráfico 1, observou-se que no ano de 2000, a faixa etária que teve um maior número de vacinados foi a de 60 a 64 anos, isso se deve ao fato de que foi nesse ano que as autoridades de saúde do governo federal diminuíram a faixa etária de corte para a vacinação anual de 65 para 60 anos de idade.

No ano de 2001, a faixa etária acima de 65 anos superou em números de vacinações a faixa etária de 60 a 64 anos e no ano de 2001 até 2006 esse número foi crescente, contudo, a faixa etária de 60 anos a 64 anos teve o movimento inverso, ou seja, o ano de 2006 mostrou o menor número de vacinados da faixa etária correspondente a 64 anos. Confere-se:

Tabela 1 - Representação numérica da meta proposta pelo governo, número de idosos vacinados e a cobertura atingida nos anos de 2000 a 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Meta	45.109	46.057	51.596	52.562	53.524	55.708	56.822
Dose	45.313	46.007	41.130	53,353	56.956	55.560	52.282
Cobertura	100,45%	99,89%	79,72%	101,50%	106,41%	99,73%	92,01%

Consta na tabela acima que os anos de 2001 e 2002 apresentam resultados satisfatórios, pois a cobertura vacinal ultrapassou a meta proposta, já que, de acordo com a avaliação do PNI/PAI vacinados, a meta proposta pelo governo no ano de 2000 foi de vacinar 45.109 idosos e o resultado da campanha de vacinação atingiu o número de 45.313 idosos, uma cobertura foi de 100,45 %.

O ano de 2001 apresentou uma queda mínima do resultado da campanha de vacinação, pois a meta era alcançar o número de 46.057 de idosos vacinados e o resultado atingido foi 46.007. Percebe-se que apesar desta leve queda, a cobertura alcançou 99,89 %, os resultados foram satisfatórios.

Já o ano de 2002, a cobertura vacinal ficou aquém da meta proposta, pois a meta era vacinar 51.563 idosos, entretanto alcançou apenas o resultado de 52.562 de doses dadas, atingindo somente 79,72 % do público alvo.

Acredita-se que o resultado pouco satisfatório da campanha de vacinação do ano de 2002 levou a um maior desempenho no ano posterior, já que o ano de 2003 apresentou uma ótima recuperação. A cobertura vacinal deste ano foi de 101,50%, foram vacinados 53.353 idosos, ultrapassando o valor da meta proposta pelo governo que era de 52.562, continuando o seu crescimento no ano de 2004 e tendo uma leve queda em 2005 e em 2006.

A análise da tabela acima descreve que os anos de 2000, 2003 e 2004 apresentaram as melhores respostas quanto à ação das campanhas de vacinação, visto que a cobertura vacinal destes anos foram respectivamente de: 100,45 % em 2000; 101,50 %; em 2003 e 106,41 %, em 2004.

6 CONCLUSÃO

Essa pesquisa realizada com base em dados fornecidos pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), da Secretária Municipal de Saúde de São Luís (SEMUS).

Mediante os objetivos iniciais propostos para a pesquisa, chegou-se às seguintes conclusões:

- a) a cobertura vacinal para o ano de 2001 foi de 14.879 idosos com idade entre 60 a 64 anos e 31.178 acima dos 65 anos;
- b) o número de doses aplicadas foi de 45.313 no ano de 2000; 46.007, em 2001; 41.130, em 2002; 53.353, em 2003; 56.956, em 2004; 55.560, em 2005 e 56.956, em 2006;
- c) A evolução da cobertura por faixa etária dos idosos foi de 14.879 idosos com idade entre 60 a 64 anos e 31.178 para os idosos acima de 65 anos. Esses resultados foram positivos, uma vez que alcançaram 99,89% (46.007) dos idosos;

Acerca do cumprimento das metas estipuladas pelo Ministério da Saúde, os resultados apontaram uma queda no ano de 2002, em relação aos anos anteriores. Nesse ano a meta atingida foi de 79,72% (41.130) de cobertura não satisfazendo uma meta inicial de 51.592 idosos. Já o ano de 2004 foi marcado por um resultado satisfatório. Nesse ano, observou-se um percentual de 106,41% (56.956) para uma meta inicial de 53.524 de idosos a serem vacinados. Nos anos de 2005 a 2006, constatou-se uma queda na cobertura de vacinação traçada pelo governo que foi, respectivamente, de 55.822 idosos, alcançando os percentuais de 99,73% (55.560), 92,53% (52.575).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção governamental na área de saúde pode ocorrer nas dimensões promoção e proteção da saúde, diagnóstico e tratamento precoce e reabilitação de seqüelas. Para a efetivação das ações, é necessária a implementação de mecanismos de políticas públicas de saúde, situando-se nesse contexto, a vacinação.

As primeiras vacinas ficaram conhecidas há mais de dois séculos, sendo que o primeiro a realizar a primeira experiência em imunização foi no Edward Jenner. Anteriormente a essa prática, na África e Ásia. No século XVIII, duas inoculadoras gregas imunizaram cerca de 40 mil pessoas na Turquia.

A vacina de pessoas a ser praticada como integrante da assistência à saúde ocorre desde o século XIX. Inicialmente era direcionada a algumas camadas da população, mas posteriormente adquiriu caráter compulsório, sofrendo muitas críticas.

O crescimento da importância dos programas de vacinação em todos os países levou a OMS a aprovar na 27ª Assembléia Mundial de Saúde uma Resolução que determinou a permanência de um programa de imunização chamado Programa Ampliado de Imunização (PAI) passando este a fazer parte integrante dos Serviços de Atenção Primária de Saúde.

O crescente aumento da população de pessoas nas faixas etárias de risco para enfermidades crônicas e que levam à incapacidade, ou seja, que atingem a fase idosa. Para reduzir as complicações decorrentes de tais infecções, a vacina contra a gripe foi introduzida como uma estratégia nacional.

Espera-se com este estudo proporcionar condições para se refletir a respeito da cobertura vacinal contra a gripe em idosos em São Luís - MA, no período de 2000 a 2006, na perspectiva de se identificar o alcance de seus objetivos propostos.

REFERÊNCIAS

BENCHIMOL, J. L. (org.). **Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BRASILa. Ministério da Saúde – MS. **Campanha nacional de vacinação do idoso: Informe técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_tecnico_idoso.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2007.

_____. Divisão de Imunização/CVE. **Campanha Nacional de Vacinação do Idoso. Informe Técnico, 2007**. Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/imuni/inf_tec_idoso07.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2007.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo 2000.

_____. **Manual de normas de vacinação**. 3. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000.

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

FERNANDES, Tania Maria. Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920. **FIOCRUZ**. Rio de Janeiro, 1999. 103 p. ilus. Disponível em: <[http://bases.bireme.br/cgi-\[...\]=Ink&exprSearch=242848&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-[...]=Ink&exprSearch=242848&indexSearch=ID)>. Acesso em: 20 nov. 2007.

FRANCISCO, Priscila et al. Fatores associados à vacinação contra a influenza em idosos. **Rev. Panam Salud Publica**. 2006. [S.n., s. l.].

GATTÁS, Vera Lúcia. **Avaliação da cobertura vacinal e do uso de serviços de saúde para vacinação na região sudoeste da grande São Paulo, 1989-1990**. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1996.

MARANHÃO supera meta de cobertura vacinal de idosos. 2006. Disponível em: <<http://www.gabmilitar.ma.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2007.

PONTE, Carlos Fidellis. **Vacinas e campanhas: as imagens de uma história a ser contada**. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10s2/a13v10s2.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2007.

PORTO, Mayla Yara. Uma revolta popular contra a vacina. **Ciência e Cultura**, São Paulo, vol. 55. jan./mar 2003. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br>>. Acesso em: 20 nov. 2007.

REZENDE, Jofre M. **Varíola: uma doença extinta**, 2000. Disponível em <<http://usuários.cultura.com.br>>. Acesso em: 20 nov. 2007.

SANTOS, Raquel do Carmo. **Pesquisa sobre o perfil dos idosos que mais aderem à vacinação contra a gripe.** 2006. Disponível em: <<http://www.unicamp.br>>. Acesso em: 20 nov. 2007

SCHWARCZ, Lílian Moritz. **Espectáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870 – 1930).** São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

TEMPORÃO, José Gomes. **O Programa Nacional de Imunizações: origens e desenvolvimento.** 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000500008&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 nov. 2007.

VARELA, Drauzio. **A nova face da velhice.** 2006. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net>>. Acesso em: 20 nov. 2007.

VACINAÇÃO de idosos contra gripe. 2006. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net>>. Acesso em: 20 nov. 2007.

ROCHA, Jaime. **Saiba tudo sobre vacinas para idosos.** 2007. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net>>. Acesso em: 20 nov. 2007.

ANEXOS