Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Daniele Garcia de Almeida Silva

Programa de Imunização Infantil em Umuarama-PR: um estudo dos fatores associados a atrasos de vacinação

Rio de Janeiro
2010

Daniele Garcia de Almeida Silva

Programa de Imunização Infantil em Umuarama-PR: um estudo dos fatores associados a atrasos de vacinação

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Profª. Dra. Rosângela Caetano
Coorientadora: Profª Dra Gabriela Mosegui

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

S586 Silva, Daniele Garcia de Almeida.
Programa de imunização infantil em Umuarama-PR: um estudo dos fatores associados a atrasos de vacinação / Daniele Garcia de Almeida Silva. – 2010.
101f.

Orientadora: Rosângela Caetano.
Coorientadora: Gabriela Mosegui.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Imunização de crianças – Paraná – Teses. 2. Vacinação de crianças – Paraná – Teses. 3. Prevenção de doenças. 4. Programas de imunização. 5. Educação em saúde. I. Caetano, Rosângela. II. Mosegui, Gabriela Bittencourt Gonzalez. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 614.47(816.2)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

_____ _____

Assinatura Data

Daniele Garcia de Almeida Silva

Programa de Imunização Infantil em Umuarama-PR:
um estudo dos fatores associados a atrasos de vacinação

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração Política Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 30 de Abril de 2010.

Banca Examinadora

_____

Profª. Dra. Rosângela Caetano (Orientadora)
Instituto de Medicina Social da UERJ

_____

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Instituto de Medicina Social da UERJ

_____

Prof. Dr. César Augusto Orazen Favoreto
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

_____

Profª. Dra. Maria Auxiliadora Gomes
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

Ao meu marido e filho que souberam esperar os momentos em que estive ausente para realização deste mestrado e pela dedicação, amor e carinho que sempre me proporcionaram.

À minha mãe e irmão que sempre estiveram ao meu lado apoiando-me e incentivando-me.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que é nosso socorro bem presente na angústia. Força suprema que nos rege, sem a qual não seria possível a sua conclusão deste mestrado.

À minha orientadora, Rosângela e co-orientadora, Gabriela, eméritas professoras pelas competentes orientações que culminaram na execução desta dissertação.

Ao meu filho, Matheus por ter esperado meus momentos de ausência.

Ao meu marido, Elton pelo amor, carinho e dedicação.

À minha mãe, irmão pelo apoio nesse período de aprimoramento de meu conhecimentos que agora colhem os louros de mais essa vitória;

A UERJ e a Universidade Paranaense – UNIPAR, pela disponibilização de suas estruturas para execução do mestrado;

A todos funcioários e amigos do Centro de Saúde Escola, por ter disponibilizado o espaço para execusão da pesquisa.

A todos aqueles de forma direta ou indireta colaboraram de alguma forma com a conclusão desta dissertação, em especial, à professora e psicóloga Eliane Ruiz.

1 Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o címbalo que retine.

2 E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria.

3 E ainda que distribuísse todos os meus bens para sustento dos pobres, e ainda que entregasse o meu corpo para ser queimado, e não tivesse amor, nada disso me aproveitaria.

4 O amor é sofredor, é benigno; o amor não é invejoso; o amor não se vangloria, não se ensoberbece.

5 não se porta inconvenientemente, não busca os seus próprios interesses, não se irrita, não suspeita mal.

6 não se regozija com a injustiça, mas se regozija com a verdade.

7 tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta.

8 O amor jamais acaba; mas havendo profecias, serão aniquiladas; havendo línguas, cessarão; havendo ciência, desaparecerá.

9 porque, em parte conhecemos, e em parte profetizamos.

10 mas, quando vier o que é perfeito, então o que é em parte será aniquilado.

11 Quando eu era menino, pensava como menino; mas, logo que cheguei a ser homem, acabei com as coisas de menino.

12 Porque agora vemos como por espelho, em enigma, mas então veremos face a face; agora conheço em parte, mas então conhecerei plenamente, como também sou plenamente conhecido.

13 Agora, pois, permanecem a fé, a esperança, o amor, estes três; mas o maior destes é o amor.

Carta aos Coríntios - Apóstolo Paulo

RESUMO

SILVA, Daniele Garcia de Almeida. Programa de Imunização Infantil em Umuarama-PR: um estudo dos fatores associados a atrasos de vacinação. 2010. 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

O atraso vacinal configura-se quando uma criança não recebe algumas das vacinas que estavam indicadas e programadas para ela, conforme preconizado pelo calendário vacinal vigente. A criança com atraso vacinal possui risco aumentado para contrair doenças imunopreveníveis, como também diminui a resistência na rede de imunidade comunitária. Elementos contribuintes para estes atrasos incluem desde características socio-demográficas da mãe e dos familiares a conhecimentos e atitudes em relação a vacinação a fatores estruturais relacionados aos serviços de saúde e às oportunidades perdidas de vacinação. A importância destes fatores tende a variar entre as regiões e uma melhor compreensão acerca dos fatores atuantes no nível local, pode auxiliar na elaboração de estratégias preventivas e corretivas para minimizar o problema e contribuir para a melhoria do cuidado à população infantil. Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo compreender fatores relacionados ao atraso vacinal de crianças acompanhadas no Programa de Imunizações do Centro de Saúde-Escola de Umuarama-PR. Para tanto, o estudo foi executado por meio de uma pesquisa de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, realizada no período de junho a outubro de 2009, no Centro de Saúde-Escola de Umuarama. De um total de 52 crianças consideradas inicialmente como em atraso, fizeram parte da pesquisa de 05 (cinco) famílias com menores de dois anos confirmadamente em situação de atraso vacinal. Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada. Além das famílias, um profissional atuante na sala de vacina do trabalho foi também entrevistado, buscando-se compreender modus operandi da Unidade, que pudesse estar contribuindo para os atrasos vacinais, ou dificultando sua identificação. Foi possível constatar mais atrasos entre as crianças do sexo masculino, e em três casos, a criança em foco era filho único, residentes na área urbana. Quanto às imunizações em atraso, verificou-se atrasos nas vacinas contra poliomielite, tríplice bacteriana (1º reforço); terceira dose da poliomielite, tetravalente, febre amarela, rotavírus e hepatite B. Considerando que as crianças menores de 2 anos fazem parte do grupo prioritário para o Programa Ampliado de Imunização, tal indicativo é preocupante. Os resultados sugerem que os fatores implicados no atraso vacinal na unidade pesquisada estão relacionados às dificuldades cotidianas e esquecimentos da mãe em não averiguar o cartão vacinal da criança regularmente, o que pode em parte estar atrelado ao grande número de filhos e o grau de atribuições decorrentes das funções exercidas no lar. Outros fatores implicam em oportunidades perdidas, como as falsas contra-indicações, esquecimento do funcionário em solicitar o cartão durante o atendimento de rotina, falhas nas orientações por parte dos profissionais de saúde e a falta de vacinas na unidade. Sugere-se à Unidade de saúde pesquisada que, além das atividades tradicionais, passe a implementar de forma efetiva as visitas domiciliares para avaliar o estado vacinal, identificando crianças em faixa etária própria à vacinação, procedendo a uma busca ativa dos atrasos vacinais, entre outros aspectos.

Palavras-chave: Vacinação. Imunidade coletiva. Doenças. Prevenção.

ABSTRACT

The vaccine delay is configured when a child does not receive some from the vaccines that were indicated and programmed for it, as praised by the effective vaccine calendar. The child with vaccine delay possesses increased risk to contract immunopreventable illnesses, as well as diminishes the resistance in the net of communitarian immunity. In this direction, the research had as objective to understand factors related to the vaccine delay of children followed in the Program of Immunizations of the Center of Health-School of Umuarama-PR. For in such a way, the study it was executed by means of a research of exploratory character, with qualitative boarding, carried through in the period of June the October of 2009, in the Center of Health-School of Umuarama. Of a total of 52 children considered initially as behind schedule, they had been part of the research of 05 (five) families with minors of two years confirmed in situation of vaccine delay. Beyond the families, an operating professional in the vaccine room of the work. As instrument of collection of data, a script of half-structuralized interview was used. She was possible to evidence more delays between the children of the masculine sex, and in three cases, the child in focus was only son, residents in the urban area. How much to the immunizations behind schedule, one verified delays in vaccines against polio, DTP vaccine (1º reinforcement); third dose of the polio, tetravalent, yellow fever, rotavirus and hepatitis B. Considering that the lesser children of 2 years are part of with priority group for the Extended Program of Immunization, such indicative is preoccupying. The results suggest that the factors implied in the vaccine delay in the searched unit are related to the disengagement of the mother in regularly not inquiring the vaccine card of the child; forgetfulness of the vaccination, that can be linked to the great number of children and the degree of decurrently attributions of the functions exerted in the home. Other factors imply in lost chances, as the false contraindications, forgetfulness of the employee in requesting the card during the routine attendance, imperfections in the orientations on the part of the health professionals and the vaccine lack in the unit. The Unit of searched health is suggested it that, beyond the traditional activities, pass to implement of form accomplishes the visits domiciliary to evaluate the vaccine state, identifying children in proper aged to the vaccination, proceeding to an active search from the vaccine delays, among others aspects.

Keywords: Vaccination. Collective immunity. Illnesses. Prevention.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Calendário vacinal da criança do Ministério da Saúde, 2006.....311

Quadro 2 - Perfil das famílias das crianças em atraso vacinal do Centro de Saúde Escola, Umuarama-PR.....53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do estado do Paraná com seus municípios e respectivas regionais de saúde 39

Figura 2 - Mapa do município de Umuarama e demais municípios componentes da 12ª Regional de Saúde do Paraná 40

Figura 3 - Calendário mínimo de consultas nos primeiros 10 anos de vida, Ministério da Saúde 63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Município de Umuarama, população residente por faixa etária e sexo, 2009 40

Tabela 2 - Número de nascidos vivos - município de Umuarama - 1997-2006..... 41

Tabela 3 - Mortalidade proporcional (%) por faixa etária e segundo grupo de causas - CID10 – 2006 do município de Umuarama - Paraná..... 41

Tabela 4 - Estabelecimentos de saúde por esfera administrativa – Umuarama – dezembro de 2009..... 42

Tabela 5 - Município de Umuarama, cobertura vacinal (%) por tipo de imunobiológico nos menores de um ano, 1997-2007 43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
CEV	Campanha Erradicada da Varíola
CGPNI	Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
CRIEs	Centro Nacional de Imunobiológicos Especiais
DNEES	Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde
DTP	Difteria, tétano e coqueluche
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
IDB	Indicadores e Dados Básicos
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PAI	Programa Ampliado de Imunização
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SBIM	Sociedade Brasileira de Imunizações
SPB	Sociedade Brasileira de Pediatria
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TRO	Terapia de Reidratação Oral
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 14

1 **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA** 19

1.1 **As imunizações e sua importância para a saúde da criança** 19

1.2 **Programa Nacional de Imunização** 24

1.2.1 Origens e histórico 24

1.2.2 Modo de organização do Programa Nacional de Imunização 25

1.3 **Calendário vacinal de crianças** 28

1.4 **Atrasos vacinais e oportunidades perdidas de vacinação** 32

1.5 **Programa de Imunização em Umuarama-PR** 39

2 **OBJETIVOS** 46

2.1 **Objetivo geral** 46

2.2 **Objetivos específicos** 46

3 **METODOLOGIA** 47

3.1 **Caracterização da pesquisa** 47

3.2 **População de estudo** 48

3.3 **Instrumento de coleta de dados** 51

3.4 **Interpretação e análise dos dados** 49

4 **ATRASOS VACINAIS NAS CRIANÇAS ACOMPANHADAS NO CENTRO SAÚDE-ESCOLA – UMUARAMA-PR: BUSCANDO ENTENDER OS MOTIVOS SUBJACENTES À FALTA DE IMUNIZAÇÕES** 51

4.1 **Os sujeitos da pesquisa: perfil das crianças e famílias** 51

4.2 **Atrasos vacinais: ouvindo os pais e responsáveis** 56

4.2.1 Conhecimento sobre as vacinas e sobre a importância das práticas de imunização para a saúde infantil 58

4.2.2 Acompanhamento de rotina e sua relação com as imunizações 63

4.2.3 Fatores associados aos atrasos vacinais 66

4.3 **Funcionamento da sala de vacinação do Centro Saúde-Escola: compreendendo a dinâmica de funcionamento e fatores do atraso vacinal relacionados ao serviço** 67

4.3.1 O Centro Saúde Escola e a rotina de trabalho na sala de imunizações 71

4.3.2 Fatores para não vacinar uma criança na unidade 75

4.4 **Oportunidades perdidas** 75

5 **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 81

REFERÊNCIAS 87

APÊNDICE A – Questionário familiares/responsáveis pela criança 89

APÊNDICE B – Questionário profissional de saúde responsável ou atuante na sala de vacina 92

ANEXO A – Certificado de aprovação do comitê de ética envolvendo seres humanos da Unipar 99

ANEXO B – Declaração de permissão para utilização dos dados 1010

ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido 101

INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil apresenta uma taxa de mortalidade infantil (TMI) com significativa tendência de queda. Segundo os Indicadores e Dados Básicos (IDB), regularmente divulgados pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), esse indicador passou de 46,9 óbitos por 1000 nascidos vivos em 1991, para 20,7 óbitos a cada 1000 nascidos vivos, em 2006. (BRASIL, 2008)[1].

Essa evolução vem sendo de tal ordem que, segundo estudo do Ministério da Saúde divulgado no início de 2008, o país provavelmente atingirá a meta do milênio de redução da mortalidade infantil antes do prazo estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), com redução das taxas atuais de óbitos correspondentes a 21,2 por mil nascidos vivos para 14,4/1.000 até 2012, três anos antes da data prevista pela ONU. Além disso, a taxa prevista para 2012 no Brasil é 0,5% menor do que a fixada como parâmetro para os 192 países membros da ONU atingirem até 2015, que é de 14,9 óbitos por mil nascidos vivos. (BRASIL, 2008).

A taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos, outro indicador importante da saúde infantil[2], também encontra-se em descenso no país. Tomando por bases os dados presentes no último Indicadores e Dados Básicos disponíveis (IDB), este coeficiente caiu, entre os anos de 2000 e 2006, de 32,0 para 24,8/1000 nascidos vivos. (BRASIL, 2009).

Grande parte do decréscimo observado nos dois indicadores deu-se às custas da redução da mortalidade pós-neonatal e pode ser atribuída a um conjunto de ações básicas relacionadas ao setor saúde, tais como: maior acesso a serviços de saúde; melhor e mais precoce controle pré-natal; estímulo ao aleitamento materno; utilização de terapia de reidratação oral (TRO) e ampliação da cobertura vacinal. Outros fatores contribuintes que não podem deixar de ser citados são as melhorias no saneamento básico, no nível de educação materna e, principalmente, a

[1] Para maiores informações, ver RIPSA, IDB-2008 (Indicador C.1). *Indicadores e dados básicos:* IDB-2008. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br>

[2] A taxa de mortalidade dos menores de cinco anos, também chamada de coeficiente de mortalidade dos menores de 5 anos, corresponde ao número de óbitos de menores de cinco anos de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Esse indicador, de modo geral, expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infra-estrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas, bem como reflete também o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil. (BRASIL, 2008).

importante queda na fecundidade observada no país, que, em 1991, apresentava taxa de fecundidade total de 2,7%, passando para 1,89% em 2007. (BRASIL, 2008)[3].

Alguns desses resultados pode também estar relacionado ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), criado em 1984, que direcionou cinco ações básicas como resposta aos agravos mais freqüentes e de maior peso na morbimortalidade de crianças de 0 a 5 anos, a saber: (a) controle das diarréias; (b) controle das infecções respiratórias agudas; (c) controle de doenças imunopreveníveis; (d) estímulo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; e (e) controle do crescimento e desenvolvimento psicomotor. (BRASIL, 1984; FUNASA, 2003; FIGUEIREDO, 2007).

A prática da vacinação é preconizada nesse Programa (PAISC) como ação fundamental para compor a atenção integral às crianças. A esse respeito, o PAISC listava as seguintes estratégias para a ampliação da cobertura vacinal na faixa etária mais suscetível, com o objetivo de reduzir a incidência de doenças evitáveis por imunização:

> (a) intensificação de vacinas de rotina; (b) **utilização de outras atividades do serviço de saúde para encaminhamento de crianças para vacinação, reduzindo as oportunidades perdidas**; (c) campanha de imunização; (d) **busca de faltosos para complementação de doses de vacinas**; (e) vacinação casa a casa; (f) treinamento do pessoal de serviço; e (g) implementacão e adequação da rede de frio. (BRASIL, 1984, p.13) (grifos nossos).

Ainda, com foco na saúde infantil e na questão central para esta dissertação (imunizações) deve ser mencionada uma estratégia adotada em algumas localidades do país a partir dos anos 90: a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Implantada a partir de proposições da Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, tem por objetivos: (a) redução da mortalidade dos menores de cinco anos; (b) diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonias, diarréias, parasitoses intestinais, meningites, tuberculose, malária, sarampo e também distúrbios nutricionais; (c) garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de cinco anos, tanto nos serviços de saúde como nos domicílios e na comunidade, e (d) fortalecimento da promoção à saúde e de ações preventivas na infância. (FIGUEIREDO, 2007).

[3] Para maiores informações, ver RIPSA, IDB-2008 (Indicador A.6) *Indicadores e dados básicos:* IDB-2008. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br>

Para Vidal et al. (2003), a estratégia AIDPI incorporou as ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, introduzindo, porém o conceito de integralidade. Nesse sentido, os autores afirmam que a estratégia "propõe um novo modelo de abordagem à saúde da criança no primeiro nível de atenção, sistematizando o atendimento clínico e integrando ações curativas com medidas preventivas e de promoção da saúde" (p. 206), entre as quais se destacam, entre outras, as imunizações, tema de base deste estudo.

A estratégia de AIDPI auxilia na redução das oportunidades perdidas para a detecção precoce e controle adequado das doenças na infância, inclusive, as imunopreveníveis que, muitas vezes, passam despercebidas pelos profissionais de saúde. Nesta estratégia, a vacinação é destacada como uma ação de proteção e prevenção importante para a saúde da criança bem como da comunidade. (FIGUEIREDO, 2007).

Em diversos programas e diretrizes governamentais (PNI, PAI, Bolsa Família), a vacinação é valorizada para a proteção individual e coletiva, sendo considerada como uma importante prática de Saúde Pública, que tem resultado na prevenção, controle e erradicação das doenças graves, emergindo com a erradicação da varíola em 1973, da poliomielite em 1989, e com o controle do sarampo, tétano neonatal e acidental, difteria e coqueluche, em anos mais recentes. Como resultado desses vários sucessos, os óbitos por doenças imunopreveníveis entre crianças brasileiras têm apresentado uma constante redução, malgrados persistam ainda importantes diferenças regionais. (BRASIL, 2003).

É amplamente conhecido que o controle de uma doença imunoprevenível apenas é alcançado com uma cobertura vacinal[4] — espacialmente homogênea[5] e mantida ao longo do tempo — de pelo menos 80% da população suscetível. (MORAES et al., 2000).

A esse respeito vale mencionar que as estratégias lançadas em campanhas e nas rotinas de imunização conseguiram elevar a cobertura vacinal dessas doenças de 20 a 35%, em 1984, a níveis de cobertura maiores de 80% de população

[4] O conceito de cobertura vacinal expressa a proporção de pessoas de um grupo-alvo que foi vacinada. A cobertura vacinal mede a capacidade de um serviço em atingir determinada meta de vacinação. (BRASIL, 1991).

[5] Uma cobertura vacinal pode ser considerada homogênea quando a proporção de pessoas vacinadas em diferentes áreas é bastante aproximada dentro de um mesmo município, ou entre municípios dentro do estado, ou entre os estados de um país. Índices nacionais, estaduais e municipais encobrem variações de cobertura, pois agregam áreas com percentuais abaixo do preconizado. (BRASIL, 1991).

suscetível em 1992, o que têm favorecido a redução da mortalidade nas crianças menores de cinco anos. (UNICEF, 1994).

Tais estratégias fazem parte do objetivo do Programa Nacional de Imunização (PNI), juntamente com o Programa Ampliado de Imunização (PAI)[6], que até hoje mantém uma política de controle e erradicação das doenças evitáveis por vacinação. Com mais de 30 anos de existência, o PNI é considerado pelo Ministério da Saúde um sucesso, que se expressa, dentre outros, pelo espectro de vacinas hoje disponibilizadas; por taxas bastante altas de cobertura da população menor de um ano; pela sua extensão a outros segmentos etários tais como os idosos, e tem por marco o certificado internacional de erradicação da poliomielite obtido pelo Brasil em 1994. (BRASIL, 2003).

É fato que problemas e desafios persistem. Apesar da melhoria nas coberturas vacinais observada no Brasil, uma parcela das crianças continua sem ser vacinada adequadamente, mesmo em locais com ampla disponibilidade de serviços de saúde. A cobertura é desigual entre as várias imunizações e não homogênea em termos espaciais, comprometendo, desta forma, os benefícios da imunidade adquirida, reduzindo a efetividade das ações e colocando as crianças não imunizadas sob elevado risco de doença.

Vários estudos de avaliação da cobertura vacinal e dos fatores relacionados à não-vacinação, realizados em amostras representativas da população infantil, foram desenvolvidos no Brasil e no mundo, visando elucidar esta questão. (MIRANDA et al., 1995; COSTA et al., 1996; SILVA et al., 1997; SILVA, 1999; MORAES et al., 2000).

Dentre os fatores de risco para a não-vacinação e para o atraso vacinal presentes nestes estudos, destacam-se: (1) fatores relacionados com os usuários (baixa renda, residência em área rural, extremos de idade materna, maior número de filhos, baixa escolaridade materna, falta de conhecimento acerca das doenças preveníveis por imunização, entre outros); (2) fatores estruturais relacionados aos serviços de saúde (tais como retardo no agendamento das consultas, falta de consultas noturnas ou nos finais de semana, filas, tempo de espera, etc); e (3) as oportunidades vacinais perdidas.

[6] O PAI foi estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1974 e tem por objetivo apoiar a estruturação e o desenvolvimento do programa de vacinações nos diversos países (BRASIL, 2000).

A importância destes fatores tende a variar entre as regiões. Assim, uma melhor compreensão acerca dos fatores atuantes no nível local, pode auxiliar na elaboração de estratégias preventivas e corretivas para minimizar o problema e contribuir para a melhoria do cuidado à população infantil.

Portanto, a proposta dessa investigação se abre em seu desenho para, por um lado, compreender o fenômeno do atraso vacinal e, por outro, caracterizar a eventual perda de oportunidade da vacinação, fenômeno que indica uma contribuição dos serviços de saúde na gênese do atraso.

Esse estudo teve como objetivo principal pesquisar os fatores associados a atrasos na vacinação das crianças de 0 a 2 anos acompanhadas em Unidades Públicas de saúde pertencentes ao Programa de Imunização do município de Umuarama-Paraná.

Para tal, empregou-se uma metodologia de base qualitativa, buscando entender os motivos para o atraso vacinal, a partir de entrevistas semi-abertas com alguns responsáveis por crianças nesta situação, acompanhadas pelo Centro Saúde-Escola desta localidade, no período de outubro de 2008 a outubro de 2009, bem como com funcionários atuantes nas atividades de imunização da Unidade.

Esta dissertação encontra-se estruturada da seguinte maneira: No próximo capítulo, destinado à fundamentação teórica, o trabalho versa sobre as imunizações e sua importância para a saúde da criança. A seguir, discutem-se aspectos relevantes acerca do Programa Nacional de Imunização, com destaque nas origens, histórico e modo de organização do referido programa. Na seqüência, aborda-se a importância do calendário vacinal, atrasos vacinais e oportunidades perdidas. A seguir, descreve-se acerca do Programa de Imunização em Umuarama-Paraná. Posteriormente, estão expostos os objetivos elencados para a pesquisa e a metodologia utilizada para sua consecução. Após, ilustra-se os resultados da pesquisa realizada para a identificação dos atrasos vacinais nas crianças acompanhadas no centro Saúde-Escola – Umuarama-Paraná, buscando entender os motivos subjacentes. Por fim, apresentam-se as considerações finais sobre o estudo proposto.

1 **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A fundamentação teórica desta pesquisa trata de algumas questões relevantes acerca do trabalho proposto, com uma breve discussão sobre a importância das imunizações no cuidado à saúde infantil, o modo de organização do Programa Nacional Imunizações, visando ilustrar as exigências do processo de operacionalização e do calendário vacinal da criança até dez anos recomendado pelo Ministério da Saúde.

A seguir, buscou-se discutir alguns elementos relativos aos fatores de atraso vacinal e as oportunidades perdidas de vacinação, foco deste estudo. Termina-se com algumas informações sobre o município de Umuarama-PR, bem como a organização do programa de vacinação nessa localidade, onde foi desenvolvido o estudo.

1.1 **As imunizações e sua importância para a saúde da criança**

A imunização constitui-se em uma das mais relevantes descobertas da medicina, contribuindo para a redução da morbimortalidade, controlando e, em algumas situações, até mesmo erradicando as doenças imunopreveníves. No Brasil, a vacinação é valorizada pela proteção individual e coletiva nos programa de saúde e diretrizes governamentais, sendo considerada uma importante prática da saúde pública. (SANTOS et al., 2006; ALEXANDRE, 2008).

A imunização é uma das medidas mais custo-efetivas na prevenção de doenças, significando a estimulação do sistema imune, fortalecendo-o para enfrentar infecções. Para a comunidade, contribui para diminuir ou interromper a transmissão de determinados agentes etiológicos, desde que uma parcela significativa da população esteja protegida pela imunização. (BARATA et al., 2005).

Para Malta et al. (2002), a preocupação com as vacinas sempre estiveram presentes nas pospostas políticas do setor de saúde, em particular, na atenção primária de saúde, apontando para os aspectos de prevenção de doenças e/ou proteção específica.

A vacinação leva a uma imunidade artificialmente induzida nos indivíduos à semelhança da doença, obtendo assim, meios de proteção à saúde, sendo considerada então, imunidade ativa artificial, que pode ser obtida por meios passivos, ou seja, através da passagem de anticorpos maternos pela placenta, e artificial, pela introdução de anticorpos no organismo, ao contrário das doenças que produz imunidade ativa natural. (CARVALHO, 1998).

Dentre os imunobiológicos disponíveis no Programa Nacional de Imunização para os menores de 10 anos, encontram-se as vacinas: BCG, para Hepatite B, Tetravalente, para Rotavírus humano, para Poliomielite, para Febre Amarela, Tríplice Viral, Tríplice Bacteriana, Pneumococo-10valente, Meningococos e vacina para Gripe H1N1[7]. Suas principais características, esquema de doses e principais contra-indicações encontram-se dispostas abaixo.

A vacina BCG é composta pelo bacilo de *Calmette-Guérin,* preparada com bacilos vivos, a partir de cepas atenuadas de *Micobacterium bovis* e está indicada para a prevenção de formas graves de tuberculose, particularmente meningite tuberculosa e tuberculose miliar. É administrada por via intra-dérmica, com dose única de 0,1ml na inserção inferior do músculo deltóide. Essa vacina não pode ser utilizada em crianças/pacientes imunodeprimidos e em crianças com peso inferior a dois quilos, devendo ser aplicada nas primeiras vinte e quatro horas após o nascimento, de preferência na maternidade. (CARVALHO, 1998).

No caso da Hepatite B, existem dois tipos de vacinas contra Hepatite B: as de primeira geração, derivadas de plasma - antígeno inativados de HBsAg, e as de segunda geração, produzida por recombinação genética. Ambas utilizam hidróxido de alumínio como adjuvante e o timerosal como conservante. É administrada por via intramuscular, com três doses de 0,5 ml, no vasto lateral da coxa em crianças menores de dois anos de idade, pode ser aplicada na região deltóide em crianças maiores de dois anos. Não deve ser aplicada na região glútea, pois a adoção desse procedimento se associa com menor produção de anticorpos, pelo menos em adultos. As duas primeiras doses devem ser aplicadas com intervalo de um mês; e a terceira, seis meses após a primeira (esquema 0, 1, 6). O intervalo entre a segunda e a terceira dose deve ser de, no mínimo, dois meses. Caso o intervalo entre as doses tenha sido ultrapassado, não há necessidade de recomeçar o esquema,

[7] A vacina para Gripe H1N1, não se encontra no calendário básico de vacinação, porém no ano de 2010 está sendo ofertada na campanha.

apenas completá-lo. As doses devem ser administradas, de preferência, logo após o nascimento, na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida, para evitar a transmissão vertical. (FARHAT, 2001).

A vacina Tetravalente é indicada contra difteria, tétano, coqueluche e *haemophilus influenzae* tipo B. Essa vacina contém bactérias ativadas de toxóide diftérico, toxóide tetânico e *Bordetella pertussis* inativada em suspensão, e o polissacarídeo capsular - PRP poliribosil-ribitol-fosfato. Deve ser administrada por via intramuscular, com três doses de 0,5 ml, no vasto lateral da coxa em crianças menores de dois anos de idade, com esquema básico de três doses com intervalos de 60 dias (esquema 2, 4 e 6 meses). A aplicação da Tetravalente é contra-indicada em crianças que tenham apresentado, após a aplicação de dose anterior, alguma reação anafilática sistêmica grave (hipotensão, choque, dificuldade respiratória); ou encefalopatia nos primeiros sete dias após a vacinação. Quando apresentados alguns desses episódios, a criança não pode receber mais esse tipo de vacina, devendo recorrer à vacina tríplice bactéria acelular (DTPa) que dever ser obtida através dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais. (MIGOWSKI, 2004).

A vacina contra Poliomielite é produzida a partir de vírus vivos atenuados em cultura de células derivadas, especialmente, de tecido renal de macacos da espécie *Cercopthecos aethiops*, contendo os três tipos de poliovírus atenuados (Tipos I, II e III). Além disso, contém conservante (antibióticos) e termoestabilizador (cloreto de magnésio e aminoácidos ou sacarose). É apresentada sob a forma líquida em frasco contendo 20 ou 25 doses. Devem ser administradas duas gotas por via oral que corresponde a 0,1 ml, com esquema de três doses a partir dos dois meses de idade, obedecendo a um intervalo de 60 dias entre as vacinações. Uma quarta dose deve ser aplicada aos 15 meses de idade. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias, sendo oferecidas duas campanhas anuais. (BRASIL, 2001).

A vacina contra o Rotavírus consiste em um vírus vivo atenuado monovalente, sorotipo G1P[8]. É administrada em duas doses, aos 2 e 4 meses de idade, por via oral e, em caso de regurgitação ou vômito, não deve ser aplicada uma nova dose. O intervalo mínimo entre as doses é de 4 semanas, havendo restrições de faixa etária tanto para a 1ª quanto para a 2ª dose, uma vez que não há garantia de segurança fora das faixas etárias estabelecidas. A idade mínima para a aplicação da 1ª dose é de um mês e meio, com idade máxima de 3 meses e 7 dias. Para a 2ª dose, a idade

mínima é de 3 meses e 7 dias; com a aplicação de uma 2ª dose aos 5 meses e meio de idade. A razão para essas limitações é que a segurança da vacina foi estudada exclusivamente quando utilizada nas faixas etárias citadas. Pode ser aplicada simultaneamente com as outras vacinas do calendário, exceto com a vacina anti-meningocócica conjugada tipo C, para a qual não há experiência suficiente para uma recomendação. A vacina contra Poliomielite deve ser utilizada no mesmo dia, respeitando o intervalo de 15 dias. É contra-indicada nos casos de imunodefciência congênita ou adquirida; uso de corticosteróides em doses imunossupressoras; uso de imunossupressores; presença de doença gastrointestinal crônica e malformação congênita do trato digestivo. (GILIO, 2006).

A vacina contra Febre Amarela[8] é composta de vírus vivo atenuado, cepa 17 D. É aplicada em dose única, 0,5 ml, a partir de nove meses de idade. A dose de reforço deve ser aplicada a cada dez anos. Há contra-indicações em casos de alergia grave à proteína do ovo, em gestantes, em imunodeprimidos, crianças abaixo de seis meses de idade, em pacientes infectados pelo vírus HIV, que estejam sintomáticos e nos pacientes em terapêutica imunossupressora. (BRASIL, 2001).

A vacina Tríplice Viral corresponde à combinação de vírus vivos atenuados contra sarampo, caxumba e rubéola, com recomendações de duas doses. A primeira dose deve ser aplicada partir de 12 meses de idade; e a segunda, entre quatro a seis anos de idade. É formalmente contra-indicada em caso de o indivíduo ter histórico de reação anafilática à ingestão de ovo de galinha ou à utilização de neomicina, em gestantes, em pacientes com imunodeficiências congênitas ou adquiridas, doenças neoplásicas em evolução, pacientes submetidos à quimioterapia ou corticoterapia imunossupressora. Após o uso de sangue ou hemoderivados, como no caso de todas as vacinas com agentes atenuados, a vacinação deve ser postergada por pelo menos três meses; pode ser utilizada em paciente HIV positivo, desde que não gravemente imunodeprimido ou sintomático. Caso seja administrada para mulheres em idade fértil, a gravidez deve ser evitada no período de um mês. (GILIO, 2006).

A vacina Tríplice Bacteriana (DTP) produz imunidade contra difteria, coqueluche e tétano. É uma vacina combinada de toxóide diftérico, tetânico e suspensão de *Bordetella Pertussis* inativada. É administrada por via intramuscular,

[8] A vacina contra Febre Amarela é indicada para crianças com 9 meses de idade no Paraná por ser considerado um Estado em área de transição (BRASIL, 2001).

com dois reforços, aos 15 meses e entre 4 a 6 anos de idade, com dose de 0,5 ml no glúteo. A aplicação da DTP é contra-indicada em casos de reação anafilática sistêmica grave (hipotensão, choque, dificuldade respiratória). Nesses casos, a criança não poderá receber mais esse tipo de vacina, devendo ser aplicada a Tríplice Bactéria acelular DTPa) que é obtida através dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais. (FARHAT, 2001).

A vacina Dupla Bacteriana é uma combinação que leva à imunidade contra difteria e tétano. Contém toxóide diftérico e toxóide tetânico, sendo administrada por via intramuscular, no glúteo, com 0,5 ml dose de reforço aos 10 anos de idade. (BRASIL, 2001).

A vacina Pneumocócica 10-valente é conjugada com o toxóide diftérico e sacarídeos dos antígenos capsulares de sete sorotipos de pneumococo (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F e 23F), devendo ser administrada em três doses e um reforço no primeiro ano de vida da criança. Para a implantação dessa vacina, há um esquema especial para o ano de 2010, no qual as crianças de 01 a 02 de idade, não vacinadas anteriormente, receberão a imunização. (BRASIL, 2010).

A vacina Anti-meningococo C corresponde a uma combinação com polissacarídeo capsular do meningococo do sorogrupo C, devendo ser administrada em duas doses e um reforço no primeiro ano de vida. Para a implantação da vacina no ano de 2010, haverá um esquema especial, no qual as crianças de 01 a 02 de idade, não vacinadas anteriormente, receberão a imunização. (BRASIL, 2010).

A Gripe H1N1 é uma vacina contra o vírus *Influenzae A.* Essa vacina não faz parte do calendário regular de imunização de crianças ou adultos, mas encontra-se incluída na 2ª etapa da estratégia de vacinação do ano de 2010, em virtude dos riscos de uma nova epidemia de gripe A. As crianças na faixa etária de 06 meses a 02 anos de idade receberão duas doses de 0,25 ml, com agendamento para uma segunda dose em 30 dias após a aplicação da 1ª dose. A administração de metade da dose da vacina em dois momentos justifica-se em razão da necessidade de promover uma estimulação gradual do sistema imunológico da criança ainda em formação, para que não haja comprometimento da soroconversão, que será conferida com a administração da 2ª dose, garantindo a efetividade da vacina. As crianças receberão a 1ª dose (0,25 ml) da vacina entre 22 de março e 2 de abril (2ª etapa da estratégia nacional), coincidindo com a vacinação dos portadores de doenças crônicas e das gestantes. A vacina é contra-indicada em crianças com

antecedentes de reação anafilática severa aos componentes da vacina e em doenças agudas graves. Os eventos adversos relacionados à vacinação contra Influenza são ainda pouco conhecidos mas referidos como pouco frequentes e passageiros, resolvendo-se, na maioria dos casos de forma natural em até 48 horas. (BRASIL, 2010).

1.2 **Programa Nacional de Imunização**

1.2.1 Origens e histórico

Em 18 de Setembro de 1973, foi instituído o Programa Nacional de Imunizações (PNI), a partir de uma proposta idealizada por técnicos do Ministério da Saúde, sanitaristas e infectologistas da época. Seu surgimento se deu em seguida ao sucesso da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), que fortaleceu dentro do Ministério da Saúde, uma corrente que defendia maiores investimentos no controle de doenças imunopreveníveis. (BENCHIMOL, 2001).

Nessa mesma época, o Brasil recebeu o Certificado Internacional de Erradicação da Varíola pela Organização Mundial da Saúde (OMS), marco fundamental nessa trajetória. Após essa certificação, a Saúde Pública no Brasil passou a contar com notável experiência em imunização e vigilância epidemiológica, além de uma estrutura técnica e operacional vinculada a órgãos federais e estaduais, que facilitou a implantação do Programa e sua expansão progressiva. Nas palavras de Temporão, atual ministro da saúde brasileira,

> A CEV, que dispunha de estrutura executiva autônoma diretamente subordinada ao Ministro da Saúde, mobilizou grandes esforços nacionais no desenvolvimento de estratégias de vacinação em massa, apoiou a produção e o controle de qualidade da vacina antivariólica, introduziu a aplicação dos então recentes conceitos de vigilância epidemiológica e estabeleceu mecanismos de avaliação do programa. [...] Com o encerramento de suas atividades, uma massa crítica de profissionais capacitados engajou-se em outras atividades relacionadas ao controle de doenças evitáveis por imunização. (TEMPORÃO, 2003, p. 604).

Segundo o entendimento do autor supracitado, o PNI abriu uma nova etapa na história das políticas públicas no campo da prevenção, haja vista que possibilitou articular, sob um único comando, um conjunto de práticas anteriormente dispersa em

vários órgãos e instâncias de governo. A sua criação deu-se no âmbito de um processo de formulação de grandes programas nacionais, que entendiam o controle das doenças preveníveis como necessitado da associação de ações diversas, para além do simples aumento de cobertura no número de doses aplicadas. Assim, o PNI, em seu documento conceitual, refere como exigências programáticas que:

> [...] seria preciso estender as vacinações às áreas rurais, aperfeiçoar a vigilância epidemiológica em todo o território nacional, capacitar laboratórios oficiais para a respaldarem com diagnóstico, instituir pelo menos um laboratório nacional de referência para o controle de qualidade das vacinas, racionalizar sua aquisição e distribuição e uniformizar as técnicas de administração [...] além de promover a educação em saúde para aumentar a receptividade da população aos programas de vacinação. (BENCHIMOL, 2001, apud TEMPORÃO, 2003, p. 606).

No seu processo de constituição, o PNI nascente é apoiado pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recebendo contribuições do Rotary Internacional e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Em termos do organograma, o PNI foi inicialmente criado no âmbito da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde (DNEES), do Ministério da Saúde, passando depois à coordenação da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), entre 1974 e 1979. De 1980 a 1990, ficou sob responsabilidade da Divisão Nacional de Epidemiologia, da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde. Em 1990, foi transferido para a Fundação Nacional de Saúde (FNS), como Coordenação de Imunizações e Auto-Suficiência em Imunobiológicos, integrante do Departamento de Operações, passando depois ao Centro Nacional de Epidemiologia e mais tarde tornando-se a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI). Atualmente, a CGPNI compõe a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2003)[9].

1.2.2 Modo de organização do Programa Nacional de Imunização

A organização de um Programa Nacional de Imunizações é um processo complexo, exigindo a introdução de elementos logísticos e tecnológicos, visando

[9] Para maiores detalhes, sugere-se ver: *30 anos do Programa Nacional de Imunizações*. (BRASIL. MS, 2003). *O Programa Nacional de Imunizações(PNI): origens e desenvolvimento*. (TEMPORÃO, 2003) e *Febre amarela*: a doença e a vacina, uma história inacabada. (BENCHIMOL, 2001).

manter as vacinas em temperaturas adequadas, desde os laboratórios produtores até os serviços locais de saúde. Essa exigência tem como base um componente fundamental: a rede de frio é constituída de elementos que são produtos da especialização tecnológica, tais como câmaras frigoríficas, congeladores, geladeiras, caixas isotérmicas, termômetros e sensores de temperatura apropriados para esses equipamentos. A utilização, em larga escala, de seringas e outros insumos para a aplicação dos imunobiológicos também demanda programação, planejamento e gerenciamento especializados. (BRASIL, 2001).

A necessidade de pessoal para exercer as atividades específicas de vacinação e outras atividades a elas relacionadas, implica em componentes de formação e de capacitação técnica dos profissionais para o planejamento e coordenação das atividades que incluem a supervisão, investigação operacional e epidemiológica, comunicação social, sistema de informação, vigilância epidemiológica e avaliação sistemática e rotineira para identificação dos problemas advindos no desempenho das atividades e das propostas de recomendações aos grupos de decisão envolvidos no programa. (BRASIL, 2001).

No Brasil, o planejamento do PNI reúne condições para resolver efetivamente os problemas enfrentados pelos executores das ações, sendo de responsabilidade das três esferas de governo: federal e estadual e municipal. As instâncias federal e estadual apóiam técnica, operacional e financeira a esfera executora do Sistema Único de Saúde (SUS), qual seja, os municípios. A instância municipal é a responsável mais direta para a garantia de atenção à saúde de todos os seus munícipes e para fazer cumprir o preceito ético-doutrinário da integralidade prescrito na Constituição Federal brasileira. (FUNASA, 1991), que menciona em seu art. 169: que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

As competências do PNI, estabelecidas no Decreto nº 78.231 de 12/08/1976 consistem em:

> Implantar e implementar ações do Programa, relacionadas com as vacinações de caráter obrigatório; Estabelecer critérios e prestar apoio técnico e financeiro à elaboração, implantação e implementação do Programa de Vacinação (...); Estabelecer normas básicas para execução das vacinações; Supervisionar (...) e avaliar a execução das vacinações no território nacional (...); Analisar e divulgar informações referentes ao PNI. (BRASIL, 2003, p. 24).

A nível local, o Programa de Imunização tem suas competências voltadas para a execução das atividades relacionadas com as vacinações de caráter obrigatório, desenvolvimento das ações estabelecidas pelo nível nacional, organização do setor de imunização, administração das vacinas, orientações quanto às reações vacinais, controle e conservação da rede de frio, solicitação e distribuição dos imunobiológicos para as unidades de saúde, controle dos cartões vacinais, o ***controle dos faltosos***[10], capacitação dos profissionais envolvidos com as atividades de vacinação (grifos nossos).

De forma específica, a Instrução Normativa nº 2 da antiga FUNASA, de 30 de janeiro de 2003 (BRASIL, 2003), que se refere à gestão dos imunobiológicos em território nacional, lista como competências do nível municipal as seguintes:

> I. realizar a coordenação do componente municipal do PNI;
> II. planejar, acompanhar as ações de imunização, de forma complementar aos níveis federal e estadual, para sua área de jurisdição;
> III. participar no financiamento das ações de imunização, em sua área de jurisdição;
> IV. coordenar e executar, em sua área de jurisdição, as ações de imunizações integrantes do PNI, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégicas especiais, tais como campanhas e vacinações de bloqueio, além da notificação e investigação de eventos adversos temporalmente associados à vacinação;
> V. orientar o pessoal técnico quanto aos procedimentos relacionados ao planejamento, armazenagem, acondicionamento, conservação, distribuição e aplicação dos imunobiológicos, conforme orientações do Estado de jurisdição;
> VI. manter e capacitar recursos humanos necessários à execução das ações de armazenagem, acondicionamento, manipulação, transporte e aplicação dos imunobiológicos;
> VII. receber, do Estado de sua jurisdição, os imunobiológicos, conferir a temperatura, armazenar, conservar em equipamentos de refrigeração exclusivos para esta finalidade e transportá-los sob condições técnicas adequadas, conforme orientações do Estado de jurisdição;
> VIII. zelar pela segurança dos imunobiológicos sob sua responsabilidade e garantir a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de refrigeração que os acondicionam;
> IX. aplicar os imunobiológicos, exclusivamente, em ações e serviços de saúde pública, de acordo com as orientações técnicas do Estado de jurisdição;
> X. **supervisionar e acompanhar as ações de imunizações em salas de vacina sob sua responsabilidade**;
> XI. coletar, consolidar e analisar os dados provenientes das unidades de saúde locais;
> XII. alimentar, mensalmente, os Sistemas de Informações do PNI, conforme orientações do Estado de jurisdição;
> XIII. retroalimentar e divulgar as informações referentes ao PNI às unidades de saúde de sua área de jurisdição;
> XIV. controlar o estoque dos imunobiológicos e informar, periodicamente, nos prazos definidos pelo Estado de sua jurisdição, o recebimento, a distribuição, o consumo e eventuais perdas e saldos, para fins de reposição;
> XV. coordenar e executar as atividades de comunicação e educação na área de imunização, de abrangência municipal; e
> XVI. apresentar, ao Estado de jurisdição, sempre que solicitado, relatórios técnicos detalhados das atividades, objetos desta Instrução Normativa. (BRASIL, 2003).

[10] Para fazer o controle dos faltosos são registradas no cartão controle informações sobre vacinação contidas no Cartão da Criança, pois essas informações são úteis para o acompanhamento e controle da vacinação das crianças, bem como de referência na busca dos faltosos e, também, para organizar o arquivo permanente de vacinação.

A seguir, se discutirá o calendário básico de vacinação infantil, qual seja, o esquema de vacinação de rotina recomendado em cada país ou região – que, quando elaborado e seguido, tem por objetivo a obtenção de uma imunização universal.

1.3 **Calendário vacinal de crianças**

O objetivo prioritário do PNI é controlar e erradicar as doenças imunopreveníveis, tendo como meta operacional básica vacinar 100% das crianças menores de um ano, com todas as vacinas disponíveis no Calendário Vacinal. (BRASIL, 2003).

O Calendário Vacinal é organizado de forma a ordenar a seqüência cronológica das vacinas a serem administradas sistematicamente em um determinado país ou região, levando em consideração a situação epidemiológica das doenças imunopreveníveis na região e a viabilidade operacional e financeira, o que justifica os diferentes esquemas de vacinação observados em várias partes do mundo. (FARHAT, 2000).

Sá (2005) lista algumas características básicas de um “calendário vacinal ideal”:

> [...] proteção contra as doenças das quais se propõe defender; simplificação ao máximo das doses e visitas necessárias aos serviços; aceitação pelos profissionais de saúde e pela sociedade; adaptação às necessidades da população quanto às características epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas, e, finalmente, atualização permanente. (SÁ, 2005, p. 19).

Historicamente, diversos calendários de vacinação foram propostos em função de obrigações legais, da mudança nos dados epidemiológicos ou decorrentes da progressiva incorporação de novas vacinas. Isso porque, no estabelecimento de um calendário vacinal, é necessário considerar os aspectos fundamentais da vacinação, como: características individuais e sociais da população, perfil epidemiológico das doenças regionais, e condições de infra-estrutura disponíveis. Feijó et al (2006) listam um conjunto de elementos e condições importantes no planejamento de um calendário vacinal. Entre eles citam-se:

> [...] do ponto de vista epidemiológico, deve-se evitar um grande intervalo entre vacinas sucessivas, iniciando-se o mais precocemente possível, considerando a

> resposta imunológica dos produtos em relação às idades, assim como a história das enfermidades na população. Para ser aceitável, deve-se avaliar: hábitos de deslocamento da população; as alterações climáticas que interrompem atividades comunitárias; crenças e costumes locais que possam representar um obstáculo à divulgação e execução. Em relação a questões operacionais, o calendário deve prever um mínimo de visitas para um mesmo indivíduo e otimizar a administração simultânea de várias vacinas e de vacinas combinadas. Periodicamente, deve haver uma atualização e revisão dos critérios estabelecidos, considerando-se as respostas obtidas, assim como novas informações científicas, demonstrando a eficácia do calendário estabelecido. (FEIJÓ et al, 2006, p. 4-5).

Existe o calendário vacinal recomendado pelo Ministério da Saúde, que corresponde ao conjunto de vacinas consideradas de interesse prioritário à saúde pública do país e garantidas publicamente pelo SUS, e que o utilizado como base na avaliação do estado vacinal, objeto dessa dissertação. Entretanto, existem outros, recomendados por sociedades diversas, como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SPB) e a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM), que incluem imunobiológicos não contemplados na oferta pública garantida pelo Ministério da Saúde, contendo dentre outras, recomendações de vacinas para varicela e hepatite A[11].

Em 1977, no Brasil, foram definidas as vacinas obrigatórias para os menores de 1 ano e foi aprovado o primeiro modelo da caderneta de vacinações, através da Portaria 452/RN de 6 /12/1976 do Ministério da Saúde. (FAHART, 2000).

Desde então, o calendário de vacinação das crianças, recomendado pelo Ministério da Saúde, vem sofrendo avanços consideráveis, com a inclusão da tríplice viral (caxumba, sarampo e rubéola), hepatite B, *Haemophilus influenzae* tipo B (meningite). Em maio de 2002, foi contemplada no calendário a vacina tetravalente (difteria, tétano, coqueluche e *Haemophilus influenzae* tipo B). (MARTINS, 2004).

Outra alteração bem mais recente, ocorrida em 2004, correspondeu a inclusão de uma segunda dose de reforço da DTP (difteria, tétano e coqueluche) e de uma dose de tríplice viral, para crianças de 4 a 6 anos de idade. (BRASIL, 2004). No ano de 2010, duas novas vacinas serão incluídas no calendário básico de vacinação disponível na rede pública de saúde: a pneumocócica 10-valente e a anti-meningococo C. A primeira será oferecida a partir de março/2010 em todo o território nacional e protege contra meningites e pneumonias, sinusite, otites e bacteremia produzidas pela bactéria Pneumococo, entre outras doenças. A segunda, aplicada a partir de agosto/2010, imuniza contra a doença meningocócica. Nos primeiros 12

[11] Os calendários vacinais recomendados por essas sociedades podem ser vistos nos sites: www.sbp.com.br e www.sbim.org.br .

meses após a implementação, as novas vacinas serão aplicadas em crianças menores de dois anos de idade. A partir de 2011, elas farão parte do calendário básico de vacinação da criança específico para os menores de um ano[12], que passará a ser constituído então por 13 imunobiológicos para proteger contra 19 doenças. (BRASIL, 2009). O Ministério da Saúde também disponibiliza, nos Centros de Referências de Imunobiológicos Especiais (CRIE), produtos imunobiológicos de moderna tecnologia e alto custo, com intuito de beneficiar a população brasileira que, por motivos biológicos específicos, são impedidos de usufruir dos benefícios dos produtos que se encontram na rotina disponibilizados na rede pública[13].

Incluindo as novas vacinas disponibilizadas publicamente pelo sistema a partir de 2010, a oferta total do PNI e considerando as imunizações especiais ofertadas através dos CRIE, passará a ser de 28 tipos de vacinas (nacionais e importadas). O Ministério da Saúde informa que este número será 30% maior que em 2002, quando eram oferecidos 18 tipos, atribuindo o crescimento ao esforço e investimento do país para desenvolver novas vacinas e ao aumento da capacidade de produção ocorrido nos últimos anos. Reforçando este argumento, relata que o investimento brasileiro em pesquisas para o desenvolvimento e aprimoramento de vacinas aumentou mais de 1.216% em cinco anos: em 2003, o governo federal investiu R$ 1,6 bilhão em estudos na área, com estes valores saltando para R$ 21 bilhões em 2008. (BRASIL, MS, 2010)[14].

Na época da realização desta pesquisa, o calendário básico de vacinação (BRASIL, MS, 2006), recomendado pelo PNI para a população infantil[15], contemplava 11 doenças imunopreveníveis: tuberculose, hepatite B, paralisia infantil, rotaviroses, difteria, tétano, coqueluche, formas graves de infecções por *Haemophilus influenzae*, febre amarela, sarampo, caxumba e rubéola, conforme mostrado no Quadro 1 abaixo[16],[17].

---

[12] Informações obtidas através do Boletim SVS em Rede, número 70, fevereiro de 2010. Disponível in: http://189.28.128.179:8080/svs_informa/edicao-70-fevereiro-de-2010-1

[13] Para maiores detalhes destes produtos, ver: www.bvsms.saude.gov.br

[14] Informações obtidas a partir do site http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11080

[15] O Ministério da Saúde preconiza desde 2004 outros calendários vacinais para a população de adolescente, adultos e de idosos, que estão disponíveis, respectivamente, em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21463 e http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21464.

[16] O Ministério da Saúde também disponibiliza, nos Centros de Referências de Imunobiológicos Especiais (CRIEs), produtos imunobiológicos de moderna tecnologia e alto custo, com intuito de beneficiar a população

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 *Haemophilus influenzae* tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (3)	1ª dose	Diarréia por Rotavírus
	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b
4 meses	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 *Haemophilus influenzae* 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

Observações: ***(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 administar 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.

Quadro 1 - Calendário vacinal da criança do Ministério da Saúde, 2006

Fonte: Brasil (2006). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21462)

Na portaria ministerial nº 1602, de 12/07/2006, que revisava a última versão do calendário vacinal do Programa Nacional de Imunização, encontrava-se ainda disposto que o cumprimento do calendário é de caráter obrigatório, devendo ser comprovado através de atestado de vacinação emitido por serviços públicos de saúde ou pelas clínicas privadas de vacinação, desde que estejam de acordo com a

brasileira que, por motivos biológicos específicos, são impedidos de usufruir dos benefícios dos produtos que se encontram na rotina disponibilizados na rede pública. Para maiores detalhe destes produtos, ver: www.bvsms.saude.gov.br

[17] O Ministério da Saúde preconiza desde 2004 outros calendários vacinais para a população de adolescente, adultos e de idosos, que estão disponíveis em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21463 e http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21464.

legislação vigente. Esse atestado deve conter a identificação da unidade de atendimento, do imunobiológico administrado, do laboratório produtor, o número do lote, necessitando ser assinado pelo médico e/ou enfermeiro responsável pelo serviço. (BRASIL, 2006).

É tomando por base a observância ao calendário que se configuram os atrasos vacinais e as oportunidades perdidas de vacinação, melhor discutidos na seção subsequente.

1.4 **Atrasos vacinais e oportunidades perdidas de vacinação**

Vacinar uma criança tem duas finalidades: imunizá-la e fazer dela um elemento de imunidade que, quando está suficientemente elevada, constitui uma barreira eficaz à difusão das doenças imunotransmissíveis na coletividade. A criança não vacinada corre o risco maior, como também diminui a resistência na rede de imunidade comunitária. (FERREIRA, 2007). Desse modo, a vacina protege a pessoa vacinada e a comunidade, reduzindo a transmissão do agente infeccioso, conferindo proteção indireta aos não vacinados, através da chamada imunidade coletiva.

Para conferir uma adequada proteção imunológica às crianças é necessário completar o esquema vacinal, o que implica em vários retornos aos serviços de saúde para a aplicação das vacinas. Crianças (ou adultos) que não comparecem aos retornos pré-agendados pelas salas de vacinação que a atendem, são consideradas faltosas ao programa de imunização e fortes candidatas a ficarem em uma situação de atraso vacinal.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o atraso vacinal configura-se quando uma criança não recebeu algumas das vacinas que estavam indicadas e programadas para ela, conforme preconizado pelo calendário vacinal vigente.

Com vistas a delimitar o foco deste estudo, um conjunto de outros conceitos correlatos merece destaque, são eles:

- Vacinação de acordo com a idade — Vacinas administradas até 30 dias depois da idade recomendada para cada vacina.

- Vacinação atualizada — Todas as vacinas previstas para determinada idade, mas administradas com um atraso superior a 30 dias em relação a pelo menos uma vacina.
- Tempo de subvacinação — Tempo total em meses que uma criança passou sem uma dada vacina, para além dos 30 dias de tolerância. (TEIXEIRA et al, 1997).

O Ministério da Saúde também trabalha com prazo de trinta dias para caracterizar o atraso vacinal. (BRASIL, 2001). Entretanto, autores, como Molina et al (2007) recortam outros intervalos temporais, exigindo cuidado para comparação entre estudos. Estes pesquisadores classificam criança em atraso vacinal da seguinte maneira:

- Em atraso vacinal (EAV) – atraso de 15 dias ou mais do preconizado no calendário de vacinação;
- Vacinada com atraso (VCA) – crianças vacinadas que receberam a vacina após 15 dias ou mais da data preconizada no calendário de vacinação;
- Em dia (ED) – crianças que receberam a vacina com a idade preconizada ou até 15 dias após a data referida no calendário de vacinação.

No caso dessa disseração, foi tomado por base como período para definição do atraso, os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

A fim de reduzir os impactos epidemiológicos decorrentes dos atrasos vacinais e da não imunização, o Programa Nacional de Imunização estabelece ainda que, embora todos os grupos de idade mereçam atenção, cuidado especial deve ser adotado aos menores de um ano. O acompanhamento das crianças faltosas à vacinação deve ser realizado quinzenalmente, de acordo a realidade de cada serviço, adotando como método de trabalho a busca ativa, através de visitas domiciliares, envio de carta ou aerograma, ou até mesmo chamadas por meios de outros grupos e organizações da comunidade, para atualizar o esquema vacinal. (BRASIL, 2001).

Os profissionais responsáveis pelas salas de vacinação devem aproveitar todas as oportunidades para vacinar crianças, gestantes, trabalhadores e idosos, seja na unidade de saúde ou no domicílio. Articular estratégias de divulgação junto à comunidade sobre a importância das vacinas e sobres as medidas para a promoção à saúde em geral, através de reuniões com a comunidade, uso de rádio comunitária, distribuição de material educativo e sempre reforçando junto a essas estratégias a

busca dos faltosos na vacinação é fundamental também para minimização deste problema. (FIGUEIREDO, 2007).

Ainda que a busca de faltosos seja um importante instrumento para o combate aos atrasos vacinais e falhas na imunização, é importante destacar, contudo, que a situação de faltoso pode se configurar apenas em uma questão de registro. Essa situação – a de faltoso – se faz presente a partir da constatação pela equipe do serviço de saúde, do não retorno de uma criança agendada para uma nova imunização em uma dada ocasião. E é possibilitada pelo arquivamento do "espelho" do cartão de vacinação que fica depositado na unidade de saúde da localidade onde o menor reside. A família, contudo, pode ter buscado espontaneamente essa imunização em outra unidade ou a criança pode ter sido percebida com a vacina em atraso em um contato qualquer com os serviços de saúde, sendo aproveitado o momento, para a devida atualização do calendário. Neste caso, a criança está com a vacinação em dia, mas o registro desta não. E essas situações acontecem pelo fato de não haver um sistema informatizado e falta de comunicação entres os profissionais das unidades de saúde.

Estudo de Maia (1994 apud FIGUEIREDO, 2007) envolvendo entrevistas com familiares de crianças faltosas no esquema básico de vacinação revelou falhas nos registros das fichas-controle das salas de vacina de crianças menores de cinco anos. Foi constatado, também, falhas na comunicação entre as unidades de saúde.

Diversos autores têm se dedicado ao estudo dos fatores relacionados aos atrasos vacinais e a não vacinação, tanto no plano internacional. (NIGENDA-LÓPEZ et al., 1993; LIEU et al., 1994; TEIXEIRA et al., 1997; KIM et al., 2007), quanto no Brasil (SZWARCWALD; VALENTE, 1985; ARANDA, apud FARHAT et al., 2001, p. 94; MORAES et al., 2003; SÁ, 2005).

Estudo publicado em 1997, por Nigenda-López, Orozco e Leyva, faz uma revisão crítica da literatura internacional publicada entre 1950 e 1990 relativa aos motivos da não vacinação, listando como os principais, nos países menos desenvolvidos, os seguintes: (a) aspectos das políticas de imunização locais; (b) aspectos culturais e mitos (tais como a crença de que o sarampo era uma doença inócua ou que uma determinada vacina era desnecessária), bem como o medo das reações às vacinas; e, (c) baixa informação e conhecimentos sobre as vacinas. Estes autores também consideraram fundamental o papel do profissional de saúde, principalmente dos médicos, no acesso à informação por parte da população e

referiram que o desenho de programas de educação para a saúde deveria contar com as características sociais e culturais específicas das comunidades com as quais trabalhavam.

Para Teixeira et al. (1997, p. 16), vários fatores estão associados à subvacinação, podendo ser agrupados em 3 grandes grupos, a saber: “(1) fatores ligados às características da população; (2) barreiras relacionadas ao sistema de saúde e (3) atitudes dos profissionais de saúde”.

Outros autores, como Moura da Silva et al. (1999), também dividem as causas dos atrasos vacinais e da não vacinação infantil em três grandes grupos, genericamente classificado como: (1) fatores relacionados com os usuários, que incluem desde características socio-demográficas da mãe e dos familiares a conhecimentos e atitudes em relação a vacinação; (2) fatores estruturais relacionados aos serviços de saúde; e (3) oportunidades perdidas de vacinação.

Os fatores ligados às características da população que se associam aos atrasos vacinais podem ser citados: baixo conhecimento sobre as vacinas e importância da imunização; baixo nível sócio-econômico-cultural familiar, que dificulta o pleno entendimento das orientações eventualmente recebidas ou se associa a dificuldades em arcar com os custos de transporte, prejudicando o comparecimento regular; residência em área rural; mudança freqüente de domicílio; e residência há menos de um ano na área; pertencimento a minorias étnicas e religiosas; família uniparental; extremos de idade materna, sobretudo mães adolescentes; baixa escolaridade materna; grande número de filhos, em particular de irmãos mais velhos; maior número de moradores no domicílio; ambos os pais trabalhando e conflitos trabalhistas motivados pela perda de dias de trabalho para o cuidado dos filhos, o que dificulta um adequado e regular acompanhamento da saúde infantil; ausência de seguro-saúde; medos quanto à segurança da vacinação ou temor das injeções, etc. (TEIXEIRA, 1997; SILVA, 1999).

Segundo estes estudos, a vacinação infantil depende da visita das crianças a unidades de saúde que oferecem esses serviços e, conseqüentemente, da aderência dos pais/responsáveis a idéia de manter o cartão de vacinação em dia, em qualquer faixa etária. Por conseguinte, depende, dentre outros fatores, dos pais compreenderem a importância da vacinação, aceitar sua importância e segurança, e da sua disposição de conduzir as crianças às unidades de vacinação e ali obterem sua imunização.

Em trabalho realizado por Yára et al. (2008), no município de São Paulo, durante a segunda etapa da campanha de multivacinação do ano de 2007, em várias unidades de saúde sobre os fatores associados a não vacinação, os autores constataram que a população conhece da importância da vacinação, e mesmo assim não cumpre o calendário de vacinação ou, deixam as vacinas de seus entes em atraso. Quando indagados do por que do atraso, as principais justificativas estão relacionadas à dificuldade de acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Já no que se refere aos fatores de atraso vacinal e não vacinação, relacionados ao sistema de saúde podem ser lembrados: retardo no agendamento das consultas, filas e longo tempo de espera; dificuldades de acesso por distância ou horário de funcionamento (por exemplo, falta de consultas noturnas ou nos finais de semana); descoordenação entre serviços como, as unidades de vacinação e as unidades locais de saúde, entre as quais o Programa Saúde da Família (PSF); falha nos sistemas de detecção e de busca dos faltosos; falta de imunobiológicos; burocracia e outros elementos ligados à organização local do serviço de imunização, como dias fixos para a administração de algumas vacinas; aplicação de certos imunobiológicos apenas em unidades determinadas de saúde, obrigando o deslocamento por vários serviços. (TEIXEIRA, 1997; SILVA, 1999).

Por fim, a participação de profissionais responsáveis pelas salas de vacinas e daqueles envolvidos com a assistência à saúde em geral e da comunidade, é outro elemento envolvido nos atrasos e fundamental para a consistência do programa de imunização, com isso se obtendo uma adequada cobertura vacinal e proteção imunológica da população. Em termos das atitudes dos profissionais de saúde podem ser citadas como causas associadas ao atraso vacinal as oportunidades perdidas de vacinação, conceitos errados e falsas contra-indicações.

Especificamente em relação às práticas dos profissionais de saúde, Sá (2005, p. 30) menciona que vários estudos apontaram atitudes negativas, tanto dos familiares quanto dos profissionais de saúde e cita que estudo de Bate et al, mencionado por Nigenda-López et al. (1997), identificou que 52% dos pais apresentavam ansiedade a respeito de uma determinada vacina e que, em 25% deles, foram os próprios profissionais médicos que aconselharam a não tomar a vacina. Assim, a preocupação da população e dos profissionais quanto à segurança das vacinas é um fator a ser tratado com cuidado pelos gestores, sendo importante um trabalho de esclarecimento permanente dos profissionais de saúde sobre a

segurança, a eficácia e os intervalos das vacinas, para diminuir a ocorrência de atraso vacinal e de oportunidades perdidas de vacinação.

Apoiadas em conceitos desatualizados, as falsas contra-indicações contribuem com a perda de oportunidade de vacinação e o conseqüente prejuízo da cobertura vacinal. São exemplos destas. (BRASIL, 2001, p.16):

- Doenças benignas comuns: resfriados, diarréia leve, doenças de pele como o impetigo ou a escabiose
- Estado febril
- Desnutrição
- Amamentação
- Vacinação contra raiva em andamento
- Doença neurológica estável ou pregressa, com seqüela presente
- Antecedente familiar de convulsão
- Tratamento sistêmico com corticóide com baixas doses
- Alergias, a não ser as relacionadas com componentes da vacina e as reações alérgicas sistêmicas e graves
- Alergia a penicilina
- Internação hospitalar
- Vacinação prévia

O atraso vacinal pode decorrer também de uma oportunidade perdida. (OPAS, 1991; SANTOLI et al., 1998, DANIELS et al., 2001). Para conceituar oportunidade perdida de vacinação, a Organização Panamericana de Saúde (1991), que a mesma ocorre quando uma criança visita uma unidade de saúde e não recebe as vacinas para ela indicada naquele momento. Hutchins (1993 apud FARHAT, 2000) afirma que oportunidade perdida é quando uma pessoa candidata à imunização e que não apresenta contra-indicação, vai a uma unidade de saúde e não recebe as vacinas necessárias.

Segundo Sá (2005, p. 25), diversas questões relacionadas às atitudes dos profissionais de saúde, ao local estabelecido para a sala de vacina, aos horários disponíveis para vacinação, ao número de profissionais em serviço, ao tempo de espera, ao estoque de vacinas, etc., podem estar favorecendo ou dificultando a recuperação de oportunidades de vacinação.

Alguns fatores que podem levar as oportunidades perdidas citadas por Aranda:

> (a) administração não simultânea de vacinas, que não se justifica porque os imunobiológicos mantêm a mesma imunogenicidade, ainda que aplicados no mesmo momento; (b) falsas contra-indicações de vacinas, geralmente reflexos da não atualização e desconhecimento dos profissionais que atuam em salas de vacinas e na assistência sobre as poucas verdadeiras contra-indicações[18]; (c) atitudes

[18] Segundo o Ministério da Saúde (1998), as verdadeiras contra-indicações são:
a) Vacinas com agentes vivos (bacterianas e virais) em pacientes imunossuprimidos e grávidas.
b) Vacinas Virais ou bacterianas que causaram anafilaxia grave em dose anterior ou componente vacinal.
c) Encefalopatia após vacina pertussis (coqueluche) nos sete dias iniciais de aplicação.

> negativas dos profissionais de saúde, expressas, por exemplo, quando o profissional da sala de vacina não abre um frasco de vacina com dez doses para aplicar em um único paciente, a fim de não desperdiçar o restante do frasco e agendando a criança para outro dia; pouco esclarecimento sobre a importância da vacinação na prevenção de doenças infantis; comparecimento ao atendimento de pediatria ou de outras especialidades, sem que os profissionais verifiquem a atualização do cartão vacinal e orientem sobre a necessidade de sua atualização; (d) problemas logísticos como a localização da sala de vacina distante/fora do espaço do local de atendimento assistencial da criança; horário de funcionamento da sala de vacinação geralmente em horários comerciais; déficit de recursos humanos; fluxo de atendimento, com agendamento prévio como fluxo obrigatório para o atendimento da sala de vacina; registros de vacinas desatualizados; falta de vacinas e paciente internado; (e) recusa de familiares e de pacientes, motivada por falta de informação dos familiares sobre os riscos das doenças imunopreveníveis e a importância da vacinação para sua prevenção, mitos sobre a segurança das vacinas e suas contra-indicações. (ARANDA apud FARHAT et al, 2000, p. 94).

Estudo realizado pela OMS (WHO, 1993) acerca das oportunidades perdidas, relata que dentre as causas mais importantes levantadas encontram-se: falhas na administração simultânea de vacinas (22%); falsas contra-indicações (19%); fatores ligados às práticas de profissionais (16%) e problemas logísticos (10%).

Em nosso meio, Sá (2005) realizou um estudo sobre as oportunidades perdidas de vacinação e os fatores possivelmente relacionados a estas e aos atrasos vacinais, junto a clientela de um hospital pediátrico terciário do município do Rio de Janeiro, onde também funcionava um CRIE (Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais). Foram realizadas entrevistas com os responsáveis pelas crianças de 0 a 59 meses, atendidas de primeira vez nessa Unidade, e, com os profissionais de saúde que trabalhavam no ambulatório e no CRIE. A autora encontrou que, de um total de 96 crianças cujos responsáveis foram entrevistados, 91,7% havia trazido o cartão de vacinas no dia da consulta, mas apenas 18,2% tiveram o cartão efetivamente verificado por um profissional de saúde. Do total avaliado, 12 crianças foram consideradas oportunidades perdidas de vacinação (12,5%). Dezoito dos 33 profissionais de saúde entrevistados (54,5%) afirmaram que sempre solicitam o cartão de vacinas. Foram feitas algumas perguntas que visavam avaliar a conhecimento do calendário de vacinação e das contra-indicações; as questões estavam todas corretas em 12,1% e 48,5% das entrevistas dos profissionais, respectivamente. A causa mais freqüente de OPV observada no referido estudo esteve ligada às práticas dos profissionais de saúde quanto à avaliação da situação vacinal das crianças, mas outros fatores tais como as falhas

---

Essas contra-indicações podem ser consultadas em: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos Pós-Vacinação. Brasília, Fundação Nacional da Saúde, 1998.

de conhecimento das vacinas do calendário oficial e o desconhecimento do papel do CRIE na vacinação de rotina foram também identificados.

1.5 **Programa de imunização em Umuarama-PR**

O município de Umuarama, fundado em 25 de julho de 1960, localiza-se no Noroeste do Estado do Paraná, ocupando uma área de 1.233km^2. Pertence a 12ª Regional de Saúde[19], composta por 22 (vinte e dois) municípios, sendo seu município sede (Figuras 1 e 2).

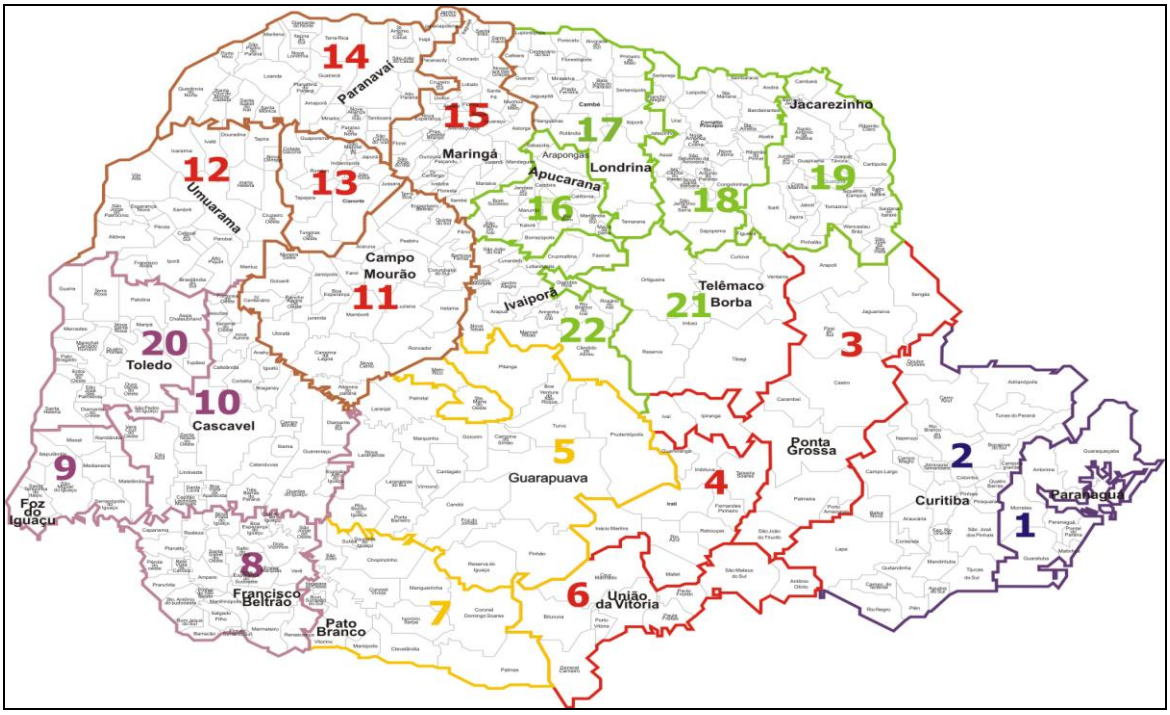

Figura 1 - Mapa do Estado do Paraná com seus municípios e respectivas regionais de saúde

Fonte: Adaptado de SESA, 2008. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=119

[19] As Regionais de Saúde, em número de 22 em todo o Estado do Paraná, constituem a instância administrativa intermediária da SESA/ISEP. Conforme descrito na pagina eletrônica da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, seu papel é menos o de executar ações e serviços de saúde e mais de apoio, cooperação técnica e investimentos nos municípios e nos consórcios. Os municípios, isoladamente ou aglutinados em módulos intermunicipais, devem assumir todas as ações e serviços que possam por eles ser absorvidos. À Regional de Saúde cabe desenvolver a inteligência necessária para apoiar o município em todas as áreas e para influenciar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência com qualidade.

Figura 2 - Mapa do município de Umuarama e demais municípios componentes da 12ª regional de saúde do Paraná

Fonte: Adaptado de SESA, 2008. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=119

A cidade de Umuarama possuía uma população estimada em 99.607 habitantes (IBGE, 2007), com a distribuição etária disposta conforme Tabela 1 a seguir. Crianças menores de 5 anos correspondem a 6% do total da população, sendo os menores de 1 ano pouco mais de 1% da população do município.

Tabela 1 - Município de Umuarama, população residente por faixa etária e sexo, 2009

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	%
Menor 1 ano	561	537	1098	1,1
1 a 4 anos	2493	2379	4872	4,9
5 a 9 anos	3720	3556	7276	7,3
10 a 14 anos	3815	3788	7603	7,6
15 a 19 anos	4124	4110	8234	8,3
20 a 29 anos	8850	8857	17707	17,8
30 a 39 anos	7450	7990	15440	15,5
40 a 49 anos	6514	7513	14027	14,1
50 a 59 anos	4903	5885	10788	10,8
60 a 69 anos	3291	3597	6888	6,9
70 a 79 anos	1872	2122	3994	4,0
80 anos e mais	785	895	1680	1,7
Total	48378	51229	99607	100,0

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, *apud* Cadernos de Informações de Saúde do Ministério da Saúde, 2007.[20]

[20] Para maiores detalhes, acessar www.datasus.gov.br

O número de nascidos vivos, uma informação importante para os cálculos da cobertura vacinal no menor de um ano, vem caindo continuamente desde 2000 (Tabela 2).

Tabela 2 - Número de nascidos vivos - Município de Umuarama - 1997-2006

Ano	Número de Nascidos Vivos
1997	1618
1998	1495
1999	1522
2000	1557
2001	1424
2002	1382
2003	1367
2004	1316
2005	1267
2006	1034

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, *apud* Cadernos de Informações de Saúde do Ministério da Saúde, 2009.

A Tabela 3 apresenta os dados relativos à mortalidade proporcional por faixa etária e segundo o grupo de causas, revelando que entre as crianças de 1 a 5 anos no município de Umuarama houve mortes por doenças do aparelho respiratório e doenças originadas no período perinatal. Doenças infecciosas e parasitárias, onde estão incluídas as condições mais relevantes em termos de controle direto por imunizações, não apresentou óbitos no ano em questão.

Tabela 3 - Mortalidade proporcional (%) por faixa etária e segundo grupo de causas - CID10 – 2006 do Município de Umuarama – Paraná

Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	-	-	5,1	3,0	2,6	2,6	2,9
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	-	-	24,2	23,2	13,8	14,5	16,4
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	15,2	42,4	39,2	40,2	32,5
X. Doenças do aparelho respiratório	4,8	50,0	100,0	-	-	3,0	8,1	13,2	13,0	10,0
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	71,4	-	-	-	-	-	-	-	-	2,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	100,0	100,0	38,4	5,1	4,5	4,3	13,5
Demais causas definidas	23,8	50,0	-	-	-	14,1	18,2	26,7	25,4	22,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIM, Sistema de Informação de Mortalidade, DATASUS, 2009.

O município de Umuarama é centro de referência na área de saúde pública e privada na sua região. Segundo dados do DATASUS, tomando por base o CNES, o município apresentava, em dezembro de 2009, 289 estabelecimentos de saúde, com a seguinte distribuição segundo esfera administrativa (Tabela 4):

Tabela 4 - Estabelecimentos de saúde por esfera administrativa – Umuarama – dezembro de 2009[21]

Esfera Administrativa	Nº	%
Federal	0	0,0
Estadual	2	0,7
Municipal	36	12,5
Privada	251	86,9
Total	289	100,0

Fonte: DATASUS (2010)

O município encontra-se habilitado na gestão plena do sistema de saúde, que é coordenado pela Secretaria do Desenvolvimento Social, que se divide em cinco subsecretarias: Vigilância em Saúde; Média e Alta complexidade; Assistência Farmacêutica; Atenção Básica e Gestão de Recursos Humanos. (UMUARAMA, 2009).

O Programa de Imunização de Umuarama se institucionalizou por volta dos anos 90. Na época, era coordenado e executado pelo Estado, ou seja, os profissionais da 12º Regional de Saúde eram responsáveis pela vacinação do município. A partir da municipalização, a Secretaria Municipal da Saúde passou a ser responsável pelo Programa de Imunização. Foram implantadas, desde então, 23 unidades, sendo 15 unidades básicas de saúde e oito credenciadas ao Programa Saúde da Família e, dentre todas estas unidades, 21 desenvolvem ações de imunização[22].

Segundo informações colhidas junto à coordenadora do Programa de Imunização, o funcionamento do mesmo ocorre por meio do fornecimento das vacinas pelo Estado para a Secretaria Municipal da Saúde, que as distribui para as unidades de saúde; as ações específicas de vacinação apenas funcionam duas vezes na semana, as terças-feiras e quintas-feiras, o que gera dificuldades de acesso e pode vir a contribuir para os atrasos vacinais.

[21] Inclui todos os estabelecimentos de saúde, independe do nível de atenção.
[22] Informação colhida junto a Coordenação do Programa de Imunizações em Umuarama-PR

O município possui uma unidade que é referência em imunizações, localizada na Unidade Básica de Saúde Posto Central. Nesta unidade, o funcionamento é de segunda a sexta-feira em horário comercial, e há fornecimento de vacinas do calendário básico preconizadas pelo Ministério da Saúde e também, do leque de imunizações fornecidas pelo Centro Nacional de Imunobiológicos Especiais (CRIE). A rede de frio do município é centralizada e localizada nessa Unidade de Referência em Imunizações.

As vacinas BCG e hepatite B, por possuírem indicações de aplicação o mais precoce possível, são realizadas pelos funcionários dessa unidade, em todas as maternidades do município, caso os recém-nascidos não possuam contra-indicações às mesmas (por exemplo, peso de nascimento inferior a 2500g, no caso da BCG).

Atividades sistemáticas de busca de faltosos são realizadas pelo Centro de Saúde Escola, por haver acadêmicos em projetos de extensão que realizam esse tipo de ação. Nas demais, não foi possível obter informações sobre sua realização, ainda que se acredite que o mesmo acontece também nas unidades de PSF, como parte do processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantis, seja nas consultas, seja nas visitas domiciliares das equipes.

As informações obtidas junto ao DATASUS sobre a cobertura vacinal do município, para os menores de um ano e referentes ao período 1997-2006, podem ser observadas na Tabela 5 abaixo.

Tabela 5 - Município de Umuarama, cobertura vacinal (%) por tipo de imunobiológico nos menores de um ano, 1997-2007

Imunobiológicos	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
BCG (BCG)	127,7	113,0	112,3	147,6	156,6	149,3	126,8	109,9	109,7	96,9
Contra Febre Amarela (FA)	-	0,5	0,2	-	7,1	-	-	-	49,9	93,8
Contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	-	4,6	107,2	97,4	38,4	0,2	0,4	0,2	0,1	-
Contra Hepatite B (HB)	47,1	108,9	87,6	95,4	97,0	101,8	105,3	98,8	100,6	90,5
Contra Influenza (Campanha) (INF)	-	-	62,4	72,8	74,7	79,2	81,6	85,6	82,5	84,1
Contra Sarampo	150,9	114,9	103,6	100,0	103,5	-	-	-	-	-
Dupla Viral (SR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3
Oral Contra Poliomielite (VOP)	110,5	98,8	103,9	97,3	97,2	105,1	105,6	105,4	105,0	101,7
Oral Contra Poliomielite (Campanha 1ª etapa) (VOP)	-	92,3	97,1	98,2	101,9	108,4	100,6	98,9	101,0	98,4
Oral Contra Poliomielite (Campanha 2ª etapa) (VOP)	103,8	93,5	97,0	101,6	99,4	101,5	91,4	101,0	96,8	99,2
Oral de Rotavírus Humano (RR)	-	-	-	-	-	-	-	-	54,7	77,4
Tetravalente (DTP/Hib) (TETRA)	-	-	-	-	59,1	104,4	106,8	104,9	105,1	101,6
Tríplice Bacteriana (DTP)										

	104,5	98,3	102,0	95,7	38,6	0,1	-	-	-	-
Tríplice Viral (SCR)	-	-	112,5	106,6	105,8	111,1	106,9	116,0	110,8	106,5
Tríplice Viral (campanha) (SCR)	-	-	-	-	-	-	72,7	-	-	-
Totais das vacinas contra tuberculose	-	-	-	-	-	-	-	-	109,7	96,9
Totais das vacinas contra hepatite B	-	-	-	-	-	-	-	-	100,6	90,5
Totais das vacinas contra poliomielite	-	-	-	-	-	-	-	-	105,0	101,7
Totais das vacinas c/coqueluche, difteria e tétano	-	-	-	-	-	-	-	-	105,1	101,6
Totais das vacinas contra sarampo e rubéola	-	-	-	-	-	-	-	-	110,8	106,8
Totais das vacinas contra difteria e tétano	-	-	-	-	-	-	-	-	105,1	101,6

Fonte: PNI, apud Cadernos de Informações de Saúde do Ministério da Saúde, 2009.

A seguir, estão expostos os objetivos desta pesquisa e detalhados os caminhos metodológicos utilizados para sua concretização.

2 **OBJETIVOS**

2.1 **Objetivo geral**

Compreender os fatores relacionados ao atraso vacinal de crianças acompanhadas no Programa de Imunizações do Centro de Saúde-Escola de Umuarama-PR.

2.2 **Objetivos específicos**

- Conhecer os fatores relacionados ao atraso vacinal, referidos pelos responsáveis das crianças nessa situação e profissionais atuantes nesta Unidade;
- Identificar a freqüência do atraso vacinal e as imunizações envolvidas nos atrasos em menores de dois anos cadastrados na sala de imunizações do Centro de Saúde-Escola;
- Elaborar proposições que possam auxiliar intervenções nos fatores relacionados ao atraso vacinal na unidade em questão.

3 **METODOLOGIA**

3.1 **Caracterização da pesquisa**

O estudo foi executado por meio de uma pesquisa de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, no período de junho a outubro de 2009.

De acordo com Matias-Pereira (2007), a pesquisa de abordagem qualitativa é utilizada para investigações empíricas, uma vez que pretende descrever, compreender e interpretar o objeto de pesquisa em um processo de reflexão crítica.

A pesquisa qualitativa parte do entendimento de que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, ou seja, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzida em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são pressupostos básicos no processo de pesquisa qualitativo. O ambiente natural é fonte direta para a coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente e o processo e seu significado é o foco da abordagem. (MATIAS-PEREIRA, 2007).

De acordo com Lüdke e André (1986, p.05), o papel do pesquisador é precisamente o de “servir como veículo inteligente e ativo entre o conhecimento acumulado na área e as novas evidências que serão estabelecidas a partir da pesquisa”. Assim, a pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatizando mais o processo do que o produto e preocupando-se em retratar a perspectiva dos participantes. Cinco características básicas configuram o conceito de pesquisa qualitativa:

> [...] 1. A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento supondo contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada; 2. Os dados coletados são predominantemente descritivos; 3. A preocupação com o processo é maior do que com o produto; 4. O “significado” que as pessoas dão às coisas e à vida são focos de atenção especial pelo pesquisador; 5. A análise dos dados tende a seguir um processo indutivo. (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 11-13).

Assim, a pesquisa qualitativa considera uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicos no processo de pesquisa qualitativa. (SILVA, 2000).

3.2 **População de estudo**

O local escolhido para este estudo foi o município de Umuarama-PR, local de residência e atuação profissional da pesquisadora, o que facilitou seu acesso aos dados e a população de estudo.

A investigação foi realizada no Centro de Saúde-Escola de Umuarama, que possui uma parceria com a Secretaria Municipal da Saúde e existe desde 2001, realizando em torno de 350 vacinações/mês de crianças e adultos. Esta Unidade é vinculada à Universidade Paranaense, constituindo-se em um campo de estágios e práticas curriculares para estudantes de graduação dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Psicologia e Nutrição do Campus Sede. Em razão desse caráter de *lócus* de espaço de ensino-aprendizagem universitário, o Centro possui alguns projetos de extensão na comunidade, contando com estudantes de graduação em Enfermagem que realizam, dentre outras atividades, a busca ativa de faltosos nas consultas de enfermagem, nas visitas domiciliares e na sala de vacinação, além de um trabalho de conscientização dos familiares acerca da importância dessa estratégia para a saúde da população em geral e para a saúde infantil, em particular. A vacinação de crianças na unidade ocorre dois dias na semana, às terças-feiras, no horário dás 08h:00 ás 11h:30min e dás 14h:00 ás 16h:30min.

Para a seleção da população de estudo, procedeu-se a um exame dos dados objetivos constantes nas fichas de aprazamento (espelhos de seus cartões vacinais), arquivadas na sala de vacinas da unidade pesquisada. Esse Centro possui cerca 150 crianças cadastradas no Programa de Imunização. Para tal, primeiramente, foram selecionados desses 150 cadastros, os cartões de crianças de zero a dois anos de idade em potencial “atraso vacinal”, qual seja, que não tinham retornado dentro do preconizado nos prazos, que corresponderam a um total de 52 cartões.

A faixa etária de 0 a dois anos utilizada para a seleção dos informantes do primeiro grupo deveu-se a um *mix* de fatores:

1. Essa etapa da vida concentra a maior parte das imunizações preconizadas no calendário do Ministério da Saúde;
2. A imunização das crianças é uma prioridade dentro do Programa Nacional de Imunização;
3. Existem programas específicos de atenção à saúde para essa faixa etária, que incluem entre suas atividades, a orientação sobre imunizações, a verificação do status vacinal, via questionamento da família e avaliação do cartão da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, e a atualização da situação vacinal quando da presença de atraso;
4. Existência de Programas Sociais, tais como Bolsa Família, Vale Gás, e o Programa do Leite, onde a manutenção atualizada do cartão vacinal é colocada como condição para obtenção dos benefícios;
5. É a faixa etária infantil mais susceptível a doenças imunopreveníveis, principalmente quando termina a imunização passiva advinda da transferência de anticorpos maternos via transplacentária.

Após o levantamento, os pais e/ou responsáveis pelas crianças com potencial atraso vacinal foram contactados por via telefônica, ou através de visitas domiciliares, quando não dispunham de telefone ou não eram encontrados por meio deste. Foram agendados horários para a realização das visitas domiciliares, para verificar a situação real de vacinação das crianças.

Após as visitas junto aos familiares, foi observada a seguinte situação, do universo de 52 cartões espelhos constantes na unidade de Saúde com suposto atraso vacinal: 01 cartão (1,9%) não foi disponibilizado à pesquisadora pela mãe da criança para verificação da real situação vacinal, não sendo possível afirmar-se sobre o estado de sua situação vacinal; em 02 casos (3,8%), foi constatado mudança de unidade de saúde, sendo que os mesmos constavam em atraso vacinal; 01 criança (1,9%) havia realizado a vacina em consultório particular, estando com a imunização em dia; 09 casos (17,5%) correspondiam a registros de endereço incompletos nos cartões espelhos; 15 indivíduos (28,8%) haviam mudado de endereço; 19 carteiras de vacinas (36,5%) encontravam-se atualizadas no momento da visita; e outras 05 carteiras vacinais (9,6%), cujas crianças ainda se encontravam

em acompanhamento no Centro Saúde Escola, constavam em situação de atraso vacinal e foram selecionadas para a população de estudo dessa pesquisa.

Deste modo, no decorrer das visitas domiciliares citadas, alguns casos de potencial atraso não puderam ser verificados em razão de mudanças de endereço (em alguns casos, para outros municípios), endereço inexistente e uma recusa familiar em mostrar o cartão vacinal ou participar da entrevista. Como isso correspondeu a 48,2% do total, não é possível sequer afirmar que a proporção de crianças em atraso é realmente tão pequena como o verificado, ainda que esse não fosse o objetivo do estudo realizado.

Além disso, muitos casos que constavam como atraso no cartão-espelho, na realidade correspondia a duas situações: (1) falsos atrasos, dado que as crianças tinham recebido suas imunizações dentro do prazo preconizado em outros locais (somente o espelho estava em atraso vacinal), e (2) atrasos vacinais que já tinham sido regularizados no momento da visita (em outras unidades de saúde, incluindo particulares e públicas, e na Campanha de Multivacinação da Poliomielite, ocorrida em vinte de junho de 2009).

Portanto, fizeram parte da pesquisa 05 (cinco) famílias sem mudança de unidade de imunização com crianças em atraso vacinal e um profissional atuante na sala de vacina do Centro Saúde-Escola, que também foi convidado a responder a um questionário com questões voltadas ao conhecimento da prática de imunizações e forma de operacionalização do trabalho do Programa de Imunização na unidade.

O estudo cumpriu as exigências preconizadas pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que conceitua a eticidade da pesquisa que envolve seres humanos, e só foi iniciado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Paranaense - UNIPAR sob o número 16978/2009 (Anexo A) e autorização e aprovação para realização do estudo por parte das instituições envolvidas (Anexo B). Famílias e profissionais foram contactados pessoalmente pela pesquisadora, informados e esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e a sua livre participação e, em aceitando, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entregue no ato da entrevista (Anexo C).

Merece ser ainda destacado que, em todas as situações onde foram identificados atrasos na situação vacinal, as mães foram orientadas, no momento da

entrevista, pela pesquisadora, quanto à importância da vacinação e da necessidade de sua atualização para a proteção da criança e demais filhos.

3.3 **Instrumentos de Coleta de dados**

Como instrumento de coleta de dados junto aos pais, utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice A), com questões voltadas para a identificação das características das crianças e seus familiares e sobre os fatores que, a partir da literatura sobre o tema, são frequentemente relatados como associados aos atrasos vacinais.

Adicionalmente, com vistas a compreender a dinâmica de funcionamento da vacinação na unidade e conhecer potenciais fatores decorrentes da estrutura e prática dos serviços em questão, foi realizada uma entrevista semi-estruturada (Apêndice B), com o funcionário atuante na sala de vacina da unidade de estudo[23].

Segundo Gil (1993), o tipo de entrevista escolhida — semi-estruturada — é guiado por uma relação de questões iniciais de interesse, que o investigador vai explorando ao longo de seu desenvolvimento, aprofundando o dialogo a respeito, à medida que surgem aspectos relevantes nas conversas efetuadas.

Por sua vez, Triviños (1992) afirma que a entrevista semi-estruturada parte de alguns questionamentos básicos, apoiados por teorias que interessam à pesquisa, e que, logo após, surgem outras interrogativas à medida que se recebe as respostas dos informantes, permitindo aprofundar e detalhar aspectos relevantes sobre o assunto abordado.

É de Selltiz (1974) a afirmação de que, na entrevista semi-estruturada, o papel do pesquisador é servir como catalisador da expressão compreensiva dos sentimentos e crenças do entrevistado, bem como do referencial a partir do qual aqueles sentimentos e crenças adquirem significação pessoal. Atingir esse objetivo exige a criação de um clima no qual o entrevistado se sinta livre para exprimir-se, sem receio de desaprovação, repreensão ou discussão, e sem receber conselhos do entrevistador.

[23] Embora a Unidade possua dois funcionários atuantes nesse serviço, apenas um participou da entrevista, uma vez que o outro encontrava-se de férias, entrando em licença médica logo após o retorno ao trabalho.

3.4 **Interpretação e análise dos dados**

Para possibilitar a análise, as entrevistas junto aos pais e funcionário foram gravadas em fita cassete e transcritas na íntegra. Em seguida, o investigador procedeu à análise das transcrições das falas dos sujeitos, buscando identificar os fatores associadas ao atraso vacinal, bem como o modo como os profissionais atuantes nas unidades estudadas agem, de modo a reduzir os esses problemas.

Para tal, foi utilizado o método análise de conteúdo, da teoria proposta por Bardin (2004). A análise das comunicações é um recurso para a reflexão nas ciências sociais. A conduta e as ações realizadas apresentam-se em um contexto que é verbalizado e, através das palavras, são expressas as circunstâncias que vivem os atores naquele momento.

Segundo a autora citada, o conceito de análise de conteúdo se apresenta como sendo:

> Um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1977, p. 42).

Para proceder à análise dos dados seguiram-se os passos propostos por essa técnica:

1. Ordenação dos dados e pré-análise: levantamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo (transcrição das entrevistas gravadas, leitura e releitura do material gravado);
2. Classificação dos dados: a partir da leitura repetida das entrevistas transcritas, apreensão das idéias centrais que levaram ao estabelecimento de categorias analíticas.
3. Análise Final: promoção de articulações entre os dados e categorias estabelecidas e os referenciais teóricos da pesquisa.

Os dados passaram por uma leitura exaustiva, objetivando sua ordenação e identificação das idéias centrais que foram classificadas em categorias de análises.

Após o processo de análise das entrevistas juntos aos pais foram elencadas duas categorias de análise temáticas: acompanhamento vacinal e fatores de atraso

das vacinas. Posteriormente, as categorias apresentadas foram subdivididas em subcategorias conforme ilustrado a seguir:

Categoria I: Acompanhamento Médico de Rotina Vacinal**:** local de unidade de acompanhamento da criança, frequência de comparecimento para acompanhamento de rotina.

Categoria II: Fatores de Atraso: conhecimento acerca do atraso da vacina, causas contribuintes para os atraso.

Junto ao funcionário participante foram elencadas duas categorias de análise temáticas: prática de verificação da situação vacinal da criança, fatores para não vacinar uma criança na unidade.

Categoria I: Rotina de Trabalho: aspectos determinantes do desenvolvimento do trabalho na sala de vacina, estratégias utilizadas pelo programa de imunização para alcance de famílias em atraso com a vacina.

Categoria II: Fatores para não vacinação de uma criança na unidade.

Desta forma, buscou-se garantir as possibilidades de uma análise de conteúdo mais abrangente e flexível de mudanças entre as categorias e subcategorias propostas. (BARDIN, 1997).

4 **ATRASOS VACINAIS NAS CRIANÇAS ACOMPANHADAS NO CENTRO SAÚDE-ESCOLA – UMUARAMA-PR: BUSCANDO ENTENDER OS MOTIVOS SUBJACENTES À FALTA DAS IMUNIZAÇÕES**

O presente Capítulo tem como objetivo apresentar e discutir os resultados e relativos aos principais fatores que, a partir das falas dos pais e funcionário da Unidade, podem estar contribuindo para o atraso vacinal das crianças acompanhadas no Centro de Saúde-Escola no período de outubro de 2008 a outubro de 2009.

Considerando o compromisso ético firmado com os participantes da pesquisa, as identidades dos mesmos foram preservadas e suas falas referenciadas em números. Para facilitar análise, os participantes foram denominados como P1, P2, P3, P4, P5 e o funcionário participante como F1.

Os resultados e discussão foram apresentados por meio das categorias e subcategorias já apresentados na metodologia. Inicialmente, são apresentados os sujeitos da pesquisa, ilustrando o perfil das crianças e famílias, seguidas das entrevistas com os responsáveis das crianças. Depois, o resultado da entrevista realizada com o trabalhador de saúde do Centro.

4.1 **Os sujeitos da pesquisa: perfil das crianças e famílias**

Cabe iniciar destacando que o perfil aqui apresentado objetiva contextualizar os informantes da pesquisa e não estabelecer comparações com estudos quantitativos, de base mais epidemiológica, que se voltam a olhar os fatores mais em termos de risco para a ocorrência do evento, no caso a não vacinação. Não foi o caso da pesquisa em tela, de foco mais qualitativa e preocupada em entender, a partir dos discursos das famílias, que fatores poderiam contribuir para essa situação no universo específico pesquisado. Entretanto, sempre que considerado oportuno, são mencionados dados da literatura, na tentativa de expor e contextualizar como essa vem examinando estes elementos contribuintes relacionados às características sócio-demográficas da população.

Os menores em situação de atraso vacinal participantes da pesquisa compreendiam 01 menina e 04 meninos, com idade entre 04 meses a 1 ano e 05 meses. Em três casos, a criança em questão era filho único. Todas as crianças residiam em área urbana.

A idade da criança não é certamente um fator de risco por si só, mas quanto mais tempo passa, mais vacinas são administradas, e a probabilidade da ocorrência de atrasos aumenta. Quanto ao sexo, em algumas sociedades, com discriminação sexual contra crianças do sexo feminino, meninos possuem maior chance de serem vacinados. (TORUN; BAKIRC, 2006).

Por fim, menores pertencentes a famílias com um número grande de filhos também são mais sujeitos a atrasos vacinais, devido a dificuldades das mães em cuidarem de todos os menores e a comparecerem com regularidade as consultas e vacinações aprazadas. (SZWARCWALD; VALENTE, 1985; CUTTS et al, 1990). O excesso de trabalho produzido pelas tarefas relacionadas ao cuidado de uma família grande é citado como um elemento dificultador da frequência à vacinação por uma das mães participantes desta pesquisa, conforme visto abaixo:

> Por que as vacinas de seu filho estão atrasadas?
> *Porque eu esqueci..., sou muito ocupada, tenho 5 filhos e eu esqueço por vezes de olhar o cartão da vacina, mas sim, quando eu olho eu já levo para o posto fazer as vacinas (P3)*

Quanto às imunizações em atraso, constatou-se um atraso de dois meses na vacina contra poliomielite e tríplice bacteriana (1º reforço) de uma criança do sexo masculino com 1 ano e cinco meses; outra criança do sexo masculino com 10 meses, apresentou atraso vacinal de 4 meses da terceira dose da poliomielite, tetravalente e 1 mês de atraso da febre amarela; criança do sexo feminino de 4 meses apresentou atraso de dois meses na primeira dose da poliomielite, tetravalente e rotavírus; criança com 8 meses, do sexo masculino, estava em atraso vacinal de 2 meses da terceira dose das vacinas poliomielite, tetravalente e hepatite B; criança com 8 meses do sexo masculino, constava com atraso de 2 meses nas 3ª dose da poliomielite, tetravalente e Hepatite B. Ou seja, na maioria dos casos, o atraso era para múltiplas vacinas, usualmente aplicadas em um mesmo momento, o que pode significar falta do comparecimento em um dia aprazado, sem novo retorno.

Tal constatação é preocupante ao considerar que as crianças menores de 2 ano fazem parte do grupo prioritário para o PAI e, ao mesmo tempo, constitui-se em grupo mais susceptível à ocorrência de doenças transmissíveis. (MALTA et. al

2003). Para os autores, a prática de vacinação é considerada um elemento importante na constituição da oportunidade de saúde, devendo estar presente nas propostas das políticas do setor saúde.

Ao tratar do perfil das famílias das crianças em atraso vacinal, a pesquisa preocupou-se em compreender alguns aspectos relativos à: (1) relação do entrevistado com a criança; (2) idade da mãe; (3) escolaridade; (4) ocupação profissional; (5) estado civil; (6) composição familiar.

Com isso, pretendia-se, por um lado, caracterizar melhor os sujeitos da pesquisa, e por outro, buscar alguns elementos relacionados a atributos e características sociais e culturais das famílias que, a partir da literatura, sabidamente se relacionam a atrasos nas imunizações.

Família	Idade da criança	Relação do entrevistado com a criança	Estado civil dos pais	Idade	Escolaridade	Ocupação	Residentes no domicílio
P1	1 ano e 5 meses	Mãe	Casado	29	3º Grau Completo	Auxiliar administrativo	Pai, mãe e filho.
P2	10 meses	Mãe	Casado	32	3º Grau Incompleto	Do lar	Pai, mãe e filho.
P3	4 meses	Mãe	União estável	22	Ensino Fundamental Incompleto	Do lar	Pai, mãe, 5 filhos, tio e avó paterno
P4	8 meses	Mãe	Casado	24	Ensino Fundamental Incompleto	Do lar	Pai, mãe e 3 filhos.
P5	8 meses	Mãe	Solteira	21	Ensino Fundamental Completo	Do lar	Mãe, avós e 3 tios maternos e filho.

Quadro 2 - Perfil das famílias das crianças em atraso vacinal do Centro de Saúde Escola, Umuarama-PR.

Fonte: Dados de pesquisa (2009).

Todas as participantes das entrevistas eram mulheres e mães, na maior parte dos casos casada e cuja ocupação era “do lar”, com idade entre 21 a 32 anos. Os residentes no domicílio variavam de três a nove pessoas.

O maior acesso às mães é possivelmente decorrente ao fato de que estas são mais frequentemente encontradas no domicílio no período diurno, quando as entrevistas foram realizadas. Ademais, o fato de quatro delas não desenvolverem trabalho fora de casa, também facilitou sua presença nessa ocasião. Por outro lado, usualmente, na sociedade atual, são as mães as principais responsáveis pelo cuidado às crianças, aí incluído as idas às unidades de saúde para consultas, regulares ou quando em situações de adoecimento, e também para as imunizações.

Nesse aspecto, muitos dos atributos da população relacionados aos atrasos vacinais citados nos estudos sobre esse problema, se referem a este componente familiar, seja no que se refere às características sócio-demográficas-culturais, seja no que tange a conhecimentos, crenças e atitudes relacionadas às vacinas.

As mães das crianças em atraso possuíam idade entre 21 e 32 anos, que não pertencem as categorias de maior risco nos estudos epidemiológicos sobre esta condição. Marks et al. (1979) sugere que os extremos da idade materna podem ser um elemento associado à vacinação incompleta. Filhos de mães mais jovens, com menos experiência, são mais sujeitos a atrasos vacinais.

O grau de escolaridade das mães entrevistadas variou do ensino fundamental incompleto ao ensino superior completo. O nível educacional é considerado um importante elemento associado não apenas aos atrasos e não vacinação como a vários eventos relacionados à saúde infantil, como por exemplo, a maiores coeficientes de mortalidade infantil, de morbidade e pior desenvolvimento físico das crianças, além de ser fator inibidor das consultas preventivas de puericultura. (SILVA et al, 1999). Para os autores, o aumento do nível de escolaridade dos pais, especialmente das mães, propicia maior conhecimento dos problemas de saúde de seus filhos, resultando em maior acesso, conhecimento e habilidade para interagir com os serviços de saúde.

O grau de escolaridade reflete-se, também, diretamente na condição de saúde, pois muitas informações podem deixar de ser compreendidas, inclusive aquelas relativas à imunização das crianças e que interferem nos resultados gerais ligados à saúde infantil. (MALTA, 2003).

Uma melhor educação formal tende a se associar a alguma vantagem econômica, como melhor renda e melhores condições de moradia, e a um maior uso de serviços de saúde e melhor cuidado doméstico com a criança. Além disso, uma maior escolaridade dos pais, especialmente da mãe, propicia maior conhecimento dos problemas de saúde de seus filhos e a uma tendência à diminuição de crenças em superstições e explicações mágicas para as doenças. Como citam Medina et al (1985), as mães de maior escolaridade tendem a ter maior acesso, maior conhecimento e possuem maior habilidade para interagir com os serviços de saúde, valorizando mais o cuidado preventivo e tendo maior propensão a seguir as orientações médicas e a compreender melhor os conteúdos das mensagens educativas.

Embora o estudo aqui realizado seja de base qualitativa e o perfil aqui traçado pretendesse apenas descrever as características dos sujeitos da pesquisa, chamou atenção à presença de duas mães com nível educacional elevado (uma com terceiro grau completo e outro com nível superior incompleto), que tinham crianças em franco atraso vacinal, apontando para a complexidade de motivos que condicionam os atrasos e para a importância da associação de diversos fatores conjugados.

Quatro das cinco entrevistadas ocupavam-se apenas do lar. É sabido que a presença de trabalho formal extra-domicílio encontra-se associado a atrasos vacinais, função entre outros de conflitos trabalhistas motivados pela perda de dias de trabalho para o cuidado dos filhos. (SILVA et al., 1999). Para os autores, a capacidade materna em dedicar tempo e atenção à criança pode ser considerada fundamental para garantir seu adequado estado de saúde, incluindo a regularização dos cartões de vacina.

Também, é importante não esquecer das jornadas pesadas que algumas mulheres possuem dentro de casa, em particular, quando têm um número elevado de filhos ou de outros familiares para serem cuidados, facilitando o esquecimento ou o adiamento do comparecimento à unidade vacinadora para a administração do imunobiológico. No caso específico das participantes deste trabalho, a composição familiar variou entre três a nove pessoas residentes no domicílio e com até cinco filhos.

4.2 **Atrasos Vacinais: ouvindo os pais e responsáveis**

4.2.1 Conhecimento sobre as vacinas e sobre a importância das práticas de imunização para a saúde infantil

No que se refere ao conhecimento acerca da importância da imunização para a criança, verificou-se um grande consenso nas falas dos sujeitos entrevistados, que recorrentemente mencionaram sobre a prática da vacinação prevenindo contra as doenças.

Para prevenir contra as doenças (P1)

> *Como prevenção contra as doenças (P2)*
> *Para combater as doenças que saem nela (P3)*
> *Para prevenir sobre todas as doenças, não dar problemas, pois crescer com saúde é fundamental para isso (P4)*
> *Porque é bom para a criança, para prevenir as doenças... essas coisas assim.*

Os discursos mostram uma unanimidade dos respondentes, que entendem a importância da vacina como prevenção de doenças, refletindo como o valor desta prática já faz parte do conhecimento e imaginário populares. Assim, atribuem à vacina um valor de bom cuidado, com capacidade de proteger a criança... "*de todas as doenças*" (P4), contribuindo de forma importante "*para manter a saúde*" (P1).

De acordo com Gatti (2003), vacinar crianças a partir dos primeiros meses de idade está atrelado a uma ação de proteção específica contra doenças graves, causadoras de danos definitivos ou letais. Assim, a vacinação de crianças tem como consequências a redução do risco individual (adoecimento da criança imunizada) e melhoria do nível de saúde de uma comunidade, pelo seu reflexo nos indicadores de saúde, sobretudo, em relação à morbimortalidade infantil.

O conhecimento por parte dos familiares sobre a importância de vacinar a criança é primordial, visto que são estes os responsáveis por levar as crianças às unidades de saúde e por buscarem rotineiramente a atualização do cartão vacinal. Contribuir para esse conhecimento sobre a relevância dessa prática na saúde infantil é função dos serviços e dos profissionais é função dos serviços de saúde e dos profissionais que lá atuam, aproveitando as atividades de imunização e todos os demais momentos de contato para reforçar essa importância.

Em relação ao fato de ter recebido alguma explicação sobre a importância da vacinação para a criança, as mães evidenciam que receberam informações pela televisão, como revela o discurso a seguir:

> *Não. Só vejo falar na televisão, mas muito raro. A gente vê crescendo os pais falando "vacina é para prevenir isso, prevenir aquilo", mas com freqüência, não vejo (P5)*

Merece destaque o fato de que, apesar de a televisão e outras formas de mídia constituirem-se em um recurso importante, não pode ser considerado o único meio de transmissão de informação. Em contraste, as responsáveis não mencionavam, mesmo quando questionadas diretamente, que esta informação tinha sido fornecida ou reforçado pelos profissionais de saúde, seja eles das salas de vacina, sejam os responsáveis pela assistência.

Conforme Santos et al., (2000) é no cotidiano, no concreto do espaço da família, que os profissionais do sistema de saúde, em interação com estas, precisam buscar a construção da saúde, priorizando as informações, com a conseqüente proteção, a promoção do autocuidado, a troca solidária. Vê-se, assim, que a filosofia que perpassa as necessidades das famílias é mais que uma simples informação através da mídia, pois enseja uma prática que oportunize a crítica, as mudanças, construção de saber.

O enfermeiro é um profissional integrante da equipe de saúde, tendo explicitada a atribuições em dois campos essenciais: na unidade de saúde e na comunidade, prestando, assistência na educação em saúde. (BRASIL, 1998).

Ainda que a divulgação de informações pela mídia seja muito importante, é fundamental que a relevância dessa estratégia de saúde pública e a discussão da vulnerabilidade das crianças em adoecer pela não vacinação passe, necessariamente, pelo cuidado nos serviços de saúde, no encontro família-trabalhador de saúde, e que se potencialize em ações educativas, individuais e coletivas.

Não se pode perder de vista que as famílias, mesmo tendo acesso ao conhecimento sobre a importância das imunizações, tem maneiras diferentes de pensar, agir e produzir mudanças práticas no seu cotidiano, e que as crenças e preconceitos sobre as vacinas atuam como elementos facilitadores ou obstaculizadores para a adesão à essa estratégia. Sobre os medos das vacinas em geral ou com alguma em particular, os relatos a seguir apontam alguns receios das mães entrevistadas:

> *Sim. A única coisa ruim é que o neném fica muito chato, por causa da reação (P5)*
>
> *Sim. Já vi vários casos sobre vacinas vencidas, então, tenho medo de alguém dar alguma vacina vencida nos meus filhos, e dar algum problema para frente (P3)*

Compreender os receios dos pais e seus preconceitos sobre as imunizações é fundamental para poder interagir com eles e trabalhar pela redução nas faltas vacinais. Muitos pais têm medo de reações adversas produzidas pelos imunobiológicos; outros consideram que a administração de muitas imunizações juntas em um só momento pode prejudicar a criança. Permitir que os pais expressem essas preocupações e indagar ativamente acerca delas pode ser um elemento importante na redução da não vacinação que conduz aos atrasos vacinais. Assim sendo, cabe ao profissional responsável pela sala de vacinação, mostrar que

imunizar é um ato seguro, pois a vacinação é uma rotina realizada em todo o mundo, e os casos de reações graves à mesma, quando tomadas às devidas precauções, tendem a zero. (MIGOWSKI; BENEVIDES, 2004). Os autores lembram ainda os cuidados a serem tomados para reduzir problemas: vacinas de boa procedência (fornecedores); conservação adequada (geladeira exclusiva, termômetros, alarmes); materiais descartáveis e lixo hospitalar e registro junto à Secretaria de Saúde.

Da mesma forma, os medos, muitas vezes, são reflexos de orientação inadequada de profissionais de saúde que podem ter não ter informações aprofundadas sobre as vacinas infantis preconizadas pelo Programa Nacional de Imunização - sobre componentes e reações adversas de cada uma das vacinas e reforço de doses, por exemplo. Reforça-se, pois, a necessidade de uma constante atualização dos profissionais atuantes nas imunizações e na atenção básica à infância sobre o tema, particularmente, quando da introdução de novas vacinas no calendário de imunizações.

Nesse sentido, segundo Carneiro et al (2000, p. 77), para a capacitação do profissional “[...] é necessário que as ações ocorram na direção de sse construir novas formas de se lidar com o conhecimento, o que inclui, [...] o espaço transdisciplinar e não tradicional para a produção e incorporação do saber”. Assim sendo, cabe ao enfermeiro responsável pela unidade, participar continuamente do grupo de educação permanente em saúde, onde são abordados vários temas relacionados à saúde do indivíduo, cujas experiências contribuem para uma melhoria na qualidade do atendimento à população.

4.2.2 Acompanhamento de rotina e sua relação com as imunizações

A atenção primária à saúde da criança, desde a década de 80, no Brasil, vem se fundamentando em um conjunto de ações básicas que incluem de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, estímulo ao aleitamento materno, vacinação, dentre outras.

A principal diretriz tem sido o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, que proporciona uma organização da assistência à criança, utilizando uma rede de serviços públicos de saúde e contempla ações de saúde que

visam avaliar e assistir a criança, através de um calendário de observações periódicas.

Nessas consultas regulares e previamente agendadas, cada contato entre a criança e os serviços de saúde, independente do fato, queixa ou doença que o motivou, deve ser tratado como uma oportunidade para a análise integrada e preditiva de sua saúde, e para uma ação resolutiva, de promoção da saúde, com forte caráter educativo. (BRASIL, 2002).

A partir das consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é possível o estabelecimento de condutas curativas dirigidas aos processos patológicos presentes e o estabelecimento de condutas preventivas, adequadas a cada idade, sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais com a criança, em um processo contínuo de educação para a saúde.

Cabe aos profissionais de saúde ter o conhecimento do calendário infantil básico para agirem junto à família da criança sobre os aspectos clínicos das vacinas, da necessidade e da importância da mesma no início da vida, elevando a importância de exercer sua função que consiste em promover a saúde e prevenir doenças, levando o conhecimento adquirido até a comunidade, muitas vezes, esclarecendo dúvidas existentes sobre a vacinação infantil. É preciso alcançar o conhecimento necessário para que, independente de onde a criança esteja, o profissional possa orientar a família de como agir em diferenciadas situações, sem que isso dependa do âmbito de atendimento, formando, assim, uma ponte de equilíbrio entre a Unidade Básica de Saúde.

O calendário mínimo de consultas para assistência à criança, proposto pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, encontra-se disposto na Figura 3 a seguir. Nos primeiros dois anos de vida, estão preconizadas um mínimo de 11 consultas, sendo nove no primeiro ano e a primeira até 15 dias de vida.

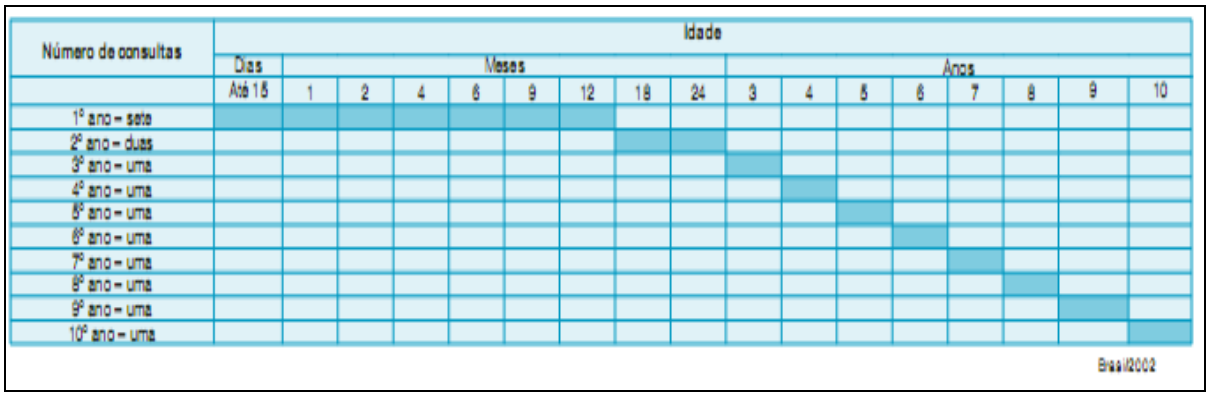

Figura 3 - Calendário mínimo de consultas nos primeiros 10 anos de vida, Ministério da Saúde.

Fonte: Brasil (2005, p.10).

O Ministério da Saúde recomenda que esse processo de acompanhamento deve, prioritariamente, ocorrer ao nível da atenção básica em saúde, devendo ser utilizado para registro a Caderneta da Criança, onde o profissional de saúde deverá anotar todas as informações mais importantes sobre a história da saúde e desenvolvimento da criança. (BRASIL, 2005).

A Caderneta da Criança, lançada em 2005 em substituição ao antigo Cartão da Criança, visa atender menores de 0 a 10 anos, sendo repassada diretamente aos municípios pelo próprio Ministério da Saúde. O serviço de saúde pode manter uma cópia (ou espelho) desta caderneta cartão, anexada ao prontuário ou a ficha da criança. (BRASIL, 2005).

As consultas de acompanhamento constituem-se em espaços para orientação à mãe e/ou outros responsáveis, entre outros importantes assuntos para a saúde infantil, sobre a importância da vacinação e as próprias ações de imunização em si, que devem ser realizadas na própria unidade básica ou outro local público de imunização, quando esta não tiver sala de vacina.

Do mesmo modo que o antigo Cartão da Criança (ainda utilizado em algumas localidades), a Caderneta possui um espelho do cartão de vacinação, que deve ser atualizado em cada consulta, para manter em dia os registros de imunizações ocorridas. Isso independe de espelhos mantidos nas unidades de vacinação para a busca de faltosos. Assim, as consultas regulares servem também para verificação da situação vacinal e orientação para correção de eventuais atrasos existentes.

São, portanto, um espaço privilegiado e central para se reduzir as oportunidades perdidas de vacinação. A esse respeito, o manual lançado pelo Ministério da Saúde para orientar a incorporação da Caderneta da Criança refere:

> Quanto à imunização, o profissional de saúde deve orientar a mãe ou cuidador da criança quanto ao Calendário Básico de Vacinação, as doses a serem administradas, seus respectivos reforços nas faixas etárias correspondentes e as intercorrências possíveis. Além disso, é fundamental que o profissional de saúde observe o quadro de registro das vacinas, acompanhando o processo de imunização da criança e orientando para a administração de doses eventualmente perdidas. (BRASIL, 2005, p. 16).

Considerando o exposto, a partir das entrevistas com os familiares das crianças em situação de atraso vacinal identificadas na pesquisa, buscou-se conhecer como vinha se dado o processo de acompanhamento dos menores.

Os relatos dos sujeitos evidenciam alguns fatores relevantes acerca do acompanhamento rotina. Ao serem questionadas sobre o acompanhamento às consultas médicas, as mães apresentaram os seguintes discursos:

> *Faço o acompanhamento de três a quatro meses e quando adoece (*P1, criança com um ano e dez meses).
>
> *Eu levo na consulta particular geralmente uma vez ao mês e vacino no Centro Saúde Escola (P2,* criança dez meses*).*
>
> *Eu levo quando o bebê está doente que daí eu me preocupo, porque doença é grave e vacino na época da rotina (P3,* criança com quatro meses*)*
>
> *A médica marcou a consulta, eu fui e ela falou que não precisava voltar mais era somente para acompanhar a vacina da criança. Daí, eu levo se ela ficar doente (P4,* criança com oito meses*).*
>
> *Levo quando a criança está doente (P5* criança com oito meses*)*

Algumas dessas falas são preocupantes, pois revelam que existem mães que não realizam um acompanhamento de rotina com uma frequência condizente com o preconizado. Foi possível constatar também que alguns dos responsáveis levam os filhos para a consulta clínica somente em casos de doença, perdendo a oportunidade que o acompanhamento regular traz, tanto de detecção de situações de risco e anormalidades, como de educação para a saúde visando à promoção à saúde e prevenção de agravos. (BRASIL, 2009).

O fato das mães participantes da pesquisa procurarem consultas apenas quando a criança encontra-se em estado doentio, dificulta a identificação de possíveis situações de risco e diagnóstico e tratamento precoce das doenças. O acompanhamento de rotina envolve ações de pesar, medir (estatura, perímetro cefálico e demais perímetros), colocar a crianças nas respectivas curvas, avaliar aquisição de novas habilidades físico-motoras e desenvolvimentais, utilização do

cartão vacinal da criança, que precisam ser realizadas de maneira correta e sistemática pelas equipes de saúde. Por outro lado, sinaliza também outro acontecimento: das próprias equipes de profissionais e dos serviços de saúde não estarem atentando para essas ausências do acompanhamento regular, dado que esse acompanhamento é aprazado. Para que tais ações contribuam para a melhoria da saúde infantil, faz-se necessário um trabalho integrado das equipes de atenção à criança, articulando as ações básicas de saúde junto às famílias.

No caso da atenção básica realizada nas Unidades da Estratégia Saúde da Família, a situação é ainda mais grave, dado que estas trabalham com a descrição de clientela e dispõem de uma ferramenta adicional importante, que é a possibilidade de usar a participação de agentes comunitários de saúde e as visitas domiciliares por estes e pelo restante da equipe.

Esses profissionais de saúde devem estar à frente dessas famílias acompanhando a situação vacinal que é apresentada no cartão da criança. Conforme relatos, as mães demonstram ter uma compreensão apenas parcial sobre o uso do cartão, como referido:

> *Para eu ter um controle das vacinas, para confirmação (P1)*
>
> *Uso geralmente nas consultas de rotinas (P2)*
>
> *Pelo que é dito, no meu ponto de vista é que seja para marcar vacina, acho que para isso. Eu uso para vacinar. (P4)*

O cartão de saúde é um instrumento relevante para o acompanhamento da saúde da criança, pois além de servir para o controle das vacinas, traz dados sobre as condições de saúde do recém-nascido, sobre a gravidez, o parto e o puerpério, orientações importantes sobre uma alimentação saudável, gráficos de perímetro cefálico por idade, espaço para anotações de peso e de estatura, apresentando, também, orientações sobre a saúde auditiva, visual e bucal, prevenção de acidentes, o caminho esperado para o desenvolvimento global, espaço para anotações de intercorrências clínicas, tratamentos efetuados e a suplementação profilática de ferro e de vitamina A e o calendário básico de vacinação. (BRASIL, 2005).

A Caderneta deve ser apropriada pelas famílias, garantindo o cuidado integral com a criança e os seus direitos como cidadã. Para que isso venha a se concretizar, é fundamental o preenchimento dos dados da Caderneta pelos profissionais de saúde. É importante que todos aqueles que cuidam da população infantil, seja nas famílias, seja nas creches, nas pré-escolas e em outras instituições, observem as

informações contidas nesse instrumento para o efetivo acompanhamento da saúde da criança, proporcionando um maior conhecimento do seu histórico de saúde (BRASIL, 2005).

As mães foram questionadas a respeito de fazerem uso do cartão fora do posto de saúde. Os discursos revelam que as mesmas costumam utilizá-los em situações diferenciadas, tais como:

> *Situação de registro do trabalho do meu marido, situação do meu cartão Bolsa Família, situações de todas as coisas que eu vou fazer eu preciso do cartão da vacina para mostrar (P3)*
>
> *Eu levo para a escola, até mesmo quando eu vou viajar eu levo, não sei o que pode acontecer, daí eu levo comigo (P4)*

O cartão de vacina é um instrumento importante na opinião dos entrevistados. Segundo Brasil (2005), a avaliação do peso e a vacinação das crianças são requisitos para as famílias continuarem ganhando os recursos do Governo Federal, por exemplo, e tais informações ficam registradas no cartão de saúde da criança, que é utilizado nessa situação.

4.2.3 Fatores associados aos atrasos vacinais

Quanto ao conhecimento do atraso vacinal e o fator que o ocasionou, as mães apontaram diferenciadas situações.

Como visto na contextualização temática deste estudo disposta no Capitulo 1, motivos dos atrasos vacinais variam de localidade para localidade. Muitas vezes, as famílias sequer sabem que suas crianças não se encontram com a situação vacinal regularizada e, por isso, mais expostas e vulneráveis. Nas palavras de uma das mães entrevistadas:

> *Eu não sabia, porque como a gente estava na Itália e para mim estava tudo certo, porque ninguém me disse que estava em atraso, nem o pediatra dele soube me informar, por não bater os calendários. Mas agora, com a sua visita aqui em casa, vou colocar em dia a vacina dele* (P2).

A situação acima é singular. Trata-se de um bebê de 10 meses, que estava em atraso vacinal em relação à 3ª dose da poliomielite, 3ª dose da tetravalente estava com quatro meses de atraso e a febre amarela com um mês de atraso. A família apresenta alto nível socioeconômico, pois o pai trabalha em uma empresa

renomeada na Itália, e se divide, ora morando aqui, ora naquele país. Pelo calendário vigente naquele país, a criança estaria em dia, segundo a mãe. Entretanto, aqui, a mãe faz acompanhamento com um médico particular, que pelo visto não se apercebeu desses atrasos:

> *Com que freqüência você comparece para as consultas de rotina?*
> *Como eu levo na consulta particular, geralmente uma vez ao mês* (P2)

Essa situação reitera a importância de que todos os responsáveis pelos cuidados infantis, por ocasião de cada consulta de acompanhamento ou decorrente de intercorrências, devem checarem os calendários vacinais, evitando oportunidades pedidas de vacinação. Também chama a atenção para que estes profissionais estejam atentos à existência de calendários vacinais que variam — em composição de imunobiológicos e época da administração — de localidade para localidade, devendo ser objeto de escrutínio quando do atendimento de pacientes que recentemente mudaram seus domicílios.

Outra mãe refere o grande número de filhos e o grau de atribuições daí decorrente como justificativa para o atraso em questão:

> *Eu não sabia que estava em atraso, fiquei sabendo com você aqui em casa... eu acabei me esquecendo de olhar, porque sou muito ocupada, tenho cinco filhos...* (P3).

Esse é também um caso bem específico, que merece ser detalhado. A menor tem 4 meses e apresenta atraso em relação as seguintes vacinas: 1ª dose da poliomielite, 1ª dose da tetravalente e 1ª dose do rotavírus, ou seja, recebeu apenas as vacinas que são administradas ao nascimento, em muitos caso, no próprio local do parto, antes da alta do recém-nato. A mãe, de 22 anos, estudou até a 5ª série do ensino fundamental e trabalha no lar. O marido é agricultor e a composição familiar inclui ainda avo e um tio, no mesmo domicílio o que com certeza significa uma carga de trabalho na casa significativo. Compreende-se na fala dela também, que a equipe de saúde não faz visitas domiciliares com frequência, pois a vacina estava em atraso num período de dois meses e nesses dois meses a família não recebeu nenhuma visita. Mas não apenas as vacinações estão em atraso; aparentemente, a mãe/família não faz acompanhamento regular da criança:

> *Levo quando ela está doente, que eu me preocupo, porque doença é grave... aí, eu levo* (P3)

E isso se leva a dizer que quando uma criança falta na consultas de rotinas, a equipe deve fazer busca ativa desses faltosos, seja ele faltoso na vacinação ao em consultas, e isso acaba não sendo realizado efetivamente como preconiza a política dos programas que envolvem a saúde das crianças.

É interessante referir ainda que esta foi uma das mães que melhor descreveu as informações relativas a importância da vacinação e as orientações recebidas quando da primeira vacina, assinalando que nem sempre basta informar para que as famílias sigam o que é preconizado:

> *[Você recebeu alguma explicação sobre a importância da vacina? Qual?]*
> *Sobre a hepatite B, sobre febre amarela, sobre sarampo, sobre todas que saem nela...Que não pode ficar sem vacinar porque as vacinas combatem essas doenças para a criança não crescer doente... sobre a paralisia infantil que pode dar um probleminha nas mãos, nas pernas, no corpo inteiro, então é para combater as doenças.* (P3)

Por outro lado, como a família possui baixo nível socioeconômico, devido somente ter a renda do pai das crianças para as despesas, ela é cadastrada no Bolsa Família. Esse Programa foi criado pelo governo federal através da Medida Provisória nº 132, de 20 de outubro de 2003 (BRASIL, 2003), posteriormente convertida na Lei nº 10.836, de 2004 (BRASIL, 2004), e tem sua execução de responsabilidade dos municípios.

Ele explicitamente coloca como uma das condições para obter e manter o benefício, o acompanhamento infantil e a manutenção atualizada do cartão de vacinação, conforme disposto abaixo:

> Condições para obtenção do Benefício:
> 1. Inclusão da família, pela prefeitura, no Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal.
> 2. Seleção pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).
> 3. No caso de existência de gestantes, o comparecimento às consultas de pré-natal, conforme calendário preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).
> 4. Participação em atividades educativas ofertadas pelo MS sobre aleitamento materno e alimentação saudável, no caso de inclusão de nutrizes.
> 5. **Manter em dia o cartão de vacinação das crianças de 0 a 6 anos**.
> 6. Garantir freqüência mínima de 85% na escola, para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos.
> 7. Garantir frequência mínima de 75% na escola, para adolescentes de 16 e 17 anos.
> 8. Participar, quando for o caso, de programas de alfabetização de adultos. (BRASIL, 2004).

Cabe ao município, como executor, zelar para que a família cumpra com as condições para recebimento deste auxílio. No entanto, aparentemente, esse zelo não vem acontecendo. Isso sinaliza para mais uma situação onde estratégias

voltadas a garantir o cuidado à saúde das crianças, incluindo aí, a manutenção de um estado vacinal atualizado vem sendo tratada com descaso pelas autoridades governamentais encarregadas desse controle.

O discurso de uma das mães elenca um dos fatores de atraso vacinal.

> *Porque no dia que eu fui dar a vacina de um ano, a moça me disse que deveria voltar para dar a vacina de quatro anos, e ela não me disse que teria a vacina de um ano e três meses e daí com a vacina extra da pólio a moça viu o furo no cartão e assim ela me comunicou que tinha uma vacina atrasada, mas não falou que eu poderia aproveitar para vacinar meu filho (P1).*

Observa-se na fala da mãe que a mesma levou o filho para vacinação de 1 ano, sendo orientada para retornar à unidade para vacinar o filho quando este completasse 4 anos de idade, denotando, falta de orientação por parte dos profissionais de saúde que efetuaram o atendimento, pois a mãe deveria ser orientada na ocasião para retorno da vacina do filho quando o mesmo completasse 1 ano e 3 meses, conforme preconizado no calendário de vacinação. Outro fator, na fala da mãe, que merece ser destacado é que a funcionária que fez o atendimento na Campanha de Vacinação contra Poliomielite ocasionou uma oportunidade perdida, por não ter observado detalhadamente o cartão vacinal da criança.

Observou-se um desencontro de informações entre funcionário e usuários do Centro de Saúde Escola. Para tal, é importante que os funcionários prestem um atendimento de qualidade, orientando as mães em conformidade com as reais necessidades, promovendo a qualidade dos serviços prestados, o acolhimento e a adesão das mesmas. O caminho para a obtenção de resultados satisfatórios deve se iniciar com a sensibilização dos gestores locais, dos profissionais de saúde e da sociedade. (SILVEIRA et al., 2007). A falta de orientação por parte dos profissionais é entendida por Guerra et al. (1999) como fator relevante de atrasos vacinais.

Outros relatos evidenciam causas diversas que compreendem o esquecimento, as dificuldades cotidianas das mães, e/ou ocupação com os afazeres diários.

> *Eu sabia que a vacina estava em atraso, viajei muito, o mês todo, tive uns problemas, precisei viajar com a criança e o cartão ficou em casa, então acabou mesmo passando em branco (P4).*
>
> *Não vacinei porque da última vez que vacinei, o bebê ficou muito chato, irritante... Como eu estudo a noite, tenho que deixá-lo com a minha mãe, e ele acaba incomodando demais, daí acabou passando e quando percebi a vacina estava bem atrasada (P5).*

O esquecimento e/ou as dificuldades cotidianas dos familiares é entendido por Gatti (2005) como fator limitante da atualização dos cartões vacinais. Para maior adesão à imunização, a família precisa de orientações claras a respeito da importância de manter as vacinas das crianças atualizadas.

Isso pode ser realizado por meios de comunicação, por incentivo e fiscalização realizados pelos agentes de saúde e nos próprios postos de vacinação e por orientações fornecidas pela equipe multidisciplinar, durante o pré-natal, entre outros. (MODENEZ, 2001).

Os dados resultantes da pesquisa mostram a necessidade de sensibilização dos gestores locais do Município estudado, assim como dos profissionais da área da saúde e de toda a comunidade, no sentido de alertar as famílias sobre a importância da vacinação atualizada, como forma de prevenção de doenças.

4.3 **Funcionamento da sala de vacinação do Centro Saúde-Escola: compreendendo a dinâmica de funcionamento e fatores do atraso vacinal relacionados ao serviço**

Com vistas a compreender o funcionamento da sala de vacinação do Centro Saúde Escola, permitindo suspeitar de eventuais problemas estruturais ou processuais relacionado às imunizações, planejou-se entrevistar os profissionais responsáveis pelo setor.

Entretanto, dos dois funcionários que atuam de forma regular no mesmo, só um estava disponível à época do trabalho de campo da pesquisa, em virtude das férias e mudança de setor dentro da Universidade. Cabe ser ressaltado que este funcionário, que é técnico em enfermagem, encontrava-se na ocasião cursando o último ano da graduação de enfermagem e possuía mais de 15 anos de atuação em práticas de imunização.

4.3.1 O Centro Saúde Escola e a rotina de trabalho na sala de imunizações

O Centro Saúde Escola possui uma sala de imunizações, que atende adultos e crianças. A Unidade oferece todas as imunizações previstas no calendário básico da criança, gestante e do adulto, exceto as vacinas para recém-nato (BCG e primeira dose da hepatite B), que são realizadas nos hospitais do município. O Centro funciona de segunda à sexta-feira no período da manhã das 07h30min às 11h30min; e no período da tarde das 13h30 às 17h30min, prestando atendimento nos Programas de Puericultura, Hipertensos e Diabéticos, Gestantes e Prevenção de Câncer de Colo de Útero.

A sala de vacina apenas funciona nas terças-feiras e quintas-feiras das 08h00min às 11h00min e das 14h00min às 17h00min, com uma enfermeira responsável pelas atividades de coordenação da unidade e uma técnica de enfermagem responsável pelas atividades desenvolvidas na sala de vacina. As atividades desenvolvidas pela técnica de enfermagem compreendem a organização da sala para dar início na administração das vacinas, arrumação dos imunobiológicos na caixa térmica e refrigerador; separação dos cartões de aprazamento correspondentes ao mês em que as crianças irão vacinar. A enfermeira realiza a conferência do boletim diário e mensal de doses aplicadas de vacinas, formulário para inutilização mensal de imunobiológicos, e preenchimento da ficha de investigação dos eventos adversos pós-vacinais.

Com a chegada da criança para vacinar, a funcionária olha o cartão de vacina e o cartão de aprazamento, verificando quais são as vacinas a serem administradas e, procedendo ao preenchimento dos cartões. Após esta etapa, faz a higiene das mãos, prepara a vacina, e a administra.

A mãe ou o responsável pela criança é orientado sobre as possíveis reações adversas da vacina Tetravalente e da necessidade de dar um antitérmico caso a criança tenha febre e aplicação de gelo no local onde foi aplicado a vacina, assim como a respeito do retorno para a próxima imunização. A primeira vez que o cliente chega à unidade Centro Saúde-Escola, a funcionária faz o cadastramento da criança no Programa de Puericultura, abrindo um cartão de aprazamento e fazendo a mesma rotina. Todo final de mês, a técnica de enfermagem fecha os relatórios mencionados acima para a Secretaria da Saúde, deixando em separado os cartões

de aprazamento para os acadêmicos de enfermagem fazerem à busca ativa das crianças através dos cartões que constam como atraso vacinal.

Os acadêmicos fazem visitas às casas das crianças que constam como suposto atraso vacinal, verificando seu o cartão de vacina. Quando a vacina da criança apresenta-se em atraso, os pais e/ou responsável pelo atendimento no momento da visita, são orientados para a importância de regularizar a imunização. Quando não são encontrados os pais ou alguém no domicílio, os acadêmicos voltam ao Centro e fazem o registro do endereço não encontrado e/ou da situação encontrada no momento da busca ativa.

A análise dos aspectos determinantes do desenvolvimento do trabalho na rotina diária na sala de vacina revelou alguns pontos que merecem ser destacados, conforme o discurso do funcionário entrevistado, quando solicitado a falar sobre sua rotina de trabalho nesta atividade.

> *Bom, pela manhã, eu chego, verifico a temperatura da geladeira e, em seguida, ambiento o gelox que vai para caixa da geladeira... Espero umas 2 horas até ambientar e depois coloco na caixa de isopor ou numa caixa térmica e aguardo chegar a temperatura de 2 a 8º, tiro as vacinas do dia e início o trabalho (F1)*

Posteriormente, instada a descrever um dia típico de trabalho, o entrevistado reitera diversas dessas ações:

> *[...] É verificado a temperatura da geladeira, faço ambientização do gelox, coloco as vacinas na caixa térmica e aguardo chegar a temperatura. Dou uma olhada nos aprazamento para ver quais as crianças que vão comparecer aquele dia porque tem como saber e fico aguardando, fazendo a organização, organizo toda a sala de vacina, verifico se tem estoque para o dia e para semana (F1).*

Observa-se nas falas que o mesmo relata uma rotina cotidiana, mas que não abarca todo o contexto da prática exercida por um profissional em sala de vacina, estando focada prioritariamente nos aspectos técnicos e organizacionais relacionados às imunizações.

As atividades de orientação às mães e outros responsáveis sobre a importância das imunizações para a saúde infantil; as vacinas a serem administradas, os momentos para cada vacinação, os possíveis eventos adversos, verificação e troca de conhecimento sobre o Cartão Vacinal ou sobre os riscos associados a atrasos e não vacinação, entre outros aspectos, não foram citadas espontaneamente pela técnica. Isso só foi mencionado quando especificamente indagado como era o atendimento feito às crianças que compareciam ao setor:

> *A mãe chega, aí eu olho o cartão de vacina, vejo se é aquele dia mesmo a vacina, procuro a fichinha de aprazamento da criança, marco na ficha de aprazamento,*

> *marco na carteira da criança, marco a próxima vacina, oriento a mãe quanto às reações que pode vir acontecer com a vacina e é isso que eu faço. (F1)*

O diálogo estabelecido nesse momento pode(ria) ser o início de uma relação, uma vez que o "objetivo" de intervenção, entre mães e profissionais de enfermagem, é único: a criança e a melhoria de sua saúde.

Assim, observando-se a rotina da profissional no cotidiano de trabalho, além das tarefas citadas por ela e que são necessárias para o atendimento na sala de vacina, sugere-se que seja trabalhada a informação com as mães e/ou responsáveis sobre a importância da imunização, com destaque nos seguintes pontos: deve conter informações adequadas sobre os benefícios e riscos das vacinas, bem como sobre o número de doses necessárias para completar o calendário vacinal da criança; entregar, de preferência, informações por escrito, buscando responder a possíveis dúvidas e mitos sobre a imunização; planejar modificações na abordagem da população a respeito das campanhas de vacinação, oferecendo maior divulgação de informes, visando motivar a população para imunização, especialmente pais e adultos responsáveis pelas crianças. (WECKX, 2003).

É de Alexandre (2008) a afirmação de que à enfermeira, cabe a função de planejar, organizar, supervisionar e executar as atividades de enfermagem na unidade de saúde, devendo fazer parte na elaboração multiprofissional de programas de saúde pública direcionadas à coletividade de responsabilidade da unidade de saúde.

As atribuições da enfermagem inerentes à vacinação, além da preocupação com a manutenção do ambiente, como referenciado pela participante do estudo, envolvem, também, a preocupação com a saúde das pessoas, grupos e famílias. Assim, o manual de imunizações da FUNASA, ao listar as seguintes funções para as equipes de enfermagem que trabalham em salas de vacinação:

> • manter a ordem e a limpeza da sala;
> • prover, periodicamente, as necessidades de material e de imunobiológicos;;
> • manter as condições ideais de conservação dos imunobiológicos;
> • manter os equipamentos em boas condições de funcionamento;
> • encaminhar e dar destino adequado aos imunobiológicos inutilizados e ao lixo da sala de vacinação;
> • **orientar e prestar assistência à clientela, com segurança, responsabilidade e respeito**;
> • registrar a assistência prestada nos impressos adequados;
> • manter o arquivo em ordem;
> • avaliar, sistematicamente, as atividades desenvolvidas. (BRASIL/FUNASA, 2001, p.54). (grifo nosso)

Orientar e prestar assistência aos usuários, como visto e destacado, é uma delas. Nesse aspecto, o momento da vacinação é um espaço privilegiado para o estabelecimento de diálogos entre famílias/trabalhador em saúde/serviços de saúde e para elevar a informação dos familiares sobre esta importante estratégia de saúde pública, corrigindo e desmistificando informações errôneas, educando para a saúde e garantindo a adesão a estratégia de intervenção preconizada. O encontro das famílias com o profissional de enfermagem na sala de vacina necessita ser um encontro terapêutico, permeado da compreensão ampliada da tecnologia de cuidado à saúde, com ênfase não apenas na aplicação de conhecimentos científicos, mas voltada para a interação entre os sujeitos. (FIGUEIREDO; MELLO, 2003).

As vacinas são oferecidas à população, mas sua utilização depende da decisão pessoal, ou da decisão dos pais em levar a criança, no caso da vacinação infantil. Muitas vezes, contudo, existem fatores que atuam para que isso não ocorra e os serviços de saúde atentos a essa questão devem desenvolver a supervisão e a busca ativa das crianças em possível situação de atraso vacinal, conforme está preconizado inclusive no PNI.

O entrevistado relatou as estratégias utilizadas na rotina do programa para o alcance das famílias que não comparecem para a vacinação. O discurso abaixo evidencia os elementos presentes na sua identificação e as estratégias desenvolvidas no Centro Saúde-Escola de Umuarama:

> *Como o aprazamento das vacinas são feitos a partir do retorno da criança, quando chega no final do mês, eu dou uma olhada no mês, por exemplo, mês de junho, dou uma olhada no final, as crianças que não compareceram a gente vai fazer a busca fonada, e quando do não comparecimento, nós vamos fazer visitas domiciliares para ver o que houve (F1).*

Observa-se que as estratégias utilizadas pelo profissional responsável pela vacinação no Centro de Saúde Escola tais como a verificação da situação vacinal, a busca por telefone e a visita domiciliar são recursos que tornam mais ativas e ricas as relações entre o serviço de saúde e a comunidade, correspondendo, portanto, ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde no Manual de Vacinação:

> Ao final das atividades do mês, a equipe de vacinação deve adotar os seguintes procedimentos:
> • somar as doses administradas, registradas no Mapa Diário de Vacinação, transferindo para o consolidado do Boletim Mensal de Doses Aplicadas;
> • **fazer a revisão no arquivo de cartões de controle para convocação e busca de faltosos**;
> • avaliar e calcular o percentual de utilização e perda de imunobiológicos;
> • avaliar as coberturas vacinais da área de abrangência do serviço de saúde. (BRASIL, 2001, p. 57) (grifos nossos).

Estas situações de contato na busca dos faltosos permitem também uma oportunidade e um espaço adicional – e privilegiado – para a orientação sobre as vacinas e para conhecer as condições e motivos que levaram aquela família a não comparecer ao serviço de saúde para vacinação.

Segundo dados do Ministério da Saúde - Brasil (2001), o diálogo com a família na moradia também ajuda os profissionais a terem uma visão mais objetiva da realidade de vida e saúde da população. De maneira geral, a visita domiciliar pode ser aproveitada para uma avaliação geral da saúde e condições de vida da família, evitando-se aquela destinada a atender a apenas um motivo específico (BRASIL, 2001) e servindo também como espaço para detecção de intercorrencias, como a não vacinação, e para a educação em saúde. Neste aspecto, constitui-se em uma das atividades privilegiadas possibilitadas pela Estratégia de Saúde da Família, devendo ser objeto não apenas dos agentes comunitários de saúde, mas de toda a equipe.

Entretanto, mesmo em unidades de saúde tradicionais, tal prática pode e deve ser implementada. Assim, no interesse da vacinação, a visita domiciliar pode ser organizada pelo Centro de Saúde-Escola, por exemplo, para a avaliação do estado vacinal, identificando crianças em faixa etária própria à vacinação, fazendo a busca ativa de faltosos que foram identificados pelo serviço, ou procedendo à investigação de casos de doenças e agravos.

4.3.2 Fatores para não vacinar uma criança na unidade

Quanto aos fatores para a não vacinação de uma criança na unidade, constatou-se alguns motivos desencadeadores relatados pelo participante da pesquisa, a saber:

> *Eu deixo de vacinar se a criança está doente, com febre acima de 38ºC, quando o médico pede para aguardar, ou* ***quando não tem vacina disponível, o que acontece com freqüência****... e quando isto acontece, eu encaminho para outra unidade de referência na cidade (F1).*

Como afirma Bellesi (2007), não vacinar ou deixar de considerar a indicação e o aconselhamento de vacinação oportuna, constitui-se em uma grave falha ética daqueles que estão profissionalmente envolvidos com cuidados de saúde. Isso exige

que todos os profissionais que atuam diretamente na atenção clínica à criança ou indiretamente, nos cuidados preventivos, bem como aqueles que trabalham nas salas de vacinação ou nas campanhas vacinais, conheçam as indicações, contra-indicações e momento de aplicação dos diversos imunobiológicos, para que possam contribuir para o adequado cuidado e adesão à estratégia de vacinação.

O Ministério da Saúde, Brasil (2005) lista como contra-indicações à vacinação:

a) Imunossuprimidos (vacinas de bactérias ou vírus)
b) Alergia grave de natureza anafilática
c) Encefolopatias
d) Uso de corticoesteróide com dose ≥ 2mg/kg/24horas
e) Criança com peso inferior a 2kg

Aqui se coloca a importância dos aparelhos formadores de recursos humanos, de modo a garantir a presença destes conteúdos nos diversos cursos de formação do pessoal de saúde. Entretanto, como já visto, os calendários são dinâmicos, sujeitos a mudanças no rol de imunobiológicos ofertados e, muitas vezes, na época de sua administração. Conforme o entendimento de Bellesi (2007), isso demanda esforços de re-capacitação e atualização, sejam desencadeados pelos gestores em saúde, seja pelas sociedades cientificas e profissionais da área, como a Sociedade Brasileira de Pediatria, Conselhos Regional e Federal de Medicina e de Enfermagem, dentre outros.

Um Programa que almeja alta cobertura necessita ter sua disponibilidade de vacinas sempre em dia, de modo a evitar casos de não vacinação e perda da credibilidade da população naquela unidade específica. O profissional do Centro foi questionado quanto à falta de vacina na unidade, ao que respondeu:

> [...] *quando não tem vacina disponível, o que acontece com frequência...Eu não faço a vacina; daí, eu oriento procurar uma outra unidade de saúde (F1).*

A falta de vacinas nas unidades de imunização é um dos fatores que contribui para o atraso vacinal, porque o familiar, mesmo quando orientado, pode não procurar por outra unidade. Um fato que merece ser destacado é que, em Umuarama, o fechamento final dos relatórios das 21 (vinte e uma) unidades de saúde do município é realizado por duas funcionárias que são responsáveis pela imunização, ocasionando atraso no envio dos relatórios mensais à 12ª Regional de

Saúde. Tal ocorrência implica no atraso do recebimento das vacinas, gerando a falta dos imunobiológicos nas unidades locais.

Aranda (2000) aponta que o abastecimento das vacinas deve ser periódico, atendendo às necessidades locais. Por isso, o fechamento dos relatórios mensais precisa ser rigoroso, para que haja o controle do estoque com a reposição da vacinas em tempo hábil, bem como daqueles que têm o prazo de validade expirado, garantindo, assim, a continuidade (e segurança) das vacinações.

Outro fator que merece ser destacado, diz respeito ao horário e dias de funcionamento da sala de vacina, que acontece somente duas vezes na semana em horário comercial, ou seja, nas terças e quintas-feiras. Tal fator é um facilitador do atraso vacinal, pois de acordo com Camargo et al (1998), ao tratar do funcionamento da sala de vacina, afirma que o ideal é que este seja diário, com mais de uma jornada de trabalho, preferencialmente durante todo o período do atendimento do serviço de saúde para evitar que as pessoas que busquem pela vacinação, possam encontrar a sala em funcionamento.

Os autores supracitados evidenciam a necessidade de abertura da sala no período noturno, e aos sábados de maneira alternada, para facilitar o acesso e aumentar a oferta, sobretudo, das mães que trabalham fora.

4.4 **Oportunidades perdidas**

Crianças nunca vacinadas ou com esquema incompleto são freqüentemente levadas para consultas pediátricas. Cada contato com a família ou comparecimento a uma unidade de saúde deve ser encarado pela equipe de saúde como uma oportunidade na perspectiva da atenção integral à saúde da criança, incluindo a avaliação do crescimento e desenvolvimento e do estado vacinal, oportunizando-se a identificação precoce de eventuais problemas — como os atrasos vacinais — e o estabelecimento de intervenções adequadas, objetivando assegurar prontamente sua correção e em se trabalhar preventivamente para sua não repetição.

As entrevistas trazem diversos exemplos onde oportunidades de detecção do atraso e o enviadamento de esforços para sua correção não ocorreram. No caso da

mãe da criança que morava parte do tempo na Itália e que comparecia mensalmente as consultas de puericultura com profissional particular, isso fica claro:

> *Eu não sabia, porque como a gente estava na Itália e para mim estava tudo certo, porque* ***ninguém me disse que estava em atraso, nem o pediatra dele soube me informar****, por não bater os calendários, mas agora com a sua visita aqui em casa vou colocar em dia a vacina dele* (P2) (grifos nossos).

Poder-se-ia esperar que o profissional que a atendia na Itália não conhecesse o calendário brasileiro, mas o que era responsável pelo atendimento aqui no Brasil tinha que sabê-lo e, mais ainda, verificá-lo, ainda mais pelo fato da família estar em trânsito de um país para outro. Mas essa não verificação não foi uma exclusividade deste caso. A mãe do bebê de 4 meses que apenas possuía as vacinas administradas ao nascimento, também menciona ter levado a criança ao médico por conta de uma intercorrência, sem que aparentemente tenha havido a preocupação com um cuidado mais integral, o que com certeza implica no exame do cartão e orientação sobre problemas aí detectados.

Considerando que essa mãe sequer fazia acompanhamento regular do seu menor, uma oportunidade perdida de tudo, inclusive de conscientizar e insistir na importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

> *[Você compareceu a alguma visita ou consulta com sua criança em uma unidade de saúde, no último mês?]*
> *Sim.*
> *[Quando? Por qual motivo?]*
> *O mês passado, a minha filha de 4 meses estava com conjuntivite, e levei na médica.*
> *[Nesse dia foi pedido para você mostrar o cartão de vacina da nenê?]*
> *Não.*
> *[Foi feita alguma orientação sobre vacinação nesse dia?]*
> *Não* (P3)

Em outro caso, o profissional perdeu a oportunidade de verificar o cartão vacinal da criança para orientar a mãe sobre o atraso vacinal. A mãe compareceu na primeira campanha da poliomielite para vacinar a criança. Na oportunidade, estava com o 1º reforço da poliomielite e da tríplice em atraso e não foi alertada para o fato, implicando no atraso vacinal de dois meses, como verificado no relato da mãe:

> *[Você compareceu a alguma visita ou consulta com sua criança em uma unidade de saúde, no último mês?]*
> *Sim.*
> *[Quando? Por qual motivo?]*
> *Eu fui na vacina da pólio... que foi na campanha e, na última semana que passou, eu fui na consulta com ele porque ele estava com gripe.*
> *[Nesses dias foi pedido para você mostrar o cartão de vacina?]*
> *Sim, na campanha, agora na consulta não foi pedido e eu também não levei.*
> *[Foram feitas orientações sobre vacinação nesses dias?]*
> *Não, não foi.* (P1)

Nem mesmo no dia da Campanha, onde se procedeu a verificação, a mãe teve sua situação de sua criança regularizada ou, na pior das hipóteses, foi orientada a retornar posteriormente para o reforço da tríplice. Na consulta por conta da infecção respiratória, que não contra-indica a aplicação da vacina, o mesmo aconteceu: cartão não verificado, orientação nenhuma.

Nesses casos, as visitas à Unidade de Saúde não foram aproveitadas como ocasiões para identificar os atrasos, informar as mães sobre os atrasos vacinais e sobre todas as vacinas que estavam à disposição deles. Segundo Sá (2008, p. 89), "as oportunidades perdidas de vacinação se constituem em um importante obstáculo para a melhoria das coberturas vacinais tanto de crianças quanto de mulheres em idade fértil."

Aranda (2000) lembra a necessidade de identificar as oportunidades perdidas de vacinação, visando estudos e estratégias de intervenção que contribuam para sua eliminação frente aos programas de imunização. Para tal, a autora dá ênfase a aspectos determinantes para um programa de atendimento, tais como: atualização periódica dos profissionais de saúde, dos responsáveis pelo serviço de saúde, planejamento operacional e fortalecimento de políticas de saúde. Assim, toda a equipe do serviço de saúde deve estar conscientizada sobre a importância da vacinação e estar ciente das atividades desenvolvidas para a informação correta e o encaminhamento dos usuários a sala de vacina.

Outras situações que frequentemente se associam a oportunidade perdida dizem respeito às falsas contra-indicações (febre >39°, 40°), o caso de o pediatra não pedir o cartão de vacina para averiguação e anotações de rotina, a mãe que não leva o cartão em todas as idas às unidades de saúde, como apontado nas entrevistas. Embora não evidenciado nas entrevistas, também, pode-se mencionar como fator de oportunidade perdida, o caso em que a criança internada recebe alta sem ser vacinada ou sem orientação para vacinação.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1993) em estudo realizado sobre oportunidades perdidas de vacinação em países em desenvolvimento e industrializados, foi constatado que as causas mais relevantes levantadas diz respeito à falha na administração simultânea de vacinas (22%), as falsas contra-indicações (19%), as práticas dos profissionais de saúde (16%) e problemas logísticos (10%). Portanto, é importante o levantamento dos fatores

relacionados às oportunidades perdidas de vacinação para a melhoria da efetividade destes serviços.

De acordo com Rey (1996), uma das principais causas das oportunidades perdidas de vacinação é a negligência dos profissionais em não analisarem o cartão vacinal e não encaminharem a criança à vacinação, além das falsas contra-indicações. Para este autor, a ausência do cartão de vacinação com a família no momento da consulta, ainda que considerável, tem menor incidência que a não-solicitação pelo profissional. Ademais, sua solicitação recorrente reforçaria, para a família, sua importância no cuidado infantil e poderia acabar por fortalecer a prática de trazê-los sempre às consultas.

5 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A vacinação é historicamente e, em razão do seu caráter coletivo, uma intervenção de Saúde Pública, constituindo-se em um serviço de ação preventiva extremamente relevante. A imunização é um processo fundamental para a prevenção de várias doenças transmissíveis em crianças, sobretudo, no primeiro ano de vida, constituindo-se em fator significante associado à redução das doenças imunopreveníveis.

Nos últimos anos, muitas vacinas foram incorporadas ao calendário vacinal básico e acredita-se que no futuro, com o advento de novas imunizações, será cada vez maior o número de vacinas que uma criança deverá receber até completar o esquema recomendado pelo Ministério da Saúde.

No Brasil, o PNI atua de forma a consolidar uma estratégia de âmbito nacional, apresentando, na sua missão institucional, consideráveis avanços desde a sua institucionalização no ano de 1975. No entanto, sua execução está a cargo do nível local de saúde, onde também devem ser realizadas as ações que contribuam para a manutenção da elevada cobertura necessária para o controle (e quiçá erradicação de algumas) das doenças imunopreveníveis. Para tal, o desenvolvimento de atividades que busquem identificar os não imunizados e corrigir sua situação vacinal são relevantes e devem fazer parte das estratégias a serem desenvolvidas de modo rotineiro pelos serviços de imunização.

Embora os benefícios da vacinação sejam fartamente conhecidos e frequentemente ressaltados nas campanhas produzidas pelo governo, ainda existem crianças em situação de atraso vacinal, o que as deixa vulneráveis a várias doenças. Uma gama grande de fatores pode contribuir para essa situação e seu entendimento, no nível local, pode ser importante para a correção de problemas e o estabelecimento de estratégias de prevenção e superação de alguns dos obstáculos identificados.

Assim, buscando aumentar a compreensão acerca dos principais fatores que podem estar contribuindo para o atraso vacinal das crianças acompanhadas no Centro de Saúde – Escola – Umuarama, Paraná, foi realizada uma avaliação da situação vacinal a partir dos registros nos cartões espelhos presentes na Unidade no período de outubro de 2008 a outubro de 2009, e, a partir de entrevistas com

familiares, buscou-se entender alguns dos possíveis elementos contribuintes para essa situação.

Verificou-se que, de um total de 52 crianças consideradas inicialmente como em atraso, em apenas cinco este atraso foi confirmado. Entretanto, não é possível afirmar que apenas estas estejam em atraso com suas imunizações. Mas este fato chama atenção para que nem sempre o que está presente nos cartões espelho são a realidade e a situação das crianças só pode ser conhecida pela busca ativa dos faltosos. Isso demanda a necessidade de organização destas ações de busca como uma atividade relevante na organização de uma sala de vacinação.

O mais preocupante não é o número em si, contudo. É que a unidade que serviu de lócus ao estudo — Centro Saúde Escola — tem uma proposta de busca ativa de faltosos, a ser realizada pelos estudantes de enfermagem que ali estagiam. Mais de cinquenta cartões em situação de potencial atraso, mesmo que confirmado em percentual maior ou menor, aponta para que essa atividade prevista não vem se realizando a contento e devem ser desenvolvidas avaliações para investigar o porque disso estar ocorrendo, de modo a realizar as correções necessárias.

As participantes da pesquisa demonstraram ter um bom nível de conhecimento acerca da importância da vacina como prevenção de doenças, ainda que por vezes referissem que receberam as informações pela televisão. As mães afirmaram ter “medo” de vacinar os filhos, em razão de vacinas vencidas ou outras reações adversas. Cabe afirmar aqui a necessidade dos profissionais demonstrarem que a vacinação é um ato seguro e absolutamente fundamental para a saúde, fornecendo aos familiares às orientações adequadas, com o estabelecimento de condutas preventivas em um processo contínuo de educação para a saúde.

Por outro lado, reforça-se que o conhecimento sobre a importância das vacinas deve estender-se a toda a população, pois todos têm parcela de responsabilidade na sua utilização adequada e universal. A aplicação de vacinas é um procedimento relativamente simples, mas que demanda grande atenção a detalhes para a obtenção de um ótimo resultado. Tudo é importante, da qualidade do imunizante ao transporte, conservação, técnica de aplicação, acompanhamento dos eventos adversos, comunicação com o público, etc.

O acompanhamento necessário ao processo de vacinação deve ocorrer ao nível da atenção básica em saúde, devendo ser utilizado para registro, avaliação e acompanhamento a Caderneta da Criança, onde o profissional de saúde deverá

anotar todas as informações mais importantes sobre a história da saúde e desenvolvimento da criança. Através das consultas de rotina, as mães ou outros responsáveis podem ser orientados sobre a importância da vacinação, das ações de imunização em si, que devem ser realizadas na própria unidade básica, ou indicando outro local público de imunização, quando necessário.

Nessa pesquisa, uma questão preocupante que emergiu diz respeito ao fato de que existem mães que não fazem o acompanhamento de rotina de seus filhos com a frequência preconizada, e muitas levam as crianças para consultas somente em casos de manifestação de alguma doença, dificultando, assim, a identificação de possíveis situações de risco, diagnóstico e tratamento precoce. A busca dos pacientes faltosos a vacinação pode ser, então, um espaço que possibilite a verificação também deste acompanhamento de puericultura, reforçando sua necessidade e ensejando esforços para uma mudança de atitude dos pais e responsáveis.

Foi possível constatar que as mães demonstraram ter uma compreensão parcial sobre o uso do Cartão, entendendo o seu uso apenas como necessário para o controle das vacinas e utilização em consultas de rotina. Cabe, pois, aos profissionais orientá-las no sentido de que o Cartão de Saúde, além desses fatores, contempla o acompanhamento da saúde da criança, trazendo dados sobre as condições de saúde da mesma, sobre a gravidez, parto e puerpério, entre outras informações que contribuirão o cuidado integral com a criança. Daí, a importância do preenchimento adequado do Cartão por parte dos profissionais de saúde e de atividades que fortaleçam o conhecimento de sua utilidade e uso pelas famílias, para que essas possam efetivamente ganhar em autonomia e auto-cuidado.

Observou-se nas falas das entrevistadas que há desencontros na troca das informações entre funcionário e usuários do Centro de Saúde pesquisado, que conta com apenas uma sala de imunizações, prestando atendimento a adultos e crianças, com funcionamento somente duas vezes por semana, o que pode dificultar o acesso, particularmente das mães que trabalham. Tal fator é um facilitador do atraso vacinal, pois o ideal é prestar um atendimento em tempo integral, em especial se considerando os pais e mães trabalhadoras e prestar também, um atendimento de qualidade, orientando as mães em conformidade com as reais necessidades, promovendo a qualidade dos serviços prestados, o acolhimento e a adesão das mesmas.

A análise da rotina de trabalho na sala de vacina revelou alguns pontos conflitantes, uma vez que a funcionária participante evidencia, em seu discurso, uma rotina diária que não contempla todo o contexto implicado na prática cotidiana que deveria ser exercida por um profissional atuante nesta atividade, pois o foco do discurso encontra-se fundamentado nos aspectos técnicos e organizacionais relacionados às imunizações, não se valorizando o aspecto educativo e interativo com pais e responsáveis, perdendo oportunidades preciosas de compartilhar conhecimentos, dirimir dúvidas e potencializar ações que implicarão em menor chance de atraso. É necessário, pois, que haja um reforço junto aos profissionais para um incremento das trocas de informações necessárias para ressaltar a importância da vacinação regular e oportuna junto às mães que compareceram ao Centro de Saúde para vacinar as crianças.

A falta de vacina também é um dos aspectos que pode contribuir para com os atrasos vacinais na Unidade, seja diretamente, pela procura não atendida (que nem sempre implicará em retorno na mesma ou ida a outra unidade vacinadora, seja por reduzir a confiança e credibilidade da população quanto ao Centro, reduzindo as possibilidades de vínculo com o Serviço. Nesse sentido, cabe à mesma garantir o abastecimento periódico para o atendimento à necessidade, com fechamento dos relatórios mensais de forma rigorosa, no sentido de viabilizar um controle de estoque e reposição das vacinas em tempo hábil, com atenção aos estoques que estejam com o prazo de validade vencido.

Nas entrevistas, foram ainda observados diversos fatores nos quais as oportunidades de detecção dos atrasos foram perdidas. Assim, profissionais de saúde envolvidos tanto na assistência quanto em campanhas de vacinação deixaram passar oportunidades de verificar o cartão vacinal das crianças e orientar as mães sobre a necessidade de correção do atraso vacinal. Nesse caso, sugere-se à Unidade em questão bem como as demais responsáveis pelo atendimento infantil no município que trabalhem no sentido de aproveitar as visitas das mães ou responsáveis pela criança para verificar os cartões, mantendo os familiares informados a respeito dos atrasos vacinais e sobre todas as vacinas que se encontram à disposição deles.

Por mais simples que seja o calendário de imunizações, com freqüência surgem situações específicas, que exigem adaptação às mesmas. Manter a ordem cronológica dos esquemas vacinais é importante e requer entendimento dos

mecanismos imunológicos e das características de cada vacina, incluindo os intervalos mínimos entre as doses, para que sejam tomadas as decisões corretas.

Dada a relevância da vacinação para a saúde da criança, esta prática precisa ser assumida enquanto uma medida de Saúde Coletiva e de proteção da população contra as doenças imunopreveníveis. Cabe aqui, considerar o importante papel da participação efetiva dos profissionais de saúde e da comunidade para a obtenção de coberturas homogêneas e adequadas. A cobertura vacinal é um indicador de acesso ao Programa Nacional de Imunização, podendo ser indicativo da efetividade do programa de imunização local. Incidência e mortalidade, por sua vez, podem ser consideradas indicadores das medidas de controle de doenças que incluem a assistência de saúde.

As atribuições da enfermagem próprias da vacinação envolvem práticas diferenciadas que abarcam a preocupação com a manutenção do ambiente e com a saúde das pessoas, grupos e famílias, e o momento da vacinação é ideal para dar assistência aos usuários, estabelecendo diálogos entre famílias/trabalhador em saúde/serviços de saúde, no sentido de contribuir para com as informações para os familiares a respeito dessa importante estratégia de saúde pública, ajustando e reiterando concepções às vezes errôneas e, ao mesmo tempo, educando para a saúde.

Sugere-se à Unidade de saúde pesquisada que, além das atividades tradicionais, passe a implementar de forma efetiva e regular as visitas domiciliares para avaliar o estado vacinal, identificando crianças em faixa etária própria à vacinação, procedendo a uma busca ativa dos atrasos vacinais, entre outros aspectos. Nas visitas, os profissionais de saúde poderiam muito além de atualizar os cartões vacinais em casos de atrasos, buscar ativamente compreender as razões desses atrasos no contexto concreto da vida dessas famílias, contribuindo, assim, para o redesenho das estratégias do Programa de Imunização e a consequente superação dos atrasos. O fortalecimento de outros meios de comunicação como aerogramas e telefonemas, também podem auxiliar como reforço a esta ação e devem ser utilizados de forma complementar.

O cuidado dispensado à saúde no domicílio propicia, aos profissionais da unidade de saúde, a inserção no cotidiano das famílias, observando as suas reais necessidades e limitações. A meu ver, isto constitui um desafio para os profissionais da unidade pesquisada que, como participantes da equipe de saúde, devem levar

em consideração o envolvimento do seu agir com os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais relevantes para a melhoria no atendimento dispensado no programa de imunização.

Conhecer os fatores relacionados ao atraso vacinal, referidos pelos responsáveis das crianças e profissionais, articulando com as atividades exercidas no cotidiano do Centro de Saúde Escola é o que pretendíamos. Isto não significa solucionar questões. Significa sim, que discutir concepções de saúde, doença, família e criança saudável dentro dos programas priorizados pelo SUS, sobretudo, pelo PNI, talvez possa contribuir para estabelecer maneiras de os indivíduos também expressarem diversos componentes que podem/estão imbrincados nas atividades desenvolvidas no cotidiano.

A nossa intenção é abrir-se para o diálogo, buscar a compreensão, compartilhar preocupações e também sugestões. Tendo ampliado nosso compromisso pessoal, profissional, político e ético, buscamos desenvolver um trabalho que busca articular uma possível intervenção no social, com uma reflexão acerca de algumas atividades a serem exercidas no Programa de Imunização local.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, L.B.S.P. Atribuições funcionais da enfermagem inerentes à vacinação. In: *Vacinas: orientações práticas*. São Paulo: Martinari, 2008.

ARANDA, C. M. S. Oportunidades perdidas. In: FARHAT, C.K. et al. *Imunizações*: fundamentos e prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. São Paulo: Edições 70, 2004.

BELLESI, N. Oportunidades perdidas. *Revista Paraense de Medicina*, Belém, v. 21, n. 2, abr./jun. 2007.

BRASIL. *Assistência integral à saúde da criança*: ações básicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da Criança no Brasil.* Disponível em: <http://www.funasa.gov.br>. Acesso em: 24 jun. 2008.

_____. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de normas de vacinação.* 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. *Indicadores e dados básicos:* IDB-2008. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 17 ago. 2009.

_____. *Manual de procedimentos para vacinação*. Brasília: Ministério da Saúde, 1967. 316p. Brasília: Fundação Nacional da Saúde. Coordenação geral do Programa Nacional de Imunização.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunização. *Manual de eventos adversos pós-vacinação.* Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Brasil entrega relatório para certificação do país sem rubéola*. Brasília: 2009. Disponível em: <http://www.saúde.gov.br>. Acesso em: 09 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1602, de 12 de dezembro de 2006. Regulamenta o calendário vacinal de crianças. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança:* ações básicas. Brasília, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Manual para utilização da caderneta de saúde da criança*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 38 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança*: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11).

_____. *Programa ampliado de imunizações (PAI).* Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. *Programa Nacional de Imunizações 30 anos.* Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série C. Projetos e Programas e relatórios).

_____. *Saúde da criança*: redução da mortalidade infantil. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 17 nov. 2009.

_____. *Saúde da família:* uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf>. Acesso em: 17 nov. 2009.

CARNEIRO, M. L. M. et al. Construindo caminhos para a troca de saberes: produção e incorporação de tecnologias apropriadas. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v. 53, n. especial, p. 77-79, dez. 2000.

CARVALHO, E. S. da. Imunização ativa. In: FARHAT, C. K. et al. *Infectologia pediátrica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1998.

COSTA, J. S. D.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; HALPERN, R.; HORTA, B. L.; MANZOLLI, P. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saúde Pública*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 59-66, maio1996.

CUTTS, F.; SOARES, A.; JECQUE, A.V.; CLIFF, J.; KORTBEEK, S.; COLOMBO, S. The use of evaluation to improve the Expanded Programme on Immunization in Mozambique. *Bull World Health Organ*, n. 68, p. 199-208, 1990.

DANIELS, D.; JILES, R.B.; KLEVENS, R.M.; HERRERA, G.A. Undervaccinated African-American preschoolers: a case of missed opportunities. *Am J Prev Méd*, África, v. 20, n. 4, p. 61-68, May 2001.

FEIJÓ, R. B.; CUNHA, J.; KREBS, L. S. Calendário vacinal na infância e adolescência: avaliando diferentes propostas. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 82, n. 3, p. 4-14, 2006.

FIGUEIREDO, G. L. A. *Experiências de famílias sobre a vacinação de crianças menores de dois anos:* subsídios para o cuidado de enfermagem. 2007. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. O cuidado de enfermagem às crianças menores de dois anos em uma Unidade Básica de Saúde: utilizando os momentos de vacinação. *Acta Paul. Enf,* Paraná, v. 16, n. 4, p. 86-90, 2003.

FIGUEIREDO, N. M. A. *Ensinando a cuidar em saúde pública*. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2007.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* São Paulo: Atlas, 1993.

GILIO, E. *Manual de imunização.* 3. ed. São Paulo: Offce, 2006.

GUERRA, A. L. et al. Soroprevalência de sarampo entre pediatras de um hospital-escola. *Rev. Saúde Pública,* São Paulo, v. 33, n. 4, p. 374-378, 1999

HUTCHINS, S. S.; JANSEN, H. A. F. M.; ROBERTSON, S. E. Studies of missed opportunities for immunization in developing and industrialized countries. WHO Bulletin OMS, v. 71, n. 5, p. 5049-560,1993. In*:* FARHAT, C. K. et al. *Imunizações*: fundamentos e prática*.* 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 19 jan. 2009.

KIM, S. S.; FRIMPONG, J. A.; RIVERS, P. A.; KRONENFELD, J. J. Effects of maternal and provider characteristics on up-to-date immunization status of children aged 19 to 35 months. *Am J Public Health*, v. 97, n. 2, p. 259-266, 2007.

LIEU, T. A.; BLACK, S. B.; RAY, P.; CHELLINO, M.; SHINEFIELD, H. R.; ADLER, N.E. Risk factors for delayed immunization among children in an HMO. *Am J Public Health*, v. 84, n. 10, p. 1621-1625, 1994.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. *Pesquisa em educação*: abordagem qualitativa. São Paulo: EPU, 1986.

MALTA, R. F. et al. A utilização de inquérito domiciliar como instrumento de acompanhamento de ações de saúde em microáreas: analisando a situação vacinal de menores de um ano. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 10, n. 1, p. 28-33, jan./fev. 2002.

MARKLAND, R. E.; DURAND, D. E. An investigation of socio-psychological factors affecting infant immunization. *Am J Public Health*, v. 66, n. 2, p. 168-170, 1976.

MARKS, J. S.; HALPIN, T. J.; IRVIN, J. J.; JOHNSON, D. A.; KELLER, J. R. Risk factors associated with failure to receive vaccinations. *Pediatrics*, New York, v. 64, n. 3, p. 304-309, 1979.

MARTINS, R. M.; MIGOWSKI, E.; GONZAGA, M. A. *Manual de imunizações do comitê de infectologia pediátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

MATIAS-PEREIRA, J. *Manual de metodologia da pesquisa científica.* São Paulo: Atlas, 2007.

MEDINA, E. L. et al. Factores de importancia en la demanda de atención médica infantil. *Rev Chil Pediatr.*, Santiago, n. 56, p. 113-119, 1985.

MIRANDA. A. S. de 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. 2008-2014, 1995.

MODENEZ S. S. et al. Duração do aleitamento materno e cobertura vacinal de crianças na periferia da região sul da cidade de São Paulo. *Rev. Iatros - Rev. da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro (Unisa)*, v. 16, n. 1, p. 17-27, 2001.

MORAES, J. C.; BARATA, R. C. B.; RIBEIRO, M. C. S. A.; CASTRO, P. C. Cobertura vacinal no primeiro ano de vida em quatro cidades do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 332-341, 2000.

NIGENDA-LÓPEZ, G.; OROZCO, E.; LEYVA, R. Motivos de no vacunación: un análisis crítico de la literatura internacional, 1950-1990. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 313-321, 1997.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Oportunidades perdidas de vacinação nas Américas: diagnóstico e intervenção, 1988-1990. *Boletim Informativo PAI*, v. 13, n. 3, 1991.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (Brasil). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil*: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REY, L. C. Oportunidades perdidas de vacinação em um hospital infantil de Fortaleza. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1, p. 9-13, 1996.

SÁ, S.M. *Oportunidades perdidas de vacinação em um hospital pediátrico de referência no estado do Rio de Janeiro*: uma análise exploratória. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

SANTOLI, J.M.; SZILAGYI, P.G.; RODEWALD, L.E. Barriers to immunization and missed opportunities. *Pediatr Ann*., Orlando, v. 27, n. 6, p. 366-374, 1998.

SANTOS, B. R. L. et al. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. *Rev. Bras. Enferm*., Brasília, v. 53, n. especial, p. 49-59, dez. 2000.

SANTOS, D. M. dos. Avaliação normativa da ação programática Imunização nas equipes de saúde da família do Município de Olinda, Estado de Pernambuco, Brasil, em 2003. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 29-35, 2006.

SELLTIZ, J. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: E.P.U./ Edusp, 1974.

SILVA, A. A. M. et al. Cobertura vacinal e fatores de risco associados a não vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro, 1994. *Rev. Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. 147-156, 1999.

SILVA, L. M. V. et al. Coberturas vacinais superestimadas?: novas evidências a partir do inquérito de Pau da Lima. *Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*, v. 1, n. 6, p. 444-450, 1997.

SILVA, A. A. M. da; GOMES, U. A.; TONIAL, S. R.; SILVA, R. A. da. Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não-vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro, 1994. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 147-156, 1999.

SILVA, E. L. *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.* Florianópolis*:* Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2000.

SILVEIRA, A. S. A.; SILVA, B. M. F.; PERES, E. C.; MENEGHIN, P. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 41, p. 299-305, 2007.

SZWARCWALD, C.L.; VALENTE, J.G. Avaliação da cobertura de vacinação em Teresina - Piauí (Brasil - 1983). *Cad Saúde Pública*, São Paulo, v. 1, p. 41-49, 1985.

TEIXEIRA, A. L. et al. Cobertura vacinal na idade pré-escolar: algumas causas de atraso e o papel das ocasiões perdidas. *Revista de Saúde Infantil*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 3-4, 1997.

TEMPORÃO, J. G. O programa de imunização (PNI): origens e desenvolvimento. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 601-617, 2003.

TORUN, S.D.; BAKIRC, N. Vaccination coverage and reasons for non-vaccination in a district of Istanbul. *BMC Public Health*, v. 6, p. 125-133, 2006.

TRIVINOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

UMUARAMA. *Dados do município de Umuarama-PR.* Disponível em: <http://www.umuarama.pr.gov.br>. Acesso em: 15 jan. 2009.

UNICEF. *Situação mundial da infância.* Brasília, 1994.

VIDAL, Suely Arruda et al. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 205-213, 2003.

WECKX, L.Y. Imunização: esquema de vacinação. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 123-131, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Missed opportunities for immunization*: review of studies from developing and industrialized countries. 1993. Disponível em: <http://www.who.int>. Acesso em: 19 mar. 2010.

YÁRA, J. et al. Segunda etapa da campanha nacional de multivacinação do município de São Paulo, 2005: perfil de cobertura de diferentes Unidades Básicas de Saúde 22. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 14-19, 2008.

APÊNDICE A – Questionário familiares/responsáveis pela criança

Data da entrevista:

Nome da criança:

Idade da criança (em meses):

Localidade de residência:

Unidade de saúde de acompanhamento:

Unidade de saúde onde consta como faltoso/potencialmente em atraso:

Ao iniciar o questionário, foi pedido o cartão vacinal da criança, para verificar sua real situação vacinal, sendo esta classsificada após o exame em:
Atualizada ( )
Em atraso ( )

Caso esteja <u>completo</u>, foram feitas as seguintes perguntas e a aplicação do questionário foi encerrada.

1- Na carteira de vacinação que está arquivada no posto de saúde, seu filho consta como estando com vacina em atraso. Mas, verificando o cartão, está tudo atualizado. Onde você vacinou seu filho?

2- Onde você costuma vacinar seu filho?

Encerra-se o questionário, agradecendo e resslatando a importância de manter a vacinação em dia.

Caso o cartão esteja <u>incompleto</u> e a <u>situação vacinal em atraso</u>, prosseguiu-se registrando:

1- Imunobiológicos em atraso: (lista)

2- Tempo de atraso do imunobiológico: Registro em separado para cada imunobiológico, em termos de meses de atraso (em relação à idade preconizada pelo MS)

Perguntas adicionais, indagadas a seguir dos responsáveis:

1- Qual a relação familiar do entrevistado com a criança?

2- Qual a composição familiar? Registrar com as respectivas idades, assinalando a posição da criança em questão na estrutura familiar.

3- Qual o estado civil dos pais?

4- Qual a idade da mãe?

5- Qual a escolaridade da mãe?

6- Qual a ocupação da mãe?

7- A mãe trabalha fora? Em caso afirmativo, foi indagado: Quem cuida da criança? Quem a leva, habitualmente, às consultas e à vacinação? (registrar em separado, caso sejam pessoas diferentes)

8- Qual a unidade de saúde onde é feito o acompanhamento de sua criança? faz seu acompanhamento de consultas?

9- Com que freqüência você comparece ao posto para as consultas de rotina (acompanhamento)

10- Onde você vacina habitualmente sua criança?

11- Em que situações, sua criança é vacinada? (na rotina de imunização, apenas nas campanhas, em ambas)

12- Você saberia me dizer por que uma criança deve ser vacinada?

13- Você recebeu alguma explicação sobre a importância da vacinação para a saúde das crianças? Qual? Onde ou de quem?

14- Para que você usa o cartão de vacinação da sua criança?

15- Você recebeu alguma explicação sobre esse cartão? Qual?

16 - Você utiliza esse cartão fora dos postos de saúde? Em que situação?

17- Você tem algum tipo de medo sobre as vacinas em geral ou sobre alguma em particular? Qual?

18- Você compareceu a alguma visita ou consulta com sua criança em uma unidade de saúde, no último mês? Por que motivo?

19- Foi pedido para você mostrar o cartão de vacina da sua criança nesse dia? Se sim: Por quem?

20- Foi feita alguma orientação sobre vacinação nesse dia? Se sim: Qual?

21- Você sabe se as vacinas de seu filho estão em dia?

22-Por que as vacinas de seu filho estão atrasadas?

APÊNDICE B – Questionário profissional de saúde responsável ou atuante na sala de vacina

Data da entrevista: _____

Unidade de Saúde: _____

Nome do profissional: _____

Categoria profissional:_____

1- Qual a sua escolaridade?

2- Há quanto tempo você trabalha em sala de vacina?

3- Qual a sua rotina diária na sala de vacina?

4- Qual estratégia o programa de imunização da sua Unidade utiliza para alcançar as famílias que não comparecem na vacinação quando aprazado?

5- Como é você desenvolve seu trabalho diário na sala de vacina da sua unidade? Fale sobre um dia típico da sua rotina de trabalho no setor

6- Como é a prática de verificação da situação vacinal das crianças cadastradas em sua unidade?

7- Por que motivos que você deixaria de vacinar uma criança que comparece a unidade?

ANEXO A – Certificado de aprovação do comitê de ética envolvendo seres humanos da Unipar

UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR

Reconhecidapela Portaria - MEC Nº 1580, DE 09/11/93 - D.O.U. 10/11/93

Mantenedora: Associação Paranaense de Ensino e Cultura - APEC

DIRETORIA EXECUTIVA DE GESTÃO DA PESQUISA E DA PÓS GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE PESQUISA E INICIAÇÃO CIÊNTÍFICA - COPIC

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (CEPEH)

CERTIFICADO

Certificamos que o projeto "PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO INFANTIL EM UMUARAMA-PR: UM ESTUDO DAS CAUSAS ASSOCIADAS A ATRASOS DE VACINAÇÃO.", protocolo 16978/2009, sob a responsabilidade de DANIELE GARCIA DE ALMEIDA SILVA, está de acordo com os Princípios éticos na Experimentação Humana, adotados pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DA UNIPAR (CEPEH/UNIPAR) em reunião realizada em 05/06/2009. Este certificado expira em05/06/2010.

We certify that the project "PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO INFANTIL EM UMUARAMA-PR: UM ESTUDO DAS CAUSAS ASSOCIADAS A ATRASOS DE VACINAÇÃO.", protocol 16978/2009, in the responsability of DANIELE GARCIA DE ALMEIDA SILVA, is in agreement with the Ethical Principles in Human adopted by the National Council of Research Ethics (CONEP), and resolution 196/96 of the Ministry of Health, and was approved by the ETHICAL COMMITTEE FOR HUMAN RESEARCH OFUNIPAR (CEPEH/UNIPAR) in06/05/2009. Expirationdate: 06/05/2010.

UMUARAMA - PR, 30/03/2010.

Prof. Msc. Nelton Anderson Bespalez Corrêa
Presidente CEPEH/UNIPAR

Dayane Aparecida Fagiolo
Secretária CEPEH/UNIPAR

Registro Nº: 16978

ANEXO B – Declaração de permissão para utilização dos dados

UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR
Reconhecida pela Portaria - MEC Nº 1580, DE 09/11/93 - D.O.U. 10/11/93
Mantenedora: Associação Paranaense de Ensino e Cultura - APEC
UNIPAR UNIVERSIDADE PARANAENSE
DIRETORIA EXECUTIVA DE GESTÃO DA PESQUISA E DA PÓS GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE PESQUISA E INICIAÇÃO CIENTÍFICA - COPIC
DEGPP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (CEPEH)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO HUMANOS - CEPEH

Declaração de Permissão para Utilização de Dados

Título do Projeto: PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO INFANTIL EM UMUARAMA-PR: UM ESTUDO DAS CAUSAS ASSOCIADAS A ATRASOS DE VACINAÇÃO.

Nome do(s) Pesquisador(es):	Assinatura
Daniele Garcia de Almeida Silva	
Rosângela Caetano	

Os pesquisadores do presente projeto de pesquisa se comprometem a preservar a privacidade dos participantes, cujos dados serão coletados "Atráves de questionário sobre os fatores que levam ao atraso vacinal.". Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Diante disso, a direção da instituição autoriza a coleta de dados acima descrita.

_____

Diretor ou representante legal da instituição

Umuarama, 30 de Março de 2010.

ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR

Reconhecida pela Portaria - MEC Nº 1580, DE 09/11/93 - D.O.U. 10/11/93

Mantenedora: Associação Paranaense de Ensino e Cultura - APEC

DIRETORIA EXECUTIVA DE GESTÃO DA PESQUISA E DA PÓS GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE PESQUISA E INICIAÇÃO CIENTÍFICA - COPIC

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (CEPEH)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Nome da Pesquisa...:
PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO INFANTIL EM UMUARAMA-PR: UM ESTUDO DAS CAUSAS ASSOCIADAS A ATRASOS DE VACINAÇÃO.

Pesquisador(es)...:
Daniele Garcia de Almeida Silva, Rosângela Caetano

Orientador.....:

Para a realização desta pesquisa, eu (participante da pesquisa e/ou responsável por um participante) serei submetido a realização dos seguintes procedimentos:
Responder questionário com questões voltadas ao fatores que levam ao atraso vacinal das crianças.

Riscos.....: Não há.

Após ler e receber as explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:
1 - Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;

2 - Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de permitir minha participação ou de qualquer indivíduo sob minha responsabilidade de estudo;

3 - Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.

Declaro por meio deste, estar ciente do exposto e concordar com minha participação na pesquisa, assim como qualquer indivíduo sob minha responsabilidade.

Nome do voluntário / Responsável: _____
RG: _____ CPF: _____
Assinatura: _____ _____, ____/____/____

Eu DANIELE GARCIA DE ALMEIDA SILVA, declaro por meio deste que forneci todas as informações referentes ao estudo ao participante e/ou responsável.
RG: 330772910
CPF: 220.515.138-05
Assinatura do pesquisador: _____ _____, ____/____/____