



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

ISABELA BASTOS JÁCOME DE SOUZA

CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE A VACINAÇÃO INFANTIL

TERESINA
2014

ISABELA BASTOS JÁCOME DE SOUZA

**CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE A VACINAÇÃO INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário - UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Eliana Campêlo Lago

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Formação de recursos humanos
na atenção à saúde da família

TERESINA
2014

FICHA CATALOGRÁFICA

S719c SOUZA, Isabela Bastos Jacome de

Conhecimento de profissionais da estratégia saúde da família sobre a vacinação infantil / Isabela Bastos Jácome de Souza. Teresina: Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2014.

85 p.

(Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família)

1. Saúde da Família; 2. Formação Profissional; 3. Vacinação. I. Souza, Isabela Bastos Jácome de. II. Título.

CDD 615.372

ISABELA BASTOS JÁCOME DE SOUZA

**CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE A VACINAÇÃO INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário - UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Eliana Campêlo Lago

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Formação de recursos humanos
na atenção à saúde da família

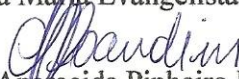
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Eliana Campêlo Lago (Presidente)

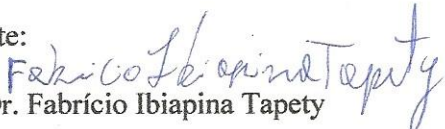


Prof. Dra. Telma Maria Evangelista Araújo (1ª Examinadora)



Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim (2ª Examinadora)

Suplente:



Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety

Quem acredita sempre alcança
Renato Russo.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer inicialmente ao Senhor, Deus Pai Todo Poderoso, pelo amor infinito e misericordioso. Sinto que cuida sempre de mim e zela pela minha segurança e felicidade.

Agradeço aos meus três grandiosos tesouros, meus pais Anapolino e Francidalva e minha irmã Suzana pelo amor, companheirismo e união todos os dias em minha vida.

Aos meus tios e primos que foram meus incentivadores no decorrer do mestrado.

A todos os meus amigos, Álvaro, Júlio César, Leonardo, Ráysa, Rafaelle, Deynna, Karen e Vitória, meu abraço fraterno, minha estima e meu respeito.

Aos meus colegas do mestrado, em especial, Líndia, Fernandina, Priscila, Luciane, Keila, Misterly, Ana Paula, Ana Caroline e Carol grandes parceiras, solidárias, amigas, divertidas, pela convivência rica e prazerosa, meu forte abraço. Nunca esquecerei as aulas, seminários, trabalho de grupo, conversas no intervalo e nossos cafezinhos em minha residência.

Meus agradecimentos de coração a Adélia Dalva e Moisés Carvalho pelo acolhimento, parceria e amizade durante essa jornada.

Agradeço a minha orientadora, Profa. Eliana Campelo Lago, pelo conhecimento e humildade, que para mim servirão, sempre, de exemplo.

Às componentes da banca examinadora, Profas. Dras. Telma Maria Evangelista de Araújo, Camila Aparecida Pinheiro Landim e Fabrício Ibiapina Tapety, obrigada, pela disponibilidade e pelas contribuições tão valiosas para o estudo.

A equipe de coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do UNINOVAFAPI, excelentes professores e funcionários que, com seu trabalho, valorizam a busca do conhecimento científico. Agradeço em especial a coordenadora Profa. Dra. Eliete Batista Moura e às colaboradoras Gelsemânia e Elizângela, pelo acolhimento afetuoso e sempre resolutivo.

RESUMO

A vacinação é uma ação importante para toda a população mundial, especialmente para as crianças de um ano, pois dos recursos preventivos existentes, trata-se do mais eficaz na proteção individual e coletiva. A literatura aponta que os municípios com grande cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) possuem menores taxas de mortalidade infantil pós-neonatal. Deste modo, as ações desenvolvidas na ESF possuem um papel extremamente relevante na vacinação das crianças de um ano de vida. O estudo propôs como objetivo principal avaliar o conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o calendário vacinal no primeiro ano de vida e como objetivos específicos caracterizar os profissionais do estudo quanto à categoria profissional, especialização, tempo de formação, tempo de experiência na ESF e capacitação sobre vacinação; identificar o conhecimento dos profissionais do estudo sobre as contraindicações e adiamentos da vacinação no 1º ano de vida; investigar associação entre a classificação do conhecimento dos profissionais com a categoria profissional. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza quantitativa realizada por meio de questionários, com 33 médicos e 50 enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família em na microrregião sul do Piauí. Os dados foram processados no software SPSS versão 19.0 e analisados com auxílio de testes estatísticos do Qui- quadrado e o teste Exato de Fisher. A população do estudo constituiu-se de 83, dentre os quais predominou a categoria de enfermeiros (60,2%) sendo 65,1% do sexo feminino, com média de idade de 36,0 anos com variação de 20 a 79. O tempo de formação variou de 01 a 52 anos, com média de 6,9 anos trabalhados na ESF. 68,7% possuíam especialização, dentre as quais Saúde da Família mostrou-se com maior porcentagem (32,5%). Com relação à capacitação para atuar em sala de vacina, 62,5% afirmou não ter recebido treinamento. Referentes ao conhecimento sobre as vacinas do calendário infantil do primeiro ano a maioria dos profissionais da ESF respondeu corretamente as vacinas dos seis, doze e quinze meses, sendo o maior percentual de acerto na vacinação dos nove meses (83,3%). Na associação do conhecimento das vacinas do primeiro ano com a categoria profissional, verificou-se associação estatisticamente significativa para o enfermeiro nas seguintes idades: ao nascer, dois meses, três meses, quatro meses, cinco meses, seis meses, nove meses e doze meses. Quando foram investigados os motivos para o adiamento de vacinação, apenas 7,2% conheciam os motivos, dentre os citados foram prematuridade (66,7%) e uso de corticoide independente da dose com 49,2%. Em relação aos motivos de contraindicações às vacinas, somente 13,3% respondeu corretamente, dentre os quais destacaram-se o choque anafilático (71,6%), episódio choque hipotônico hiporresponsivo (60,8%) e convulsões febris (56,8%) Na classificação do conhecimento das duas categorias profissionais (Enfermeiros/Médicos), verificou-se associação estatisticamente significativa para o enfermeiro. O conhecimento dos enfermeiros foi classificado como regular com 74,1%, já para a categoria de médicos, inadequado, com 53,6%. Este estudo aponta para a necessidade de capacitar os profissionais responsáveis pelas imunizações na ESF, no sentido de assegurar os benefícios e qualidade da imunização as crianças de um ano.

Palavras-Chaves: Conhecimento. Saúde da família. Formação profissional. Vacinação.

ABSTRACT

Vaccination is important for the entire world population share, especially for children of one year and among existing prevention resources, it is the most effective in individual and collective protection. The literature indicates that municipalities with extensive coverage of the Family Health Program (ESF) have lower rates of post-neonatal infant mortality. Thus, the actions developed in this service have an extremely important role in the vaccination of children one year of life. The proposed study aims to evaluate the knowledge of professionals in the Family Health Strategy about the immunization schedule in the first year of life and specific objectives characterize the professionals in professional category, specialization, length of training, length of experience in the Family Health Program and training on vaccination; identify professionals' knowledge on the contraindications to vaccination and postponements in the 1st year of life; investigate the association between the professional category and knowledge of the professionals. This is a descriptive, quantitative in nature conducted through questionnaires, with 33 doctors and 50 nurses working in the Family Health Strategy in the micro-region south of Piauí. Data were processed using SPSS software version 19.0 and analyzed with statistical assists chi-square and Fisher's exact test. The study population consisted of 83 professionals, among which the predominant category was nurses (60.2%) with 65.1% female, with mean age of 36.0 years ranging 20-79. The training time ranged 01-52 years with a mean of 6.9 years working in this service. 68.7% had a specialization, among which the Family Health showed up with a higher percentage (32.5%). Regarding the qualification to act in vaccine, 62.5% said they had not received training. About knowledge of vaccination timetable in the first year the most professionals of Family Health Strategy has answered correctly the vaccines of sixth, tenth and fifteenth months, with the highest percentage of correct vaccination in the ninth months (83.3%). About relationship of knowledge of vaccines in the first year and the professional category, there was a statistically significant association for nurses in the following ages: birth, two months, three months, four months, five months, six months, nine months and twelve months. When we investigated the reasons for postponing vaccination, only 7.2% knew the reasons, among those cited were prematurity (66.7%) and use of corticosteroids independent of dose with 49.2%. About the reasons for contraindications to vaccines, only 13.3% answered correctly, among which the most important were anaphylactic shock (71.6%), hypotonic hyporesponsive shock (60.8%) and febrile seizures (56.8%) in the classification of knowledge of the two professional groups (nurses / doctors), there was a statistically significant association for nurses. The knowledge of nurses were considered regular with 74.1%, while for the category of doctors, inadequate, with 53.6%. This study points to the need to train professionals responsible for immunizations in the Family Health Program in order to ensure the quality and benefits of immunizing children a year.

Key Words: Knowledge. Family health. Vocational training. Vaccination.

RESUMEN

La vacunación es importante para toda la cuota de la población mundial, especialmente para los niños de un año y entre los recursos de prevención existentes, es el de más eficacia en la protección individual y colectiva. La literatura indica que los municipios con una amplia cobertura del Programa de Salud de la Familia (ESF) tienen tasas más bajas de mortalidad infantil posneonatal. Por lo tanto, las acciones desarrolladas en este servicio tienen un papel muy importante en la vacunación de los niños de un año de vida. El estudio propuesto tiene como objetivo evaluar el conocimiento de los profesionales en la Estrategia de Salud de la Familia sobre el calendario de vacunación en el primer año de vida y objetivos específicos caracterizan a los profesionales en la categoría profesional, la especialización, la duración de la formación, la duración de la experiencia en el Programa de Salud Familiar y formación sobre la vacunación; identificar los conocimientos de los profesionales sobre las contraindicaciones para la vacunación y aplazamientos en el 1er año de vida; investigar la asociación entre la categoría profesional y el conocimiento de los profesionales. Se trata de un estudio descriptivo, de naturaleza cuantitativa llevada a cabo a través de cuestionarios, con 33 médicos y 50 enfermeras que trabajan en la Estrategia de Salud de la Familia en la micro-región sur de Piauí. Los datos fueron procesados con el programa SPSS versión 19.0 y se analizaron con ayuda de estadística de chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher. La población de estudio consistió de 83 profesionales, entre los cuales la categoría predominante fue las enfermeras (60,2%), con 65,1% mujeres, con edad media de 36,0 años que van desde 20 hasta 79. El tiempo de formación varió desde 01 hasta 52 años con una media de 6,9 años de trabajo en este servicio. 68,7% tenían una especialización, entre las cuales la salud de la familia apareció con un mayor porcentaje (32,5%). En cuanto a la calificación de actuar de la vacuna, el 62,5% afirmó no haber recibido entrenamiento. Sobre el conocimiento del calendario de vacunación en el primer año la mayoría de los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia ha respondido correctamente sobre las vacunas del sexto, décimo y decimoquinto mes, con el mayor porcentaje de vacunación correcta en el noveno mes (83,3%). Acerca de la relación de los conocimientos de las vacunas en el primer año y la categoría profesional, hubo una asociación estadísticamente significativa para las enfermeras en las siguientes edades: de nacimiento, dos meses, tres meses, cuatro meses, cinco, seis meses, nueve y doce meses. Cuando investigamos las razones para posponer la vacunación, sólo el 7,2% conoce las razones, entre las que se citan son la prematuridad (66,7%) y el uso de corticosteroides, independientemente de la dosis, con un 49,2%. Sobre las razones de contraindicaciones para las vacunas, sólo el 13,3% respondió correctamente, entre las cuales las más importantes fueron el shock anafiláctico (71,6%), shock hiporrespuesta hipotónica (60,8%) y convulsiones febriles (56,8%) en la clasificación de los conocimientos de los dos profesionales grupos (enfermeras / médicos), hubo una asociación estadísticamente significativa para las enfermeras. Se consideraron regular con 74.1% El conocimiento de las enfermeras, mientras que para la categoría de médicos, inadecuadas, con el 53,6%. Este estudio apunta a la necesidad de capacitar a los profesionales responsables de las vacunas en el Programa Salud de la Familia con el fin de garantizar la calidad y los beneficios de la vacunación de niños al año.

Palabras clave: Conocimiento. Salud de la familia. La formación profesional. La vacunación.

LISTAS DE TABELAS E GRÁFICOS

Quadro 1 - Cobertura vacinal de crianças no 1º ano de vida por imunobiológico. Brasil e Piauí/2012	15
Tabela 01 - Características demográficas e funcionais dos profissionais investigados. Teresina/PI – 2013 (n=83)	41
Tabela 02 - Conhecimento dos profissionais do estudo sobre as vacinas do calendário infantil do primeiro ano de vida para as respectivas idades. Teresina/PI - 2013 (n=83)	42
Tabela 03 - Associação do conhecimento sobre o calendário vacinal do primeiro ano de vida segundo a categoria profissional. Teresina/PI - 2013 (n=83)	43
Tabela 04 - Motivos para o adiamento e contraindicação de vacinas do primeiro ano de vida pelos profissionais do estudo, com o percentual geral de acertos e erros. Teresina/PI- 2013 (n=83)	44
Tabela 05 - Associação da classificação do conhecimento sobre vacinas do primeiro ano de vida com a categoria profissional Teresina/PI – 2013 (n=83)	45

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde
BCG - bacilo de *Calmette-Guérin*
BMGF - Global Health Alliance, Bill & Melinda Gates Foundation
CDCP - Centers for Disease Control and Prevention
CRIEs - Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais
dp - Desvio padrão
DTP - Vacina Tríplice Bacteriana
DTPa - Vacina Tríplice Bacteriana acelular
EAPV - Evento Adverso Pós-Vacinação
ESF - Estratégia Saúde da Família
EUA - Estados Unidos da América
GAVI - Global Alliance for Vaccine and Immunization
H - isoniazida
Hib - *Haemophilus influenzae* tipo b
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HPP - Hospitais de pequeno porte
ID - Intradérmica
ILTB - Infecção latente pela tuberculose
IM - Intramuscular
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
OPI - Oportunidades Perdidas de Imunização
OPV - Oportunidade Perdidas de Vacinação
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR - Plano Diretor de Regionalização da Saúde
Penta - Pentavalente
PNI - Programa Nacional de Imunização
Pólio - Poliomielite
PSF - Programa Saúde da Família
PT - Prova tuberculínica
SESAPI - Secretaria de Estado da Saúde do Piauí
SPSS - *Software Statistical Package for the Social Science*
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIP - vacina inativada contra poliomielite
VOP - Vacina oral contra poliomielite
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Objetivos.....	14
1.1.1 Objetivo geral.....	14
1.1.2 Objetivos específicos.....	14
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1 Iniciativas globais envolvidas nas ações de vacinação.....	16
2.2 Imunização e Vacinações no primeiro ano de vida.....	19
2.3 Falsas contraindicações à vacinação e oportunidades perdidas de vacinação.....	24
2.4 Estratégia Saúde da Família: sustentação das boas práticas de vacinação.....	26
3 METODOLOGIA.....	30
3.1 Desenho do estudo.....	30
3.2 Local do estudo.....	30
3.3 População do estudo.....	30
3.4 Variáveis do estudo.....	31
3.5 Coleta dos dados.....	31
3.6 Classificação da variável conhecimento.....	32
3.7 Organização e análise dos dados.....	32
3.8 Aspectos éticos.....	32
4 RESULTADOS E ANÁLISE.....	34
4.1 Manuscrito - Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a vacinação infantil família.....	34
4.2 Produto - Cartilha sobre vacinas preconizadas pelo PNI para o 1º ano de vida para os profissionais da estratégia saúde da família.....	57
5 CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	72
ANEXOS	76

1 INTRODUÇÃO

A vacinação é uma ação importante para toda a população mundial, especialmente para as crianças de um ano, pois dos recursos preventivos existentes, trata-se do mais eficaz na proteção individual e coletiva contra inúmeras doenças independentemente das diferenças socioeconômicas e culturais.

Observam-se nas vacinas as mesmas tendências dos processos de produção de tecnologias e sua incorporação e difusão nos sistemas de saúde, porém com um encurtamento do tempo entre a demonstração da segurança e eficácia, realização de estudos de custo-efetividade, aprovação para o mercado, distribuição em escala populacional e incorporação em programas de saúde em nível mundial (NOVAES; CARVALHEIRO, 2007).

O processo de imunização surgiu no Brasil por volta do século XX com a epidemia da varíola e febre amarela, sendo uma das primeiras ações de saúde desenvolvidas no país e na época foi introduzida de forma emergencial e temporária. Em 1973 foi criado o Programa Nacional de Imunização (PNI), para coordenar as ações de vacinação no país, que apresentavam caráter descontínuo e episódico, mas somente em 1975, as suas competências foram regulamentadas, quais sejam: implantar e implementar a ação de vacinação obrigatória; fornecer apoio técnico e financeiro à implantação e implementação de programas de vacinação no país, conforme critérios pré-estabelecidos; normatizar, supervisionar e avaliar a execução das atividades de vacinação, além de analisar e divulgar informações referentes ao PNI (ARAÚJO, 2005; LUNA et al., 2011).

O PNI é referência mundial, sendo considerado internacionalmente como um dos programas mais avançados do mundo, que oferece o maior número de vacinas de forma gratuita aos grupos populacionais alvo, com o objetivo de controlar doenças imunopreveníveis. Dispõe de calendário vacinal definido para a criança, adolescente, adulto, idosos e para os indígenas, oferecendo atualmente 43 tipos de imunobiológicos, sendo disponibilizados nos serviços públicos de saúde, 27 vacinas, 14 soros heterólogos e quatro soros homólogos (BRASIL, 2012a).

No cenário nacional seu alcance é universal e inclui na rotina dos serviços de saúde, vacinas contra várias patologias, quais sejam: tuberculose, poliomielite, hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba, tétano, difteria, coqueluche, febre amarela, infecções produzidas por rotavírus, infecções produzidas pelo pneumococo, meningococo C, *Haemophilus influenzae* do tipo B e varicela (CARVALHO; ARAÚJO, 2012).

O desenvolvimento de técnicas seguras e efetivas da vacinação na prevenção de doenças representa uma das mais relevantes ações de tecnologia em saúde, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis (FRANÇA et al., 2009).

A vacinação em crianças e idosos é primordial, pois estes do ponto de vista imunológico encontram-se mais susceptíveis às doenças. Em relação às crianças, é imprescindível que sejam vacinadas nas datas apropriadas e principalmente no primeiro ano de vida, pois dentre os cuidados primários de saúde, a vacinação é um dos que propicia resposta quase que imediata, prevenindo doenças imunológicas freqüentes na infância. Vale ressaltar que a redução da mortalidade infantil foi em grande parte possibilitada por meio da implantação do PNI nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo ações preventivas e educativas que incentivam a vacinação de rotina (OLIVEIRA et al., 2010).

Os profissionais de saúde devem promover a vacinação das crianças desde seu nascimento ainda na área hospitalar e encaminhá-las para as UBS de sua região para prosseguir com o esquema de imunização, por ocasião das consultas pela equipe de estratégia de saúde da família, aumentando assim a imunidade do recém-nascido e elevando a cobertura vacinal regional. As ações de vacinação direcionadas aos menores de cinco anos são desenvolvidas nas UBS, não somente nos dias regionais e nacionais de multivacinação por meio de ações específicas e de intensificação, mas também na rotina abrangendo os nascidos a cada ano e os que não foram imunizados no primeiro ano de vida por algum motivo (MOLINA et al., 2007).

O serviço de imunização deve obedecer aos princípios da integralidade, cujo objetivo é uma assistência humanizada e completa. Para o êxito dos programas de vacinação, os profissionais envolvidos devem conhecer todo o seu processo desde a conservação dos imunobiológicos até o calendário vacinal dos diferentes grupos populacionais (DEUS, 2011; ARAÚJO et al., 2010).

É importante enfatizar que o calendário vacinal é uma seqüência cronológica de vacinas que se administra sistematicamente em um país ou área geográfica com base dentre outros critérios, nos que seguem: imunológicos, situação epidemiológica das doenças imunopreveníveis e viabilidade operacional do calendário proposto. Com relação ao primeiro critério, avalia-se o poder antigênico e a resposta da vacina de acordo com a idade, via de administração e número de doses. O critério epidemiológico considera o comportamento e a intensidade de circulação do agente etiológico, que se pretende prevenir pela imunização. E o operacional leva em conta a viabilidade financeira, de recursos humanos e equipamentos, além da acessibilidade da população (MALUF; FARHAT, 2010).

Nesta perspectiva o PNI, atualmente estabelece o que segue como calendário vacinal da criança: ao nascer (BCG e Hepatite B), 1 mês (Hepatite B -1ª dose), 2 meses (Pentavalente, Poliomielite inativada, Rotavírus e Pneumocócica -1ª dose), 3 meses (Meningocócica -1ª dose), 4 meses (Pentavalente, Poliomielite inativada, Rotavírus e Pneumocócica - 2ª dose), 5 meses (Meningocócica - 2ª dose), 6 meses (Pentavalente, Poliomielite oral e Pneumocócica - 3ª dose), 9 meses (Febre amarela – dose inicial), 12 meses (Tríplice viral – 1ª dose e Pneumocócica –reforço), 15 meses (Tríplice Bacteriana -1º reforço, Poliomielite oral, Meningocócica e Tetraviral – dose única), 4 anos (Tríplice bacteriana e Poliomielite oral - 2º reforço respectivamente) e 10 anos (febre amarela) (BRASIL, 2012).

A despeito da ampla oferta de vacinas pelo PNI e da existência de salas de vacina em todos os municípios brasileiros, de acordo com o Ministério da Saúde (2011), as coberturas vacinais em âmbito nacional para todas as vacinas e faixas etárias ainda são muito heterogêneas. No estado do Piauí, as coberturas vacinais das crianças para alguns imunobiológicos, tais como vacina contra rotavírus, febre amarela e pneumocócica também continuam aquém da preconizada pelo PNI. As demais apresentam-se conforme o padronizado, como podem ser observadas no a seguir (quadro 1):

Quadro 1 - Cobertura vacinal de crianças no 1º ano de vida por imunobiológico. Brasil e Piauí/2012.

VACINAS	BRASIL – 2012	PIAÚÍ2012
BCG	105,74	96,75
HEPATITE B	96,70	93,04
ROTAVÍRUS	86,39	86,36
PNEUMO	88,41	91,87
MENINGO	96,20	96,97
PENTA	24,91	+hep.B 92,89
VTV	99,52	98,34
FEBRE AMARELA	49,31	97,30
VIP/VOP (PÓLIO)	96,57	93,90
TETRA	93,84	92,92

Fonte: SI- PNI/ 2013.

Ressalta-se que ainda existem fatores que interferem na efetividade da cobertura vacinal, especialmente as oportunidades perdidas de vacinação que resultando em insatisfatórias coberturas das imunizações no cenário nacional. Na sua ocorrência participam ativamente os recursos humanos dos serviços de saúde, principalmente por falsas contraindicações e adiamentos e pela falta do rastreamento oportuno do cartão da criança na visita aos serviços de saúde (ARAÚJO, 2005; SANTOS et al., 2006; MOLINA et al., 2007; TERTULIANO; STEIN, 2011).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (1985), uma oportunidade de vacinação é perdida, quando uma pessoa candidata à imunização e que não tenha contra indicações comparece a um serviço de saúde e não recebe as vacinas necessárias. Elas são decorrentes da negligência dos profissionais em observar o cartão de vacinas das crianças e das falsas contraindicações e adiamentos desnecessários, as quais são determinadas pelo conhecimento insuficiente dos profissionais sobre o processo de vacinação e, especialmente, sobre a importância da completude do calendário vacinal.

Frente à complexidade dos problemas de saúde pública decorrentes das insatisfatórias coberturas vacinais da criança, faz-se necessário aprofundar a discussão sobre o conhecimento que os profissionais de saúde, com destaque para médicos e enfermeiros, têm sobre o calendário de vacinação do 1º ano de vida. Considerando a relevância da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de atenção primária à saúde, que é uma das principais portas de entrada da população aos serviços de saúde, entende-se ser de fundamental importância, que os seus profissionais estejam especificamente preparados para o enfrentamento das questões que dizem respeito à atenção básica de saúde, a exemplo da vacinação.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar o conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma região de saúde do Piauí, sobre o calendário vacinal no primeiro ano de vida.

1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os profissionais do estudo quanto a: categoria profissional, especialização, tempo de formação, tempo de experiência na ESF e capacitação sobre vacinação;
- Identificar o conhecimento dos profissionais do estudo sobre o calendário vacinal das crianças no 1º ano de vida, contraindicações/adiamentos;
- Investigar associação entre a classificação do conhecimento dos profissionais com a categoria profissional;

- Elaborar uma cartilha contendo informações acerca das vacinas preconizadas pelo PNI para o 1º ano de vida, contraindicações e possíveis eventos adversos para os profissionais da ESF.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Iniciativas globais envolvidas nas ações de vacinação

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi instituído sob a responsabilidade do Ministério da Saúde em 1973 pela Lei n.º 6.259, de 30/10/1975, regulamentada pelo Decreto nº 78.231, de 12/08/1976. Inicialmente a proposta básica do programa tinha como finalidade coordenar as atividades de vacinação desenvolvidas rotineiramente na rede de serviços de saúde do Brasil, conduzido programas especiais daquela época como o de erradicação da varíola e controle da tuberculose (BRASIL, 2003a; 2001a; NASCIMENTO, 2011; PEREIRA; BARBOSA, 2007).

Atualmente o programa desenvolve-se de forma pactuada com as esferas de governo federal, estadual e municipal, visando contribuir para o controle, eliminação e/ ou erradicação das doenças infectocontagiosas e imunopreveníveis, a exemplo da poliomielite, sarampo, difteria, tétano, coqueluche, tuberculose e outras, mediante a imunização sistemática e contínua da população (BRASIL, 2007; NASCIMENTO, 2011).

Com o avanço do PNI, novas ações de imunização foram incorporadas em seus conceitos e atualmente ele é parte integrante do Programa Ampliado de Imunizações da Organização Mundial de Saúde, com o apoio técnico, operacional e financeiro da Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e contribuições do Rotary Internacional e do PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, sendo reconhecidamente como uma das iniciativas em saúde pública mais bem sucedidas do Brasil (HOMMA et al., 2011).

O PNI é referência mundial para a organização de campanhas de vacinas em vários países, a exemplo Timor Leste e auxilia nos programas de imunizações na Palestina, na Cisjordânia e na Faixa de Gaza, estabelecendo colaboração técnica em outros países. Cabe ressaltar, que ações planejadas e sistematizadas desenvolvidas em nosso país erradicaram a varíola em 1973 e a poliomielite em 1989, e atualmente mantém sob monitoração doenças imunopreveníveis da que atingem a faixa infantil. O PNI está vigilante ao perfil epidemiológico das doenças infectocontagiosas e tem ampliado a oferta de imunobiológicos, tanto em vacinações de bloqueio como em seu próprio calendário básico, o que consequentemente repercute para a melhoria da saúde brasileira (BRASIL, 2001; FEIJÓ; SÁFADI, 2006).

De um modo geral, o PNI apresenta altas taxas de coberturas vacinais, dispondo de milhões de doses de imunobiológicos para a população brasileira. Como quaisquer outros produtos farmacêuticos, estão entre os produtos biológicos mais seguros graças ao rigor no controle de qualidade e pelo constante aprimoramento nos processos de produção e purificação. Entretanto não estão totalmente livres de provocar eventos adversos, mas os riscos de complicações graves relacionados às vacinas são muito inferiores se comparados a letalidade das doenças contra as quais elas protegem (BRASIL, 2008b).

No cenário mundial são grandes os esforços para o fortalecimento dos programas de vacinação, especialmente nos países em desenvolvimento. Busca-se efetivamente maior abrangência de cobertura das vacinas tradicionais, assim como o desenvolvimento e inclusão de novas vacinas nos programas de vacinação (WHO, 2009).

Neste sentido, doenças imunopreveníveis da infância que antes dizimavam o contingente global, atualmente estão sob constante monitoramento, resultando na estagnação e/ou erradicação de várias epidemias, a exemplo da varíola, sarampo, rubéola e poliomielite.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Banco Mundial, demonstram que as campanhas de imunização contra o sarampo, dentre os anos de 2000 a 2007, foram responsáveis por uma redução de 74% das mortes por tal doença e a vacinação da DTP com três doses atingiu 80% de cobertura em 2007 (WHO, 2009).

Por conseguinte, a poliomielite que em 1988 era endêmica em 125 países, com ocorrência de aproximadamente 350.000 casos em todo mundo, após aprovada a resolução da Organização Mundial da Saúde para erradicar a poliomielite há cerca de 25 anos, o número de casos da doença diminuiu mais de 99% e as Américas que antes albergavam vários episódios desta enfermidade foram declaradas livres da poliomielite, assim como a Europa e a China. Destaca-se que a diminuição desta doença relaciona-se as várias estratégias empregadas globalmente, mas especialmente pelas campanhas de massa, envolvendo 20 milhões de trabalhadores e voluntários, resultando em cerca de 500 milhões de crianças vacinadas em dezenas de países, anualmente (CHIH, 2012).

Entretanto, em 2010 e 2011 ocorreram grandes surtos da doença nos continentes Europeu, Africano e Asiático. Embora o vírus estivesse restringido somente Afeganistão, Paquistão e Nigéria até o ano de 2009. Deste modo, em 2012 sua erradicação foi novamente declarada como uma emergência global, após serem registrados surtos considerados explosivos em países que estavam livres da doença (ROTARY INTERNATIONAL, 2012; AYLRWARD, 2012).

“O Brasil tem um importante papel a cumprir no cenário internacional para a erradicação da poliomielite. Além de já ter erradicado a pólio em seu território, deve continuar a cooperar internacionalmente para que o objetivo final, de erradicação dessa doença, seja alcançado” (DURANTE; DAL POZ, 2014).

As estratégias globais de vacinações efetivam-se, especialmente pela articulação de instituições internacionais, com destaque a UNICEF e a OMS. A primeira tem a responsabilidade de desenvolver previsões de demanda global e realiza licitações internacionais de grandes volumes, conseguindo, com isso, os menores preços internacionais. Já a OMS coordena programas globais de vacinação, alguns específicos, como o de erradicação da poliomielite, o programa de erradicação de sarampo, além da coordenação dos programas de vacinação do mundo, via suas representações regionais (UNICEF, 2014; OMS, 2014).

Recentemente novos atores estão desenvolvendo importantes atividades no incremento e fortalecimento da vacinação global, como exemplo a GAVI (Global Alliance), BMGF (Global Health Alliance, Bill & Melinda Gates Foundation) e O Instituto Sabin de Vacinas.

A GAVI foi criada em 2000 com o nome Global Alliance for Vaccine and Immunization, numa coalizão de OMS, Unicef e Banco Mundial, com financiamento da Fundação Bill e Melinda Gates (BMGF) e de vários países nórdicos. Sua sede fica em Genebra. As suas atividades tiveram início após ofertar novas vacinas, como a pentavalente à vários países a preços muito abaixo do real custo. Os seus principais objetivos estão relacionados ao fortalecimento dos programas de vacinação dos 72 países mais pobres do mundo, assim como acelerar a introdução de novas vacinas e o acesso às existentes subutilizadas e reforçar os sistemas de saúde e vacinação nos países, introduzir tecnologias inovadoras de imunização (BMGF, 2013; THE BILL & MELINDA GATES FOUNDATION, 2014).

A BMGF, criada em 2000, tem sua sede em Seattle (Washington). Instituição internacional, conhecida como a maior financiadora de programas de vacinação, sendo considerada fundamental para a criação da GAVI. Dentre os seus objetivos principais, busca fortalecer prioritariamente as pesquisas tecnológicas, estudos para introdução de novas vacinas, projetos de inovação, desenvolvimento tecnológicos, assim como a troca de experiências de trabalho de outras comunidades e países (BMGF, 2013).

Quanto ao Instituto Sabin de Vacinas, fundado em 1993 no estado de Washington (EUA), vem desempenhando importante papel na estratégia da vacinação, especialmente após colaboração com várias instituições e criação do Programa de Desenvolvimento de Vacinas.

Este é focado no desenvolvimento de vacinas de baixo custo para prevenir doenças causadas principalmente por duas Doenças Tropicais Negligenciadas: ancilostomíase e esquistossomose (INSTITUTO SABIN, 2014).

As instituições discurridas desempenham um papel acentuado no fortalecimento da vacinação, seja em panorama global ou nacional, mostrando-se os grandes avanços dos programas de vacinação em todo o mundo. Ressalta-se a importância da continuidade dos trabalhos de conscientização e advocacia junto aos governos/políticos para a captação de recursos financeiros, desenvolvimento de inovações tecnológicas em imunização e a troca de experiências de trabalho de outras comunidades e países para o avanço e positividade das ações de imunização no cenário futuro (HOMMA et al., 2011).

2.2 Imunização e Vacinações no primeiro ano de vida

Os termos vacinação e imunização possuem diferenças na raiz dos seus conceitos. O primeiro origina-se do latim - *vaccinus*, derivado de vacas, usado por Edward Jenner pela primeira vez em 1798, que significa método que induz a imunidade, ao contrário da imunização que está relacionada a habilidade de resposta do organismo a um antígeno estranho ocasionado por um mecanismos que envolvem células e moléculas do sistema imunológico, resultando em proteção específica (imunidade, derivado do latim *immunitas*) contra determinada doença (BRASIL, 2001).

A vacina é uma substância que age por imitação aos agentes infecciosos, sendo composta por microorganismos vivos atenuados ou inativados ou ainda seus produtos ou suas frações, que resultará na imunidade induzida de forma ativa e artificial.

Constituem-se em tecnologias consideradas prioritárias para a saúde global, e alguns fatores podem ser destacados como importantes para as transformações recentes nesse setor, quais sejam: desenvolvimento científico e tecnológico e de inovação genômica/proteômica e apoio das organizações internacionais de fundos globais de financiamento das vacinas, com o desenvolvimento de novas vacinas, investimentos crescentes por parte das indústrias de medicamentos e incorporação de novas vacinas nos sistemas de saúde (HARDON; BLUME, 2005).

O organismo humano ao entrar em contato com o antígeno vacinal (bactéria ou vírus) forma uma cascata de mecanismos de defesa com respostas específicas humorais que resultam em respostas celulares com estimulação dos linfócitos B e ativação dos linfócitos T. Tais respostas dependem de fatores inerentes aos componentes da vacina e à capacidade do

indivíduo de resposta ao antígeno da vacina provocando no sistema imunológico do organismo receptor a produção de anticorpos contra a substância contida na própria vacina (BRASIL, 2001; ALEXANDRE, 2008).

Desse modo, o organismo ao entrar em contato com o microorganismo que já encontra-se sensibilizado pelos compostos presentes na vacina, não desenvolve a doença ou em algumas situações, desenvolve-a de forma leve ocasionada pela proteção imunológica que pode durar anos ou a vida inteira contra doenças infectocontagiosa e oportunistas (QUEIROZ, 2011; GUYTON; HALL, 2002).

A vacinação é o primeiro passo real da medicina preventiva, sendo uma das mais relevantes descobertas da ciência. Inicia-se logo após o nascimento, devido à susceptibilidade do lactente às infecções graves e responde à necessidade de prevenir e modificar diversas doenças infectocontagiosas (BRAMBILLA; MERCHINI, 2007; ARAÚJO; CARVALHO; VIEIRA, 2007).

Observa-se hoje que a taxa de mortalidade infantil nos países mais desenvolvidos do mundo é baixa, e a média de vida aumenta, isso se deve em grande parte pelas estratégias permanentes de vacinação e inovações contínuas dos imunobiológicos, assim como o desenvolvimento e fortalecimento de políticas públicas, resultando na melhoria do acesso aos serviços de saúde e distribuição de recursos à população, repercutindo na diminuição das vulnerabilidades sociais existentes.

As metas de desenvolvimento do milênio estabelecidas em 2000 pela assembleia geral das nações unidas, com a participação de 191 países, definem algumas metas para serem alcançadas até o ano 2015, dentre estas as vacinas e vacinações desempenharão papel fundamental para o seu alcance, que é a diminuição em dois terços da atual taxa de mortalidade infantil de 42,64 mortes/1.000 nascimentos (HOMMA et al., 2011).

Uma revisão sistemática realizada com estudos científicos demonstra o impacto da prática de imunização na redução mortalidade infantil no Brasil, destacando que após a vacinação contra rotavírus houve grande redução no número de infecções, hospitalizações e mortalidade em crianças no cenário brasileiro (AMBROSINI; CARRARO, 2012).

Nesta perspectiva, a vacinação infantil possui uma dimensão coletiva, visto que trata-se de uma das mais relevantes ações da tecnologia em saúde. Possui estreita ligação com a erradicação, controle de doenças infectocontagiosas no território brasileiro. Entretanto, para sua efetividade é preciso levar em consideração aspectos relevantes como uma grande cobertura de crianças vacinadas, menor risco possível e efeitos adversos pós-vacinais, assim

como, menor custo nas estratégias de imunização e continua inovação tecnológica para criação de novas vacinas.

Deste modo, quanto maior o número de crianças vacinadas, menor é a possibilidade de contágio com doenças e consequentemente menos adoecimento para todos até para aqueles que não foram vacinados pela quebra da cadeia de transmissão de doenças infectocontagiosas.

Atualmente para auxiliar nas estratégias e coberturas de vacinação existem os calendários básicos de vacinação que são instituídos por meio de portarias, estendendo-se à criança, adolescente, adulto e ao idoso. O Ministério da Saúde possui como meta vacinar 95% da população-alvo, com vacinas seguras e eficazes e alcançar a erradicação do sarampo e a eliminação do tétano neonatal, assim como o controle de outras doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2012a, 2012b).

No intuito de produzir altas taxas de cobertura de crianças vacinadas, torna-se importante o cumprimento do “calendário básico de vacinação da criança”, especialmente porque as crianças do primeiro ano de vida são mais suscetíveis e vulneráveis às doenças infectocontagiosas. A vacinação nesta fase de vida mostra-se essencial para a condução de imunidade a 14 enfermidades que outrora eram estreitamente responsáveis por altas taxas de hospitalizações e morbimortalidade na infância. Além disso, os reforços também possuem destaque, pois repercutirão ao longo da vida, pelo papel na manutenção dos mecanismos de imunização contra tais doenças.

No ano de 2012 foi divulgado mais uma atualização do calendário básico de vacinação infantil com novos arranjos e associações para facilitar sua operacionalização, mas não houve a ampliação do número de doenças a serem protegidas. Entretanto, foram introduzidas duas doses da vacina inativada contra poliomielite (VIP) para os menores de um ano e também a vacina pentavalente que associa os componentes anti-hepatite B com as toxinas do tétano e da difteria e a bactéria morta da coqueluche e Hib (BRASIL, 2012a).

O calendário básico de vacinação da criança acompanha a dinâmica da oferta de novas vacinas que origina de necessidades epidemiológicas identificadas e do progresso tecnológico e científico, possui grande destaque para o controle e eliminação de 14 doenças infectocontagiosas, quais sejam: formas graves de tuberculose, hepatite B, poliomielite, difteria, tétano, coqueluche, meningite, infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b, pneumonia, diarreia por rotavírus, febre amarela, sarampo, caxumba e rubéola (BRASIL, 2012; BRASIL, 2008; QUEIROZ, 2011).

As vacinas propostas pelo calendário básico de vacinação da criança contribuem de fato para redução dos indicadores de morbimortalidade de acordo com a literatura. Cada uma

delas possui características diferenciadas. Nesta perspectiva, a seguir e destacado algumas particularidades das vacinas que conferem proteção às doenças citadas e que atualmente estão disponíveis para população.

A vacina BCG é composta pelo bacilo de *Calmette-Guérin*, preparada com bacilos vivos, e está indicada para a prevenção de formas graves de tuberculose. Deve ser administrada ao nascer, por via intradérmica (ID), com dose única de 0,1ml na inserção inferior do músculo deltóide. Qualquer criança que tenha recebido uma única dose de BCG há seis meses ou mais, e que não possua cicatriz vacinal deve ser revacinada. Após a revacinação, mesmo sem desenvolvimento de cicatriz vacinal, recomenda-se não revacinar, estes devem ser considerados imunizados. A principal contraindicação é a presença de imunodeficiência congênita ou adquirida, incluindo a infecção sintomática pelo HIV. Deve ser adiada nos recém-nascidos de baixo peso (<2.000g), devido à dificuldade técnica de aplicação, e na presença de afecções dermatológicas extensas, que possibilitem a disseminação cutânea do bacilo (SILVA, 2010).

Destaca-se que crianças recém-nascidas coabitantes de caso índice bacilífero, não devem ser vacinados com BCG ao nascer. Neste caso, deve-se administrar isoniazida (H) por três meses, e após este período fazer a prova tuberculínica (PT). Se o resultado for maior ou igual a 5mm, a quimioprofilaxia deverá ser mantida por mais três meses, caso seja menor, interrompe-se o uso da H e administra-se o BCG. Esta quimioprofilaxia primária tem o objetivo de prevenir a infecção latente pela tuberculose – ILTB (BRASIL, 2011).

A hepatite B é administrada por via intramuscular com doses de 0,5 ml, no vasto lateral da coxa. A 1ª dose deve ser feita ao nascer na maternidade, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida, para evitar transmissão vertical e as demais doses inseridas na Pentavalente na faixa etária de 2, 4 e 6 meses (ROSSATO, 2009; BRASIL, 2012).

A vacina Pentavalente é do tipo combinada, sendo administrada por via intramuscular (IM). Sua função é prevenir a difteria, coqueluche, tétano, infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b e hepatite B. Ela é uma associação da Tetravalente com a vacina Hepatite B. Não deve ser administrada em crianças com história de reação anafilática, convulsões e colapso circulatório após aplicação de dose anterior da mesma vacina ou de qualquer de seus componentes, menores que apresentaram sintomas de hipersensibilidade após administração anterior das vacinas difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b (BRASIL, 2012b).

A vacina contra Poliomielite é indicada contra a paralisia infantil sendo oferecida de duas formas: vírus inativo contra pólio (VIP) e vacina oral contra pólio (VOP), cujo vírus é

vivo atenuado. A VIP é preconizada aos dois e quatro meses de vida, pela via intramuscular e a VOP deve ser administrada aos seis meses de idade com reforço aos 15 meses. Como a VIP contém vestígios de estreptomicina, neomicina, e polimixina B, existe riscos de reações alérgicas em pessoas sensíveis a estes antibióticos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2008; NASCIMENTO, 2011)

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. Em caso de atraso vacinal, o intervalo mínimo é de 30 dias, 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 15 dias. Para a 2ª dose, a idade mínima é de 3 meses e 15 dias e a máxima 7 meses e 29 dias (BRASIL, 2012c).

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), prevenindo infecções produzidas pelo pneumococo tais como: pneumonia, otites e meningites. Deve ser administrada por via intramuscular em três doses aos 2, 4 e 6 meses e um reforço aos 12 meses (SILVA, 2010).

A vacina Anti-meningococo C corresponde a uma combinação com polissacarídeo capsular do meningococo do sorogrupo C, para prevenção da meningite meningocócica C, devendo ser administrada por via intramuscular em duas doses aos 3 e 5 meses com reforço aos 15 meses. Se a criança for maior de um ano e ainda não foi vacinada, administrar uma única dose (BRASIL, 2010).

A vacina contra Febre Amarela é composta de vírus vivo atenuado, cepa 17 D. É aplicada em dose única, 0,5 ml subcutâneo, a partir dos nove meses de idade. A dose de reforço deve ser aplicada a cada dez anos. Há contraindicações 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. Com base em resultado de pesquisa recente o PNI contraindica a administração simultânea desta vacina com a tríplice viral (ARAÚJO; CARVALHO; VIEIRA, 2007; BRASIL, 2008; 2013).

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 na segunda é administrada a tetraviral aos 15 meses. Á

exceção da vacina diploide humana é formalmente contraindicada em caso de o indivíduo ter histórico de reação anafilática à ingestão de ovo de galinha e imunodeprimidos (BRASIL, 2012c).

A vacina Tríplice Bacteriana (DTP) produz imunidade contra difteria, coqueluche e tétano. É utilizada como reforço da pentavalente aos 15 meses e entre os quatro a seis anos de idade, com dose de 0,5 ml, IM, na região do vasto lateral ou glútea. A aplicação da DTP é contraindicada em casos de reação anafilática sistêmica grave em dose anterior (hipotensão, choque, dificuldade respiratória). Nesses casos, a criança não poderá receber mais esse tipo de vacina, devendo ser aplicada a Tríplice acelular (DTPa) que é obtida nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES) (BRASIL, 2012c).

2.3 Falsas Contraindicações à Vacinação e Oportunidades Perdidas de Vacinação – OPV

De acordo com Paulo (2010), as falsas contraindicações são geradas pelo desconhecimento dos profissionais de saúde sobre as normas técnicas de vacinação, o que implica em atitudes e práticas negativas no sentido de impedir a vacinação oportuna e ampliar o número de suscetíveis às doenças imunopreveníveis, especialmente as crianças.

Poucas situações são consideradas como contraindicações à vacinação, geralmente são devido à insuficiência no sistema imunológico do indivíduo ou devido à sua reação a componentes das vacinas, que dependem de condições individuais específicas (BRASIL, 2003b).

A literatura aponta a desnutrição, prematuridade ou baixo peso ao nascer (sugere-se apenas a BCG) e tratamento com corticosteróides em algumas situações, como no uso de curta duração (inferior a duas semanas independentemente da dose), como falsas contraindicações (BRASIL, 2008; FAVIN et al. 2012).

Assim também como: as doenças infecciosas comuns ou alergias, febre baixa com diagnóstico determinado, utilização de antibioticoterapia, desnutrição, internações hospitalares, diarreia leve ou moderada, afecções recorrentes infecciosas ou alérgicas do trato respiratório superior com tosse e/ou coriza; doenças da pele (lesões impetiginizadas esparsas; escabiose); história pregressa e/ou diagnóstico clínico de sarampo, coqueluche, difteria, tétano, poliomielite e tuberculose; vacinação contra raiva e doença neurológica estável (exemplo: convulsão controlada) (FEDERICCI et al., 1999; GONÇALVES; MACHADO, 2008; BELLESI, 2007a).

Os adiamentos de vacinação devem minimizados e, caso seja necessário é importante sempre avaliar o custo benéfico para o paciente e coletividade. Situações que cursem com tratamento com imunodepressores ou com corticosteróides em dose alta, pela possível inadequação da resposta; gravidez pelo risco teórico de danos ao feto, salvo às situações de alto risco de exposição como a febre amarela; administração de imunoglobulina ou de sangue e derivados, devido à possibilidade de que os anticorpos presentes nesses produtos neutralizem o vírus vacinal (especialmente as vacinas contra caxumba, rubéola e varicela) e durante a evolução de doenças agudas febris graves, sobretudo para que seus sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis efeitos adversos das vacinas possuem caráter para o adiamento de vacinas (BRASIL, 2008; BELLESI, 2007; PAULO, 2010).

Evidencias apontam poucas situações em que se contraindica a vacinação, quando o fazem, se referem prioritariamente as de bactérias ou vírus vivos atenuados, visto que existem as inativadas que podem ser usadas em algumas situações. As contraindicações mais comuns estão relacionadas à reações de caráter anafilático à dose prévia da vacina ou de seus componentes; imunodeficiência congênita ou adquirida, portadores de neoplasias malignas, tratamento com corticosteróides em dose alta (equivalente a prednisona na dose de 2 mg/kg/dia ou mais, para crianças, ou de 20 mg/dia ou mais, para adultos, por mais de duas semanas) e terapêutica imunodepressoras (quimioterapia antineoplásica, radioterapia etc.) (BRASIL, 2008; BELLESI, 2007a; GONÇALVES; MACHADO, 2008).

Além de outras situações como na gravidez que são contraindicadas a vacinação com antígenos vivos (exceto em situações especiais). No entanto, aquelas inativadas como tríplice acelular ou dupla adulto (difteria, tétano e coqueluche acelular), hepatites B, meningocócica conjugada C e Febre Amarela podem ser administradas nesse grupo (BELLESI, 2007a).

Situações ligadas às ações dos profissionais, como superestimação das contraindicações e adiamentos desnecessários da vacinação pode levar à perda de imunizar a criança definitivamente, remetendo-as a OPI. Confirmando este dado um estudo multicêntrico na argentina que avaliou o atraso no esquema vacinal e oportunidades perdidas para a vacinação em crianças de até 24 meses, encontrou alta proporção de atrasos e oportunidade perdida com falsas contra indicações (MIRANDA et al., 1995; FAVIN et al., 2012; GENTILE et al., 2011).

O sucesso dos programas de Imunização tem na identificação da ocorrência de oportunidades perdidas de Imunização e na definição de estratégias de intervenção, valiosa contribuição para seu melhor desempenho atingindo as metas definidas junto a organismos internacionais e do sistema único de saúde (SUS) (PAULO, 2010).

Contextualiza-se como uma oportunidade perdida de imunização (OPI) o fato de uma pessoa candidata à vacinação e que não possui contraindicações, visitar um serviço de saúde e não receber todas as vacinas necessárias. As oportunidades perdidas para vacinar crianças são uma das causas de baixas coberturas em instância nacional e internacional, como exemplo Peru (OPAS, 1985; ARAÚJO, 2005; COLOMBE, 2011; PAULO, 2011; OMS, 1985; PERÚ, 1993).

Esta realidade pode ser melhorada, especialmente quando a equipe de saúde é sensibilizada e se envolve intimamente nas atividades de imunização aumentando ainda mais as ações, que podem variar desde a busca ativa do indivíduo no domicílio para atualização da situação vacinal como educação à comunidade no que tange aos efeitos, benefícios e reações das vacinas, diminuindo as lacunas no conhecimento da população e em consequente diminuindo a ocorrência de doenças ou agravos. Além disso, pode criar uma barreira pela falta de acessibilidade e prejuízo no vínculo com o usuário. Por isso, deve buscar o aperfeiçoamento dos sujeitos e compartilhar saberes, o que, na relação com a equipe, poderá ajudar a enfermeira no enfrentamento de situações de imprevisibilidade (WITT; ALMEIDA, 2003).

Uma das estratégias de ampliação da cobertura vacinal consiste em melhorar a eficiência e aumentar a capacidade dos serviços de vacinação de rotina existentes. A detecção das OPV permite uma análise operacional do desempenho dos serviços de imunização, podendo ser realizada, não somente nas unidades básicas de saúde, mas também em grandes centros de atendimento pediátrico de urgência, hospitais terciários e universitários. Nestes locais são atendidas crianças que deveriam ser identificadas para receber vacinas na unidade (BRASIL, 2003b).

Estudos sobre OPV realizados nos diversos países demonstram, uma variação na sua taxa de 0 a 91%, com mediana de 41%. Ocorre mais omissão de vacina nos serviços hospitalares do que nos serviços de atenção primária, sendo as principais causas: Falsas contraindicações de vacinação (constituem a causa mais frequente de OPV); Ausência de mecanismos de identificação da criança suscetível (ocorre por negligência do pessoal em identificar as crianças que precisam de vacinas); Barreiras institucionais (vacinas não disponíveis diariamente; horários de funcionamento da imunização diferentes dos horários de atendimento; espera demasiado longa; restrição do número de crianças); Problemas logísticos: (estoques de vacinas insuficientes; frascos com múltiplas doses que não são abertos para uma ou poucas crianças por medo do desperdício); Vacinas não administradas simultaneamente. Em certos países, a recusa materna é causa importante de OPV. Em outros, a mãe aceitaria

vacinar seu filho mesmo doente se fosse indicado pelo profissional (ARAÚJO, 2005; SÁ, 2005).

As oportunidades de se vacinar crianças na idade recomendada podem ocorrer durante a permanência em qualquer serviço de saúde dotado de um setor de vacinação, pois crianças nunca vacinadas ou com esquema incompleto são frequentemente levadas para consultas pediátricas. (REY, 1996).

A Organização Mundial de Saúde vem analisando a problematização das oportunidades perdidas em que o indivíduo deixa de ter a situação vacinal considerada, seja para efeito de atualização, encaminhamento, esclarecimento, indicação ou aplicação em ocasião oportuna. Não vacinar ou deixar de considerar a indicação e o aconselhamento de vacinação oportuna, constitui grave falha ética daqueles que estão profissionalmente envolvidos com cuidados de saúde (BARATA, 2008; SANTOS; BOHLAND; PAIXÃO, 2009; SÁ, 2005).

2.4 Estratégia Saúde da Família: sustentação das boas práticas de vacinação

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por ações preventivas e de promoção da saúde física, social e psicológica. Nesse sentido, “a atenção à saúde deixa de ser vista como meramente curativa, individual e isolada do contexto social” para assumir proporções mais amplas, capazes de promover a integralidade das ações em saúde (RONZANI; RIBEIRO, 2004).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) destaca-se na saúde por ser uma tentativa de transformar as práticas da atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nele atuam, sendo, considerada a alavanca para a transformação do sistema como um todo (RONZANI; SILVA, 2008).

Formada a partir de programas elaborados pelo Ministério da Saúde, com início em 1994/5, e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1991 e um precursor da Estratégia de Saúde da Família (ESF), deixou de ser visto como um simples programa e passou a ser considerada como reorientadora e estruturante da organização do SUS a partir de 1997, por meio da Portaria 1886/GM/MS (BRASIL, 1997).

Propõe organizar as práticas nas suas Unidades Básicas de Saúde (UBS), evidenciando o caráter multiprofissional e interdisciplinar das equipes saúde da família, com a prestação de atendimento integral nas especialidades básicas de saúde, numa base territorial delimitada com garantia de serviços de referências à saúde para os níveis de maior complexidade,

possibilitando o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, ao estimular a organização da comunidade e buscar o aprimoramento da participação e do controle social da população na área da saúde (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. A qualidade dos serviços de saúde, dessa forma, passa a figurar como resultado de diferentes fatores ou dimensões que constituem instrumentos, de fato, tanto para a definição e análises dos problemas como para a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais e gestores (prefeitos, secretários e conselheiros municipais de saúde, entre outros) com as normas técnicas, sociais e humanas (COTTA et al., 2006).

Entende-se que ambas as diretrizes estão relacionadas à medida que decorrem e expressam as relações entre a população de referência, o serviço e a equipe de trabalho, se dão em um plano microscópico, às relações entre trabalhadores e usuários. Ambas as propostas, de participação social e do trabalho em equipe, supõem um processo de democratização das instituições (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

Confirmando os pontos positivos do trabalho da ESF e sua relação com o alcance às metas de vacinação, a literatura aponta que nos municípios com cobertura maior que 70% do Programa Saúde da Família (PSF) as oportunidades de crianças de 0 a 2 anos de idade receberem atividades preventivas é maior, e em consequência a redução média anual de taxa de mortalidade infantil pós-neonatal é mais expressiva. Deste modo, as ações básicas voltadas à saúde da criança na ESF tornam-se importantes para a implantação e desenvolvimento de novos programas de saúde (PERES, 2007; GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009).

Entretanto, existem alguns entraves para a qualidade do trabalho e o alcance das metas de vacinação, sendo apontada a realização de capacitações como forma de barrar estes fatos e de promover a qualidade do serviço, favorecendo a aquisição de habilidades técnicas e o desenvolvimento de atitudes que repercutirão na consolidação das normas de procedimentos do programa de imunização (BRASIL, 2001).

Os profissionais da ESF no exercício de suas competências devem fortalecer neste cenário da ESF as atividades de cunho preventivo, incluindo assertivamente as ações de vacinação, buscando continuamente assegurar os seus benéficos. Entretanto para sua efetivação infere-se a importância da constante busca e aprimoramento do “conhecimento”, especialmente dos profissionais da ESF.

Remetendo-se ao conceito de conhecimento é possível caracterizá-lo com diferentes vertentes. Na primeira delas, ele é apontando como as experiências, valores, informações de contexto e criatividade aplicadas a novas experiências e na segunda relaciona-se às habilidade do ser humano para aplicar a fatos específicos na resolução de problemas ou emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento (DRUCKER, 1993; MARINHO, 2003).

Nesta perspectiva, torna-se extremamente importante o treinamento dos profissionais da ESF, no intuito de fortalecer o conhecimento neste contexto, garantindo atitudes/práticas corretas, resultando em maior instrução técnico-científica quanto ao calendário básico de vacinação, com destaque ao da criança, visto que este periodicamente passa por constantes aprimoramentos, possuindo como finalidade de prevenir o máximo de doenças possíveis.

Um grande avanço para as estratégias de imunizações foi a descentralização dos serviços de saúde a partir de 1990 (Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990) e a ampliação das responsabilidades municipais no tocante a saúde. Essa política descentralizadora, provavelmente, facilitou a realização e coordenação das atividades do Programa Nacional de Imunizações (PNI) no nível local; e seu maior impacto refletido na melhoria das taxas de cobertura vacinal alcançada em anos recentes (SANTOS et al., 2006).

A ESF como uma estratégia de organização da atenção primária da saúde foi um dos maiores avanços para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que se busca não apenas o acesso e sua ampliação, mas também a reorganização da prática da atenção à saúde em novas bases, a substituição do modelo então vigente, levando a saúde para mais perto das famílias e melhorando-se a qualidade de vida dos cidadãos brasileiros (VALENTIM; KRUE, 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo da Pesquisa

Pesquisa de natureza quantitativa, seccional, de carácter descritivo. Caracterizam-se como estudos seccionais aqueles que empregam em uma única oportunidade a observação de uma quantidade selecionada de indivíduos, ou seja, aplicam-se procedimentos do estudo à população pesquisada em um único instante (BLOCH; COUTINHO, 2009).

3.2 Local do estudo

O Estado do Piauí, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), aprovado pela Resolução CIB nº 095/2009, agrupa 11 territórios de desenvolvimento ou regiões de saúde, com seus respectivos municípios (PIAUÍ, 2011). Estas regiões, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados no território. Assim, cada território deve dispor de uma infraestrutura mínima necessária para atender as necessidades de saúde da população da sua área de jurisdição.

Seguindo este desenho de regionalização, o presente estudo foi desenvolvido nos municípios de um dos Territórios de Desenvolvimento, denominado Tabuleiro do Alto Parnaíba, cuja sede da micro e macrorregião é Floriano. Esta microrregião, a qual foi aleatoriamente sorteada é composta por 12 municípios e uma população de 80.859 habitantes. Dispõe de dois hospitais estaduais, oito hospitais de pequeno porte (HPP) e 137 leitos do SUS. O município de Floriano é localizado na região sul do estado, no médio Parnaíba e tem uma população de 57.690 habitantes (IBGE, 2010).

3.3 População do estudo

A população do estudo foi constituída por 33 médicos e 50 enfermeiros que se distribuem em 50 equipes da ESF de 11 municípios da microrregião sul do estado do Piauí, denominada Tabuleiro do Alto Parnaíba. Ressaltar-se que escolha das duas categorias

profissionais ocorreu em virtude de serem as duas mais diretamente envolvidas com processo de vacinação.

Inicialmente a amostra esperada era de 100 profissionais, subdivididos entre as duas categorias. Entretanto, 14 médicos não foram localizados nos municípios por ocasião da pesquisa de campo e 3 equipes não possuíam médicos contratados na ESF.

O estudo adotou como critérios de inclusão ao estudo, vínculo empregatício na ESF e interesse e conformidade em participar do estudo. Foi considerado como critério de exclusão, os profissionais que estavam afastado dos municípios por licença ou férias ou outro motivo, por ocasião das entrevistas.

3.4 Variáveis do estudo

Foram levantados dados referentes à caracterização pessoal (idade, sexo) e profissional (categoria profissional, tempo de graduado, pós graduação, treinamento em imunização, tempo de trabalho na ESF) e dados relativos ao conhecimento sobre o calendário vacinal da criança menor de ano (vacinas indicadas segundo a idade da criança, contraindicações e adiamentos).

3.5 Coleta dos dados

Os dados foram coletados no período de dezembro a fevereiro de 2013, pela própria mestranda e por enfermeiros da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), com capacitação específica em sala de vacina e previamente treinados com relação aos objetivos do estudo. Utilizaram-se questionários previamente testados com o objetivo de aperfeiçoar a sua qualidade. Os dias da coleta foram previamente marcados de acordo com a conveniência dos profissionais a serem investigados, porém, dentro de um cronograma da pesquisa, de modo a interferir o mínimo possível na dinâmica das atividades dos participantes e ao mesmo tempo viabilizar operacionalmente a pesquisa. Para tanto, antecipadamente foi enviada uma carta para informar aos participantes, gestores municipais e das Unidades de Saúde da Família sobre o estudo e procedimentos que serão utilizados.

Optou-se pela construção de uma caixa tipo urna, que foi construída pela própria pesquisadora, onde os questionários após respondidos foram depositados com a finalidade de reduzir possíveis constrangimentos, frente ao não conhecimento das questões da pesquisa e,

por conseguinte, minimizar os vieses. A disponibilidade da urna facilitou o trabalho de coleta, uma vez que os profissionais poderiam se sentir mais à vontade para responderem às questões.

3.6 Classificação da Variável Conhecimento

O conhecimento foi classificado utilizando-se uma adaptação do estudo de Araújo (2005) que avaliou os conhecimentos, atitudes e práticas da população de Teresina/PI sobre vacinação infantil. Para as respostas referentes às questões do instrumento atribui-se um valor numérico máximo de dois pontos para cada resposta completamente correta. O total de pontos correspondeu a 100%. Posteriormente, foi aplicada uma escala categorizando-o em intervalos percentuais de três classes: Inadequado de 1 a 49%; regular de 50 a 79% e adequado de 80 a 100%.

3.7 Organização e Análise dos Dados

Inicialmente foi realizada a organização dos dados mediante a revisão manual dos questionários. As respostas das perguntas abertas foram codificadas, para facilitar as análises. Em seguida construiu-se um banco de dados, com posterior checagem dos mesmos, com o objetivo de corrigir as inconsistências. Utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 19.0. De posse dos dados, foram realizadas análises descritivas, univariadas e bivariadas. Tratando-se de variáveis categóricas, os testes selecionados para observar a relação entre tais variáveis do estudo foi o Qui- quadrado e o teste Exato de Fisher, quando as variáveis apresentaram mais de 25% das células com frequência inferior a 05. Adotou-se o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) para o risco de falsa rejeição da hipótese nula.

3.8 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI CAAE: 251747137.0000.5210, de 09/12/2013, e autorizado pelas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios em estudo. Ressalta-se que foram obedecidos todos os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional em Saúde que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos. Aos pesquisados,

foi solicitado assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A).

De acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa que envolve seres humanos envolve riscos, podendo este ser imediato ou tardio e comprometer o indivíduo participante ou a coletividade. Assim os participantes deste estudo poderiam sentir desconfortos em compartilhar informações pessoais ou confidenciais e em alguns tópicos ficarem constrangidos em falar. Neste sentido, esta pesquisa buscou minimizar o máximo de riscos ou desconfortos para os sujeitos participantes, vez que, a coleta de dados foi realizada através de questionários anônimos (Anexos) e seguindo todas as considerações éticas da resolução citada. Todos os sujeitos participantes tiveram o seu anonimato assegurado, e foram esclarecidos quanto ao direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer ônus.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Manuscrito – Revista alvo: Interface - Comunicação, Saúde, Educação

Conhecimento de enfermeiros e médicos de uma microrregião do Nordeste sobre a vacinação infantil

Isabela Bastos Jácome de Souza¹, Eliana Campêlo Lago², Telma Maria Evangelista de Araújo³, Camila Aparecida Pinheiro Landim⁴ Fabrício Ibiapina Tapety⁵

1 - Isabela Bastos Jácome de Souza. Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade NOVAFAPI. Teresina-PI. Brasil. E-mail: isabelinhajacome@hotmail.com

2 - Eliana Campêlo Lago. Cirurgiã Dentista e Enfermeira. Doutora em Biotecnologia pela UFPI - Professora da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade NOVAFAPI. Teresina-PI. Brasil. Professora da UFPI. E-mail: elianalago@ig.com.br

3 - Telma Maria Evangelista Araújo. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFRJ - Escola de Enfermagem Anna Nery. Docente da Graduação e do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Diretora de Vigilância e Atenção à Saúde do Estado do Piauí. Teresina-PI. Brasil. E-mail: telmaevangelista@gmail.com

4 - Camila Aparecida Pinheiro Landim. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo USP. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade NOVAFAPI. Email: mestradosaudedafamilia@novafapi.com.br

5- Fabrício Ibiapina Tapety. Dentista. Pós-doutor em Odontologia Clínica pela Universidade de Niigata – Universidade Japão. Professor do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade NOVAFAPI. Email: ftapety@uninovafapi.com.br

Endereço para correspondência: Isabela Bastos Jácome de Souza

Rua: Antônio Castro Franco - 556, apartamento 1302, Condomínio Araxa – Bairro de Fátima, Teresina-PI, CEP: 64.049-484.

Tel.: (98) 8135-2924. E-mail: isabelinhajacome@hotmail.com

RESUMO:

Objetivou-se neste estudo avaliar o conhecimento de profissionais de uma microrregião do Nordeste sobre a vacinal infantil. Foi realizado um estudo descritivo, seccional com 33 médicos e 50 enfermeiros de uma microrregião localizada no sul do Piauí. Verificou-se prevalência do sexo, com 65,1%. A maioria (62,5%) afirmou não ter recebido treinamento para atuar em sala de vacina. O conhecimento foi insatisfatório, com alta porcentagem apenas para a vacina dos nove meses (83,3%). Ao cruzar o conhecimento com a categoria profissional, verificou-se significância estatística para o enfermeiro. Quanto aos motivos para o adiamento e contraindicações observou-se baixa porcentagem de acertos. O conhecimento dos enfermeiros prevaleceu sobre o dos médicos sendo classificado como regular para 74,1%. Sugere-se a necessidade de capacitação aos profissionais responsáveis pela imunização na Atenção Básica.

Palavras-Chaves: Conhecimento. Saúde da Família. Vacinação.

ABSTRACT:

The aim of this study was to evaluate the knowledge of professionals from a micro-region of the Northeast on childhood vaccination. A descriptive, cross-sectional study with 33 physicians and 50 nurses from a micro-region located in southern Piauí was performed. There was prevalence of sex, with 65.1%. The majority (62.5%) claimed to have been trained to act in vaccine. The knowledge was poor, with a high percentage of the vaccine only for nine months (83.3%). While cruising knowledge with the professional category, there was statistical significance for the nurse. Regarding the reasons for the postponement and contraindications observed a low percentage of correct answers. The knowledge of nurses prevailed over doctors being classified as regular to 74.1%. We suggest the need for training those responsible for immunization in Primary Care.

Key Words: Knowledge. Family Health. Vaccination.

INTRODUÇÃO:

A vacinação é uma ação importante para toda a população mundial, especialmente para as crianças de um ano, pois dos recursos preventivos existentes, trata-se do mais eficaz na prevenção de doenças imunopreveníveis e na proteção da saúde da criança.

No entanto, é imprescindível que elas sejam ministradas nas datas apropriadas e principalmente no primeiro ano de vida, pois dentre os cuidados primários de saúde, a vacinação é um dos que propicia resposta quase que imediata, prevenindo doenças imunológicas freqüentes na infância¹.

A redução da mortalidade infantil foi em grande parte possibilitada por meio da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) no Programa Saúde da Família (PSF), com suas ações preventivas e educativas que impulsionam continuamente a vacinação de rotina.

Nesta perspectiva, a literatura aponta que nos municípios com cobertura maior que 70% do Programa Saúde da Família (PSF) as oportunidades de crianças de 0 a 2 anos de idade receberem atividades preventivas é maior, e em consequência a redução média anual de taxa de mortalidade infantil pós-neonatal é mais expressiva^{2,3}.

O PNI coordena as ações de vacinação no país, sendo referência mundial, considerado internacionalmente como um dos programas mais avançados do mundo, que oferece o maior número de vacinas de forma gratuita aos grupos alvo. Dispõe de diferentes calendários vacinais para diversos grupos, como a criança, adolescente, adulto, idosos e para os indígenas, e oferece atualmente 43 tipos de imunobiológicos, sendo disponibilizados nos serviços públicos de saúde, 27 vacinas, 14 soros heterólogos e quatro soros homólogos⁴.

Atualmente o PNI estabelece que seja seguido o seguinte esquema no calendário vacinal da criança no 1º ano de vida: ao nascer (BCG e Hepatite B), 1 mês (Hepatite B -1ª dose), 2 meses (Pentavalente, Poliomielite inativada, Rotavírus e Pneumocócica -1ª dose), 3 meses (Meningocócica -1ª dose), 4 meses (Pentavalente, Poliomielite inativada, Rotavírus e Pneumocócica - 2ª dose), 5 meses (Meningocócica - 2ª dose), 6 meses (Pentavalente, Poliomielite oral e Pneumocócica - 3ª dose), 9 meses (Febre amarela – dose inicial), 12 meses (Tríplice viral – 1ª dose e Pneumocócica –reforço), 15 meses (Tríplice Bacteriana -1º reforço, Poliomielite oral, Meningocócica e Tetraviral)^{5,6}.

Ressalta-se que ainda existem fatores que interferem na efetividade da cobertura vacinal, especialmente as oportunidades perdidas de vacinação que resultam em insatisfatórias coberturas das imunizações no cenário nacional.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, uma oportunidade de vacinação é perdida, quando uma pessoa candidata à imunização e que não tenha contra indicações comparece a um serviço de saúde e não recebem as vacinas necessárias. Na sua ocorrência participam ativamente os recursos humanos dos serviços de saúde, principalmente quando negligenciam o rastreamento oportuno do cartão da criança na visita aos serviços de

saúde, pelas falsas contraindicações e adiamentos desnecessários, os quais são determinados pelo conhecimento insuficiente dos profissionais acerca do processo de vacinação^{7,8,9,10,11}.

Neste sentido, a realização da educação permanente pode auxiliar na diminuição destes fatos, pois sua operacionalização contínua permite a aquisição de habilidades técnicas e o desenvolvimento de atitudes que repercutirão na consolidação das normas de procedimentos do programa de imunização.

Diante da contextualização, é de extrema importância que os profissionais da ESF no exercício de suas competências fortaleçam continuamente as atividades de vacinação no 1º ano de vida, buscando assegurar os seus benefícios. Entretanto, faz-se necessária a constante busca e aprimoramento do conhecimento, pois recursos humanos capacitados são primordiais para o desenvolvimento, fortalecimento das normas de vacinação, melhoria dos programas de imunização e agem diretamente na diminuição das oportunidades perdidas de vacinação, por conter em suas práticas assistenciais maior conhecimento dos aspectos envolvidos nesta ação preventiva, especialmente os motivos reais de adiamentos e falsas contraindicações de vacinação.

Neste sentido, este estudo propõe avaliar o conhecimento de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma microrregião do Nordeste sobre o calendário vacinal no primeiro ano de vida.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, seccional, realizada em uma região de saúde do estado do Piauí. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), o estado do Piauí agrupa 11 regiões de saúde, cada uma com seus respectivos municípios. Conforme o seguimento territorial, a pesquisa foi desenvolvida nos municípios de uma microrregião, a qual foi aleatoriamente sorteada e que está incluída na região denominada “Tabuleiro do Alto Parnaíba”, composta por 12 municípios¹².

A população do estudo foi constituída por 33 médicos e 50 enfermeiros que se distribuem em 50 equipes da ESF da microrregião. Ressalta-se que a escolha das duas categorias profissionais ocorreu em virtude de serem as duas mais diretamente envolvidas com o processo de vacinação na ESF. Cabe ressaltar, que o universo inicial era de 100 profissionais, subdivididos entre as duas categorias. Entretanto, 14 médicos não foram

localizados nos municípios por ocasião da pesquisa de campo e 3 equipes encontravam-se sem médicos na ocasião da pesquisa.

As variáveis levantadas durante o estudo foram àquelas referentes à caracterização pessoal (idade, sexo) e profissional (categoria profissional, tempo de graduado, pós graduação, treinamento em imunização, tempo de trabalho na ESF) e dados relativos ao conhecimento sobre o calendário vacinal da criança no 1º ano de vida (vacinas indicadas segundo a idade da criança, contraindicações e adiamentos).

Os dados foram coletados no período de dezembro/2012 a fevereiro/2013, utilizando-se questionários que foram previamente testados com o objetivo de aperfeiçoar a sua qualidade. Os dias da coleta foram marcados previamente de acordo com a conveniência dos profissionais a serem investigados, porém, dentro de um cronograma da pesquisa, de modo a interferir o mínimo possível na dinâmica das atividades dos participantes e ao mesmo tempo viabilizar operacionalmente a pesquisa.

Cabe ressaltar que antecipadamente foi enviada uma carta informando aos participantes, gestores municipais e das Unidades de Saúde da Família sobre o estudo e procedimentos que seriam utilizados. Durante a coleta de dados, optou-se pela construção de uma caixa tipo urna, onde os questionários depois de respondidos foram depositados com a finalidade de reduzir possíveis constrangimentos, e, por conseguinte, minimizar vieses.

Para a classificação do conhecimento dos profissionais, utilizou-se como referencial um estudo realizado em Teresina, capital do Piauí, que avaliou os conhecimentos, atitudes e práticas da população de Teresina/PI sobre vacinação infantil. Assim, para determinar as porcentagens e categorização do conhecimento, foi atribuído um valor numérico com dois pontos para cada resposta completamente correta, um ponto para as parcialmente corretas e zero para as erradas. Posteriormente, foi aplicada uma escala categorizando-o em intervalos percentuais de três classes: Inadequado de 1 a 49%; regular de 50 a 79% e adequado de 80 a 100%. Tomou-se também como referencial o calendário da criança preconizado pelo PNI^{5,8}.

A análise dos dados foi realizada com a utilização do software *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 19.0, que calculou as estatísticas descritivas, média, desvio padrão, mediana para variáveis contínuas e percentual para variáveis categóricas. Para identificar a associação do conhecimento e sua respectiva classificação com a categoria profissional foi utilizado o teste estatístico do Qui- quadrado. Adotou-se o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) para o risco de falsa rejeição da hipótese nula.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI, sob parecer de nº 251747137.0000.5210. Ressalta-se que

durante a pesquisa, foram respeitados todos os aspectos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos¹³.

RESULTADOS:

A população do estudo constituiu-se de 83 profissionais vinculados a ESF, dentre os quais predominou o sexo feminino com 65,1%, 47% tinham idade superior a 30 anos com variação de 20 a 79 e média igual a 36,0 anos (dp = 13,9). Referente à categoria profissional, 60,2% são enfermeiros. O tempo de formação variou de 01 a 52 anos. A média de anos trabalhados na Estratégia Saúde da Família foi de 6,9 anos (dp=8,4). Do total dos profissionais, 68,7% possuíam especialização, dentre elas, Saúde da Família mostrou-se com maior porcentagem (32,5%). Outras especializações foram citadas por 32,7% deles sendo as mais frequentes, ginecologia, obstetrícia e pediatria. Com relação à capacitação para atuar em sala de vacina, a maioria (62,5%) afirmou não ter recebido treinamento. Quanto ao tempo decorrido do último treinamento em sala de vacina, 34,9% informaram ter sido nos últimos três anos (Tabela 01).

Tabela 01: Características demográficas e funcionais dos profissionais investigados.

Teresina/PI – 2013 (n=83)

Variáveis	n(%)	$\bar{x}$	$\pm$	IC 95%	Min-Max
Sexo					
Masculino	29(34,6)				
Feminino	54(65,1)				
Idade					
Até 30 anos	36(43,4)	36,0	13,9	32,9-39,1	20-79
31 e mais	47(56,6)				
Formação					
Enfermeiro	50(60,2)				
Médico	33(39,8)				
Tempo de formação (anos) (n=81)					
Até 05 anos	35(43,2)	10,9	12,1	8,3-13,7	01-52
05 e mais	46(56,8)				
Tempo de ESF (anos) (n=82)					
Até 05 anos	42(51,2)	6,9	8,4	5,0-8,8	01-60
05 e mais	40(48,8)				
Possui especialização (n=81)					

Sim	57(68,7)
Não	24(28,9)
Especialização (n=79)	
Saúde da Família	25(32,5)
Saúde Pública	16(20,8)
Gestão em Saúde	08(10,4)
Outras	30(32,7)
Capacitação em Sala de Vacina (n=80)	
Sim	30(37,5)
Não	50(62,5)
Ano que foi realizada a capacitação (n=71)	
2012	24(28,9)
2011	02(2,4)
2013	03(3,6)
Não informaram	44(65,1)

Fonte: Pesquisa Direta. Teresina, PI, Brasil, 2014. Legenda: $\bar{x}$ = média, $\pm$ = Desvio padrão, IC95% = intervalo de confiança, Min-Max = Mínima e máxima.

Os resultados referentes ao conhecimento sobre as vacinas do calendário infantil do primeiro ano de vida apontaram que a maioria dos profissionais da ESF não respondeu corretamente quais vacinas devem ser administradas nas respectivas idades. Das nove idades do calendário vacinal do 1º ano, apenas ao nascer (75,9%), três meses (68,1%), cinco meses (72,1%) e nove meses (83,3%) obtiveram percentuais satisfatórios. Em relação às respostas parcialmente corretas, destacaram-se as idades: doze meses, com 42,9% e quinze meses, com 50,0% (Tabela 02).

Tabela 02: Conhecimento dos profissionais do estudo sobre as vacinas do calendário infantil do primeiro ano de vida para as respectivas idades. Teresina/PI - 2013 (n=83)

Conhecimento vacinas/idade	n*	%
Ao nascer (zero mês)		
Certo	63	75,9
Errado	02	2,4
Em parte	18	21,7
Dois meses		
Certo	45	57,0
Errado	11	13,9
Em parte	23	29,1
Três meses		
Certo	49	68,1
Errado	20	27,8
Em parte	03	4,2
Quatro meses		
Certo	42	50,8

Errado	07	9,5
Em parte	25	33,8
Cinco meses		
Certo	49	72,1
Errado	14	20,6
Em parte	05	7,4
Seis meses		
Certo	36	49,3
Errado	10	13,7
Em parte	27	37,0
Nove meses		
Certo	60	83,3
Errado	12	16,7
Em parte	-	-
Doze meses		
Certo	24	34,3
Errado	16	22,9
Em parte	30	42,9
Quinze meses		
Certo	15	22,1
Errado	19	27,9
Em parte	34	50,0

Fonte: Pesquisa Direta. Teresina, PI, Brasil, 2014. Legenda: * n menos os valores perdidos.

Quando realizada associação do conhecimento das vacinas do primeiro ano de vida com a categoria profissional, verificou-se associação estatisticamente significativa para o enfermeiro em oito das variáveis (idade) citadas, isto é, para as vacinas que devem ser administradas ao nascer até os doze meses de vida ($p \leq 0,05$). Apenas na faixa etária de quinze meses não se verificou significância estatística ($p = 0,46$) (Tabela 03).

Tabela 03: Associação do conhecimento sobre o calendário vacinal do primeiro ano de vida segundo a categoria profissional. Teresina/PI - 2013 (n=83)

Conhecimento Vacinas/idade	Enfermeiros n(%)	Médicos n(%)	p valor*
Ao nascer			<0,01
Correto	48(76,2)	15(23,8)	
Errado	02(10,5)	17(89,5)	
Dois meses			<0,01
Correto	40(93,0)	03(7,0)	
Errado	10(28,6)	25(71,4)	
Três meses			0,02
Correto	39(83,0)	08(17,0)	
Errado	11(47,8)	12(52,2)	
Quatro meses			<0,01
Correto	37(92,5)	03(7,5)	

Errado	12(37,5)	20(62,5)	
Cinco meses			0,01
Correto	41(87,2)	06(12,8)	
Errado	09(47,4)	10(52,6)	
Seis meses			<0,01
Correto	31(91,2)	03(8,8)	
Errado	19(51,4)	18(48,6)	
Nove meses			<0,01
Correto	47(81,0)	11(19,0)	
Errado	03(25,0)	09(75,0)	
Dose meses			<0,01
Correto	24(100,0)	-	
Errado	26(57,8)	19(42,2)	
Quinze meses			0,46
Correto	11(84,6)	02(15,4)	
Errado	39(75,0)	13(25,0)	

Fonte: Pesquisa Direta. Teresina, PI, Brasil, 2014. Legenda: * O p valor foi obtido pelo teste do Qui- quadrado. O nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0,05$.

Observa-se na Tabela 04 que dos 83 profissionais do estudo, apenas 7,2% conhecem adequadamente os motivos para o adiamento de vacinas do primeiro ano de vida. Os motivos mais citados foram prematuridade (66,7%), seguido de uso de corticóide independente da dose com 49,2%.

Em relação aos motivos de contraindicações permanentes às vacinas do primeiro ano de vida, somente 13,3% da amostra respondeu corretamente. Destacaram-se o choque anafilático com 71,6% seguido de episódio choque hipotônico hiporresponsivo (60,8%) e convulsões febris (56,8%) (Tabela 04).

Tabela 04: Motivos para o adiamento e contraindicação de vacinas do primeiro ano de vida pelos profissionais do estudo, com o percentual geral de acertos e erros.
Teresina/PI- 2013 (n=83).

Adiamento/Contraindicação	N	%
Motivos de adiamento (*)		
Febre baixa	14	20,3
Desnutrição	25	36,2
Infecções respiratórias do trato superior	16	23,2
Uso de qualquer tipo de antimicrobianos	06	8,7
Vacinação contra raiva	02	2,9
Uso de corticoide independente da dose	34	49,2
Prematuridade	46	66,7
Percentual geral de acertos e erros sobre o adiamento das vacinas		

Acertos	06	7,2
Erros	77	92,8
Motivos de contraindicação permanente (*)		
Convulsões febris após ter recebido uma dose da mesma vacina anteriormente	42	56,8
Doenças neurológicas	18	24,3
Imunodepressão	21	28,4
Episódio hipotônico	45	60,8
hiporresponsivo após receber a vacina		
Choque anafilático após receber a vacina	53	71,6
Abscesso subcutâneo produzido pela vacina	02	2,7
Reações imunoalérgicas tardias após recebimento da vacina	12	16,2
Outros	01	1,4
Percentual geral de acertos e erros sobre contraindicações das vacinas		
Acertos	11	13,3
Erros	72	86,7

Fonte: Pesquisa Direta. Teresina, PI, Brasil, 2014. Legenda: (*) Múltipla escolha

A tabela 05 apresenta a classificação do conhecimento das duas categorias profissionais (Enfermeiros/Médicos) sobre as vacinas do primeiro ano de vida. Verificou-se que o conhecimento dos enfermeiros foi classificado como regular com percentual de 74,1% e dos médicos como inadequado, com 53,6%. Percebeu-se associação estatisticamente significativa para o enfermeiro ($p \leq 0,02$).

Tabela 05: Associação da classificação do conhecimento sobre vacinas do primeiro ano de vida com a categoria profissional Teresina/PI – 2013 (n=83).

Variáveis	Enfermeiros n(%)	Médicos n(%)	p valor
Classificação do conhecimento			0,02**
Regular	20(74,1)	07(25,9)	
Inadequado	26(46,4)	30(53,6)	

Fonte: Pesquisa Direta. Teresina, PI, Brasil, 2014. Legenda: O p valor foi obtido pelo teste do Qui-quadrado**. O nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0,05$

DISCUSSÃO

A população estudada apresenta características semelhantes à encontrada em outros estudos, com a predominância de enfermeiros, pela maior porcentagem do sexo feminino;

maioria com mais de 30 anos, tempo de serviço na ESF superior a cinco anos e relação com a temática de vacinação^{8,11, 14,15, 16}.

Com relação à capacitação em sala de vacina, baixa porcentagem (37,5%) de profissionais afirmou ter recebido treinamento. Este achado também corrobora com outros estudos atuais^{16, 17,18}.

A falta de educação permanente pode interferir diretamente na cobertura de vacinação infantil. Confirmando tal fato, uma pesquisa realizada com 27 capitais brasileiras buscando avaliar a participação das crianças em dias nacionais de vacinação contra poliomielite apontou a falta de capacitação dos profissionais de saúde como um dos motivos para a baixa porcentagem de cobertura nas campanhas nas regiões Norte e Nordeste¹¹.

O Ministério da Saúde orienta que o processo de capacitação seja contínuo e realizado no próprio local de trabalho, buscando-se evitar formas tradicionais de ensino, baseadas na simples transferência de conhecimentos, devendo ser priorizadas as metodologias crítico-reflexivas, enfocando a prática, a experiência dos treinandos e a o intercâmbio de conhecimentos de profissionais de outros municípios, da instância regional ou estadual. Compete ao sistema de saúde gerenciar os instrumentos de capacitação, tais como: o treinamento em sala de vacina, de gerenciamento em rede de frio, em sistema de informação e vigilância de eventos adversos¹⁹.

Nesta perspectiva, torna-se extremamente importante o treinamento dos profissionais da ESF, no intuito de fortalecer atitudes/práticas corretas, resultando em maior aprofundamento técnico científico quanto ao calendário de vacinação, com destaque ao da criança, visto que este periodicamente passa por constantes atualizações com finalidade de prevenir o máximo de doenças possíveis.

No segundo semestre de 2012 o Programa Nacional de Imunização (PNI) ampliou a oferta de vacinas previstas no calendário básico de vacinação da criança com a introdução das vacinas poliomielite inativada (VIP) e a pentavalente (vacina adsorvida contra difteria, tétano, *pertussis*, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae* tipo b - conjugada). Já “em setembro de 2013, o PNI mais uma vez amplia a oferta de vacinas no calendário básico infantil, introduzindo a vacina tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) aos 15 meses de idade” e em 2014, introduziu a vacina contra hepatite A aos 12 meses^{4,6,18,20}.

Atualmente incluem-se na rotina do calendário básico de vacinação da criança 12 vacinas. Quando questionados sobre o calendário vacinal do 1º ano de vida, observou-se maior porcentagem de acerto nas vacinas do nono mês, seguida daquelas administradas ao nascimento. Em relação às respostas com baixo índice de acertos, destacaram-se aquelas

relacionadas às vacinas administradas nas idades de: seis, doze e quinze meses, com pior percentual para a vacinação dos 15 meses .

O maior conhecimento dos profissionais da ESF refere-se a vacinação dos nove meses, pode estar relacionado a vários fatores que marcaram a febre amarela no estado, como à situação geográfica limítrofe com áreas endêmicas para tal doença e realização de uma campanha vacinal indiscriminada ocorrida no ano de 2000¹⁴. Estudo que avaliou a cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro apontou Teresina (Capital do Piauí) com a maior cobertura (85%) em todos os estratos socioeconômicos para a febre amarela²¹.

Em contrapartida, o menor conhecimento da vacinação dos quinze meses pode ser atribuído à alta porcentagem (62,5%) dos profissionais que afirmaram não ter recebido capacitação, visto que em 2013 houve a inclusão da tetraviral e apenas 3,6% participaram de atividades de educação permanente. Confirmando tal fato, metade dos profissionais respondeu parcialmente correto às vacinas desta idade, relatando apenas aquelas da rotina anterior a 2013.

Situações ligadas às ações dos profissionais, como desconhecimento dos profissionais sobre as normas técnicas de vacinação, superestimação das contraindicações e adiamentos desnecessários da vacinação pode levar à perda de imunizar a criança definitivamente, remetendo-as a OPV²².

Um estudo multicêntrico na Argentina que avaliou o atraso no esquema vacinal e oportunidades perdidas para a vacinação em crianças de até 24 meses, encontrou alta proporção de atrasos e oportunidade perdida por falsas contra indicações à vacinação¹⁰.

Poucas situações são consideradas como contraindicações à vacinação. Geralmente são devido à insuficiência no sistema imunológico do indivíduo ou devido à reações a componentes das vacinas, que dependem de condições individuais específicas²³.

Considerando os resultados desta pesquisa referentes aos motivos de adiamento e contraindicações, pôde-se concluir que os profissionais da pesquisa não reconhecem adequadamente tais motivos. Na análise dos percentuais individuais dos motivos de adiamento, percebeu-se que os mais citados foi a prematuridade, seguido do uso de corticoide independente da dose e desnutrição, o que se configuram como falso adiamento. Nestes casos o profissional deve prosseguir com a vacinação da criança sem adiar as doses das vacinas.

A literatura aponta baixo peso ao nascer como motivo de adiamento apenas para a BCG. Tratamento com corticosteróides em algumas situações, como: no uso de curta duração

(inferior a duas semanas independentemente da dose) ou em pequenas doses por tempos prolongados não são motivos de adiamento ou contraindicação^{22,23}.

Além disso, outras situações também são apontadas como falsas contraindicações, como: doenças infecciosas comuns ou alergias, febre baixa com diagnóstico determinado, utilização de antibioticoterapia, desnutrição, internações hospitalares, diarreia leve ou moderada, afecções recorrentes infecciosas ou alérgicas do trato respiratório superior com tosse e/ou coriza; doenças da pele (lesões impetiginizadas esparsas; escabiose); história pregressa e/ou diagnóstico clínico de sarampo, coqueluche, difteria, tétano, poliomielite e tuberculose; vacinação contra raiva e doença neurológica estável (exemplo: convulsão controlada)^{19,24,25}.

Os adiamentos de vacinação devem ser minimizados e, caso seja necessário é importante sempre avaliar o custo benéfico para o paciente e coletividade. Situações que cursem com gravidez pelo risco teórico de danos ao feto (salvo às situações de alto risco de exposição como a febre amarela); administração de imunoglobulina ou de sangue e derivados, devido à possibilidade de que os anticorpos presentes nesses produtos neutralizem o vírus vacinal (especialmente as vacinas contra caxumba, rubéola e varicela) e durante a evolução de doenças agudas febris graves, sobretudo para que seus sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis efeitos adversos das vacinas, possuem caráter para o adiamento de vacinas^{19,23,25}.

No tocante aos motivos de contraindicações, verificou-se um grande percentual de respostas corretas para o choque anafilático, apontando um bom conhecimento por parte dos profissionais para esta variável. Entretanto, houve alta porcentagem de respostas incorretas, especialmente para o episódio hipotônico-hiporresponsivo e convulsões febris, visto que não contraindicam a vacinação.

A literatura aponta como contraindicações mais comuns aquelas de caráter anafilático à dose prévia da vacina ou de seus componentes; imunodeficiência congênita ou adquirida e portadores de neoplasias malignas, além de outras situações, como na gravidez que são contraindicadas a vacinação com antígenos vivos (exceto em situações especiais). Entretanto, aquelas inativadas como tríplice acelular ou dupla adulto (difteria, tétano e coqueluche acelular), hepatites B, meningocócica conjugada C e Febre Amarela podem ser administradas nesse grupo^{19,23,24,25}.

Na análise da classificação do conhecimento entre as duas categorias profissionais participantes deste estudo, observaram-se diferenças entre ambas, apontando que o conhecimento dos enfermeiros da pesquisa sobre as vacinas do primeiro ano de vida foi

regular com 74,1%, e dos médicos inadequado com 53,6%. Cabe enfatizar que nenhuma das duas categorias apresentou conhecimento adequado.

A literatura aponta que a equipe de enfermagem, dentre os profissionais da Estratégia Saúde da Família, possui maior destaque e responsabilidade, no gerenciamento, oferta e administração de imunobiológicos tanto à população em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Entretanto, outros profissionais também podem administrá-las como é o caso de médicos e farmacêuticos^{6,15,17,18,26,27}.

Um estudo realizado no nordeste com médicos, cirurgião dentista e enfermeiros apontou o enfermeiro como o profissional dentre os que participaram do estudo, com maior conhecimento em relação às verdadeiras indicações à vacinação, e liga este fato ao maior envolvimento com as atividades de vacinação e pela maior participação nas capacitações voltadas para a área técnica da vacinação¹⁴.

Considerando que a atividade de vacinação configura-se como uma das principais ações da atenção primária em saúde e que a ESF como porta do sistema de saúde, possui como foco as atividades de promoção e prevenção, a expectativa é que ambas as categorias profissionais, apresentassem maior conhecimento sobre a vacinação do primeiro ano de vida, pois estas atividades fazem parte do cotidiano de trabalho das equipes na ESF, entretanto, nenhuma delas apresentou conhecimento adequado, com destaque para os médicos, cujo conhecimento da maioria foi inadequado.

Neste sentido, uma pesquisa realizada no Paraná também encontrou um baixo conhecimento da classe médica quanto a vacinação de idosos, apontando como relação a pouca incorporação de prescrição de vacinas na sua prática cotidiana. Deste modo, cabe uma reflexão dos profissionais de saúde sobre a sua responsabilidade como promotores de saúde, especialmente a classe médica, pois o pouco conhecimento sobre vacinação pode ocasionar prejuízos nas práticas preventivas na ESF²⁸.

Deste modo, torna-se injustificável que muitos profissionais não acolham a vacinação como uma prática que oferece grandes benefícios para a coletividade. “Não vacinar ou deixar de considerar a indicação e o aconselhamento de vacinação oportuna, constitui grave falha ética daqueles que estão profissionalmente envolvidos com cuidados de saúde” já que promover este ato inteiramente preventivo, constitui-se em elevado padrão médico-social²⁵.

CONCLUSÃO

Os achados da presente investigação trazem importantes informações em relação ao conhecimento de enfermeiros e médicos atuantes da ESF sobre o calendário vacinal do primeiro ano de vida de uma microrregião do Nordeste brasileiro.

Foi possível observar que a maioria (62,5%) dos profissionais relatou não ter recebido treinamento em sala de vacina, e em consequência, verificou-se pouco conhecimento das vacinas preconizadas para as crianças menores de um ano, especialmente quinze meses com o menor índice (22,10%) de respostas corretas, implicando em condutas equivocadas, quanto aos motivos de adiamento e contraindicações de vacinação.

Na associação e classificação do conhecimento verificou-se que o enfermeiro demonstrou maior domínio sobre as vacinas do calendário infantil do primeiro ano de vida e consequentemente a classificação do seu conhecimento foi apontado como regular, enquanto a maioria dos médicos apresentou conhecimento inadequado.

É indiscutível a importância da educação permanente para a efetividade das ações de vacinação para as crianças do primeiro ano de vida, sendo comprovado através da literatura a sua inter-relação com baixos níveis de vacinação, pois profissionais poucos capacitados cometem mais adiamentos e falsas contraindicações o que aumenta as oportunidades perdidas de imunização, diminuindo assim as taxas de coberturas vacinais, e, por conseguinte, deixando a população em geral exposta a contrair doenças que são evitáveis.

Por fim, este estudo aponta para a necessidade de capacitar os profissionais da ESF, no sentido de assegurar os benefícios e qualidade da imunização das crianças. Espera-se que estes achados possam contribuir para a prática dos profissionais da ESF no que tange aos aspectos relacionados a vacinação nesse grupo e que incitem nestes recursos humanos o interesse para treinamentos constantes, especialmente quanto à imunização, além disso, auxilie na redução das OPV, secundário a isto, na mortalidade infantil através do alcance das metas globais e nacionais de vacinação.

REFERÊNCIAS

- 1 Oliveira VG, Pedrosa KKA, Monteiro AI, Santos ADB. Vacinação: o fazer da enfermagem e o saber das mães e/ou cuidadores. Rev RENE 2010; 11(n.º esp.):133-41.
- 2 Peres EM. O Programa Saúde da Família no enfrentamento das desigualdades sociais. Aquichan. 2007; 7(1):24-9.

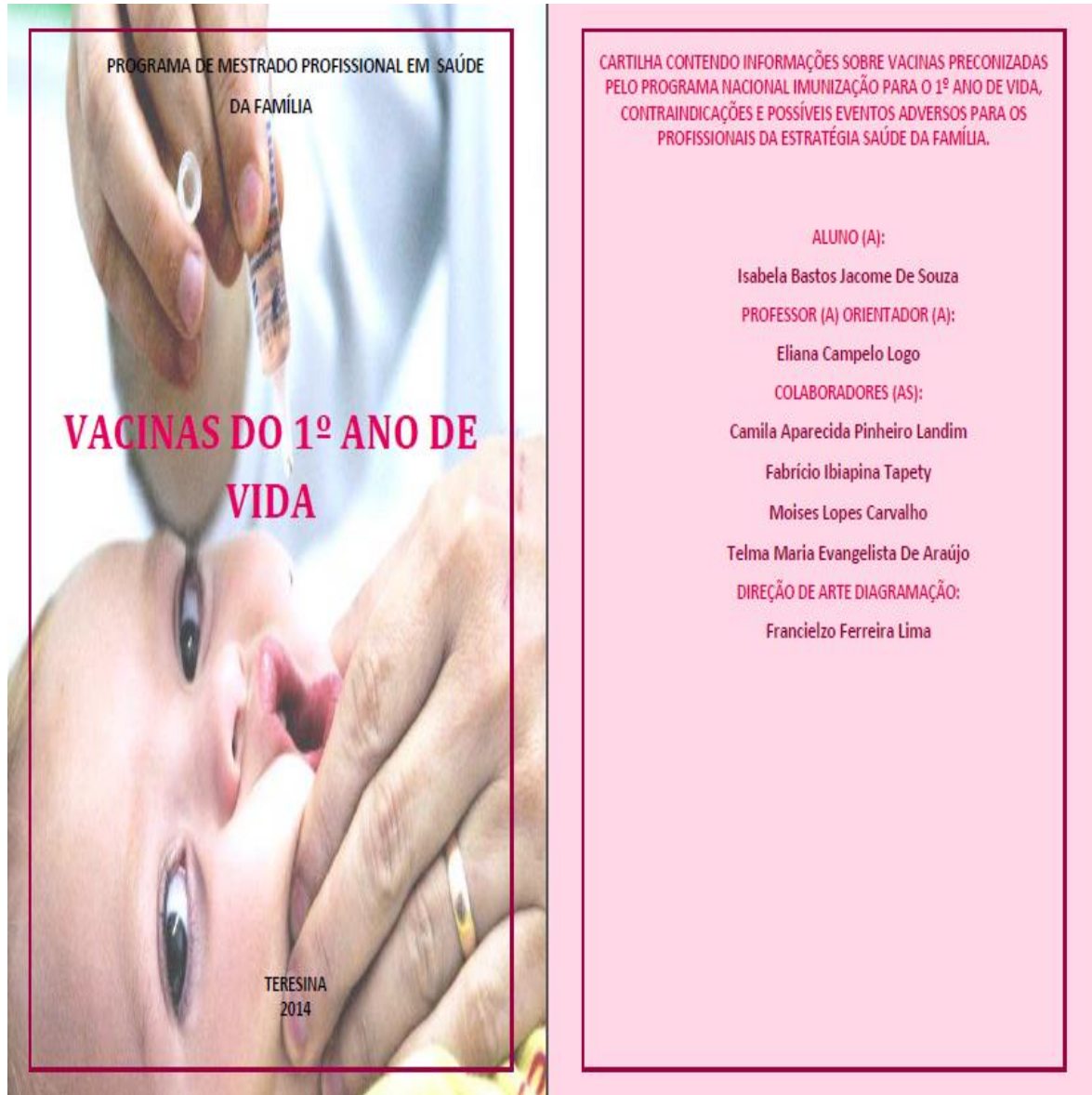
- 3 Guimarães TMR, Alves JGB, Tavares MMF. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (4):868-876.
- 4 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe técnico da introdução da vacina pentavalente. Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae* tipo b (conjugada). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Secretaria de Vigilância em Saúde. Calendário básico de vacinação da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [acessado em 20 jul. 2014] . Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/calendario_vacina_Infantil.asp>.
- 6 Abud SM, Gaíva MAM. Análise do preenchimento dos dados de imunização da caderneta de saúde da criança. *Rev. Eletr. Enf.* 2014;16(1): 61-67.
- 7 Organización Panamericana de la Salud. Simpósio Internacional sobre inmunización contra El sarampión. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1985. (Publicación científica n. 477)
- 8 Araújo TME. Vacinação infantil: conhecimentos, atitudes e práticas da população da Área Norte/Centro de Teresina/PI. Rio de Janeiro. Tese. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
- 9 Santos DM, Dubeux LS, Frias PG, Vanderlei LCM, Vidal SA. Avaliação normativa da ação programática: imunização nas equipes de saúde da família do município de Olinda, estado de Pernambuco, Brasil, em 2003. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(3):29-35.
- 10 Gentile Á, Bakir J, Firpo V, Caruso M, Lución MF, Abate HJ, Chiossone A, Debbag R. Delayed vaccine schedule and missed opportunities for vaccination in children up to 24 months. A multicenter study. *Arch Argent Pediatr*. 2011; 109(3):219-25.
- 11 Mello MLR, Moraes JC, Barbosa HA, Flannery B. Participação em dias nacionais de vacinação contra poliomielite: resultados de inquérito de cobertura vacinal em crianças nas 27 capitais brasileiras. *Rev. bras. epidemiol.* 2010; 13(2): 278-288.
- 12 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Senso Demográfico de 2010 [online]. Brasília (DF): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2009 [acessado em 20 jul. 2014]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home..> Rio de Janeiro, 2011.
- 13 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 13 jun 2012; Seção 1.
- 14 Araújo TME, Paz EPA, Griep RH. Cobertura vacinal dos profissionais de um curso de especialização em Saúde da Família do Piauí. *Esc. Anna Nery*. 2006; 10(1): 95-100.

- 15 Melo GKM, Oliveira JV, Andrade MS. Aspectos relacionados à conservação de vacina nas unidades básicas de saúde da cidade do Recife & Pernambuco. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010; 19(1):25-32.
- 16 Luna GLM, Vieira LJES, Souza PF, Lira SVG, Moreira DP, Pereira AS. Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(2): 513-521.
- 17 Brandão RMS, Castro IO, Lins JMM, Campos MEL, Andrade MS, Guimarães MSA. Factors related to the conservation of vaccines in the basic health units. *Rev enferm UFPE online*. 2012; 6(2):332-338.
- 18 Oliveira VC, Guimarães EAA, Silva SS, Pinto IC. Conservação de vacinas em unidades básicas de saúde: análise diagnóstica em municípios mineiros. *Rev Rene*. 2012; 13(3):531-41.
- 19 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de procedimento para vacinação. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 20 Carvalho AMC, Araújo TME. Conhecimento do adolescente sobre vacina no ambiente da Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm*. 2012; 65(2): 229-235.
- 21 Queiroz LLC, Monteiro SG, Mochel EG, Veras MASM, Sousa FGM, Bezerra MLM et al . Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(2): 294-302.
- 22 Favin M, Steinglass R, Fields R, Banerjee K, Sawhney M. Why children are not vaccinated: a review of the grey literature. *Int Health*. 2012; 4(4):229-38.
- 23 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação. 2ª ed. Brasília: SVS/CGPNI, 2008.
- 24 Gonçalves SML, Machado MFAS. Opinião de um grupo de cuidadores sobre a imunização básica. *Rev RENE*. 2008; 9(1):45-51.
- 25 Bellesi N. Por que somente médicos devem prescrever vacinas?. *Rev. Para. Med*. 2007; 21 (1): 53-53.
- 26 Oliveira VC, Gallardo PS, Gomes TS, Passos LMR, Pinto IC. Supervisão de enfermagem em sala de vacina: a percepção do enfermeiro. *Texto contexto - enferm*. 2013; 22(4): 1015-1021.
- 27 Aranda CMSS, Moraes JC. Rede de frio para a conservação de vacinas em unidades públicas do município de São Paulo: conhecimento e prática. *Rev Bras Epidemiol*. 2006; 9(2):172-185.
- 28 Campos Eliane Cristina, Sudan Luci Cristina Pulga, Mattos Edlivia Dias de, Fidelis Reginaldo. Fatores relacionados à vacinação contra a gripe em idosos: estudo transversal, Cambé, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(5): 878-888.

Colaboradores

IBJ Souza idealizou a pesquisa, coletou, analisou os dados e redigiu o trabalho. EC Lago orientou a pesquisa, redigiu e revisou o trabalho. TME Araújo idealizou redigiu e revisou o trabalho. CAP Landim analisou criticamente o trabalho e revisou o artigo. FI Tapety analisou criticamente o trabalho e revisou o artigo.

4.2 Produto - Cartilha sobre vacinas preconizadas pelo PNI para o 1º ano de vida para os profissionais da estratégia saúde da família



APRESENTAÇÃO

Considerando a relevância da Estratégia Saúde da Família (ESF) para o seguimento dos programas em imunização, esta cartilha visa contribuir para o conhecimento dos profissionais envolvidos em todo o processo da vacinação, destacando todas as vacinas de rotina do calendário infantil preconizadas pelo Ministério da Saúde, contra indicações e eventos adversos.

INTRODUÇÃO

A vacinação é uma ação importante para toda a população mundial, pois é um recurso preventivo de proteção individual e coletiva contra inúmeras doenças independentemente das diferenças socioeconômicas e culturais.

O Programa Nacional de Imunização (PNI) é referência mundial, sendo considerado internacionalmente como um dos programas mais avançados do mundo, que

oferece o maior número de vacinas de forma gratuita aos grupos populacionais alvo, com o objetivo de controlar doenças imunopreveníveis. Seu alcance é universal e inclui na rotina dos serviços de saúde, vacinas contra 15 doenças: tuberculose, poliomielite, hepatite B,

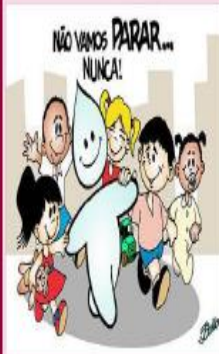


Fonte: Google

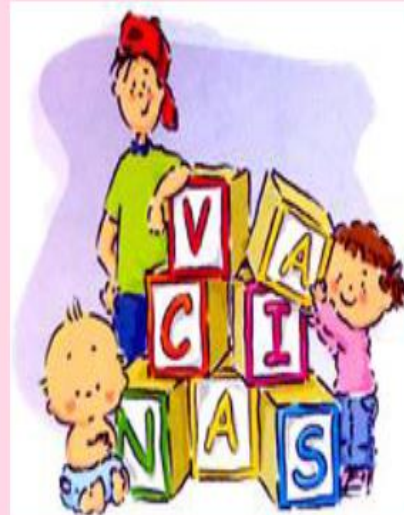
sarampo, rubéola, caxumba, tétano, difteria, coqueluche, febre amarela, infecções produzidas por rotavírus, infecções produzidas pelo pneumococo, meningococo C, *Haemophilus influenzae* do tipo B e varicela (BRASIL, 2012; CARVALHO; ARAÚJO, 2012).

VACINAR É IMPORTANTE?

Sim! A vacinação em crianças é primordial, pois estas do ponto de vista imunológico encontram-se mais susceptíveis às doenças. É imprescindível que sejam vacinadas nas datas apropriadas e principalmente no primeiro ano de vida, pois dentre os cuidados primários de saúde, a vacinação é um dos que propicia resposta quase que imediata, prevenindo doenças imunológicas frequentes na infância.



Vale ressaltar que a implantação das salas de vacinas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) se constitui em um dos meios para redução da mortalidade infantil, assim como as ações preventivas e educativas que incentivam a vacinação de rotina (OLIVEIRA et al., 2010).



CALENDÁRIO DE VACINAS DO 1º ANO DE VIDA										
GRUPO	IDADE	BCG	HEPATITE B	PENTAV	VIP E VOP	PNEUMO 10	ROTAVÍRUS	MENINGO C	FEBRE AMARELA	TRÍPLIC E VIRAL
Criança	AO NASCER	DOSE ÚNICA	DOSE AO NASCER							
	2 MESES			1ª DOSE	1ª DOSE COM VIP	1ª DOSE	1ª DOSE			
	3 MESES							1ª DOSE		
	4 MESES			2ª DOSE	2ª DOSE COM VIP	2ª DOSE	2ª DOSE			
	5 MESES							2ª DOSE		
	6 MESES			3ª DOSE	3ª DOSE COM VOP	3ª DOSE			DOSE INICIAL	
	9 MESES									
	12 MESES					REFORÇO				DOSE ÚNICA
				REFORÇO COM DTP	REFORÇO COM VOP			REFORÇO		
	15 MESES									DOSE ÚNICA

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.466 de 19 de julho de 2013

BCG

Indicação

Proteção contra formas graves da Tuberculose

Via de administração

Intradérmica, no braço direito, inserção inferior do músculo deltóide.

Esquema de aplicação

A partir do nascimento. A primovacinação acima de 5 anos de idade não deve ser realizada rotineiramente, devendo ser feita avaliação médica do risco/benefício. Não se aplica segunda dose, salvo em contatos de hanseníase. Menor de cinco anos de idade que recebeu BCG há mais de 6



Fonte: Google

meses e não tem cicatriz vacinal deve ser revacinada, sem indicação de avaliação de PPD.

Eventos adversos

Ocorrem em 0,04% dos vacinados úlceras maiores que 1 cm que não cicatrizam; abscessos frios subcutâneos; abscessos quentes subcutâneos; linfadenite; quelóide; erupção lupóide.

CONTRAINDICAÇÕES

- ❖ Peso menor que 2000g;
- ❖ Lesão de pele no local de aplicação;
- ❖ HIV positivo;
- ❖ Imunodepressão;
- ❖ Tratamento com quimioterapia ou radioterapia;
- ❖ Uso de corticóide oral ou parenteral por mais de duas semanas (>2mg/kg/dia ou 20mg/dia de prednisona);
- ❖ febre;
- ❖ Gravidez;

TRÍPLICE VIRAL

Indicação

Proteção contra rubéola, sarampo e caxumba

Via de administração

Subcutânea.

Esquema de aplicação

Aplicada aos 12 meses de idade e a segunda dose aos 15 meses de idade com atetraviral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela.)

Eventos adversos

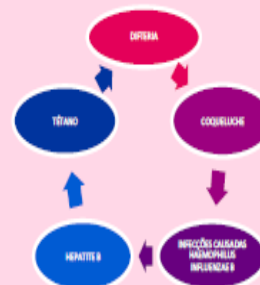
Em geral, entre 3 e 12 dias após a vacinação podem ocorrer dor e edema locais, febre, manchas vermelhas, edema, vermelhidão e calor nas articulações. Raramente: encefalite, pancreatite, orquite, púrpura e parotidite.

CONTRAINDICAÇÕES

- ❖ Anafilaxia aos componentes da vacina (inclusive neomicina);
- ❖ gestação;
- ❖ Imunodeprimidos;
- ❖ Uso de corticosteróides por via oral ou parenteral por mais de duas semanas em doses correspondentes a 2mg/kg/dia ou 20mg/dia de prednisona;
- ❖ Doenças febris agudas;
- ❖ Pessoas submetidas a tratamento com derivados do sangue;
- ❖ Quimioterapia e radioterapia nos últimos 3 meses.
- ❖ Após transplante de medula óssea, deve-se aguardar de 1 a 2 anos para aplicação da vacina.
- ❖ A vacinação no mesmo dia com a vacina contra a febre amarela deve ser evitada, intervalando no mínimo 30 dias.
- ❖ Se não for aplicada no mesmo dia que a vacina contra varicela, deve-se respeitar 30 dias de intervalo entre as mesmas.

PENTAVALENTE

Indicação



Via de administração

Intramuscular, no vasto lateral da coxa.

Eventos adversos

Podem ocorrer febre baixa, dor, calor e inchaço local. Ocasionalmente, formas e nódulo subcutâneo. Raramente podem ocorrer irritabilidade, sonolência, convulsões febris, febre alta e evento hipotônico hiporresponsivo.

CONTRAINDICAÇÕES

- ❖ Doença febril aguda;
- ❖ História de reação anafilática após administração anterior de vacinas DTPa, dT, hemófilos ou hepatite B;
- ❖ Anafilaxia, à neomicina;
- ❖ Encefalopatia;

VACINA MENINGOCÓCICA CONJUGADA C**Indicação**

Proteção para crianças acima de 2 meses, adolescentes e adultos contra meningococo do sorogrupo C.

Via de administração

Intramuscular

Esquema de aplicação

- Entre 2 e 12 meses de idade: duas doses com intervalo de 2 meses entre as doses.
- Reforço após um ano de idade. Se a vacinação for iniciada entre 10 e 11 meses, não fazer reforço no segundo ano de vida.
- Maiores de 12 meses de idade: dose única.

Eventos adversos

Podem ocorrer eritema e dor local, febre, irritabilidade, diarreia, vômitos e anorexia foram associados temporalmente. Ocasionalmente, forma-se nódulo subcutâneo.

CONTRAINDICAÇÕES

- ❖ Reação de hipersensibilidade imediata à dose anterior da vacina;
- ❖ doença febril aguda;
- ❖ Gravidez;

VACINA TRÍPLICE BACTERIANA (DTP)**Indicação**

Proteção contra difteria, tétano e coqueluche.

Esquema de aplicação

- Vacinação no 2º, 4º, 6º e 15º meses de vida;
- Manter reforço de 10/10 anos com dT (Dupla tipo adulto);
- Entre a terceira dose e o primeiro reforço, deve-se respeitar intervalo de 6 meses.

Eventos adversos

Podem ocorrer febre baixa, dor, calor e inchaço local. Ocasionalmente, formas e nódulo subcutâneo. Raramente podem ocorrer irritabilidade, sonolência, convulsões febris, febre alta e evento hipotônico hiporresponsivo.

CONTRAINDICAÇÕES

- ❖ Doença febril aguda
- ❖ História de reação anafilática após administração anterior de vacinas dTP
- ❖ Encefalopatia por até 7 dias após vacinação com componente pertussis
- ❖ Reações neurológicas graves.

TETRAVIRAL

Indicação

Proteção contra rubéola, sarampo, caxumba e varicela.

Via de administração

Subcutânea.

Esquema de aplicação

- Deve ser aplicada aos 15 meses de idade.

Eventos adversos

- Em geral, entre 3 e 12 dias após a vacinação. Podem ocorrer dor e edema local, febre, manchas vermelhas e calor nas articulações.
- Raramente: encefalite, pancreatite, orquite, púrpura e parotidite. Cerca de 3% dos vacinados podem apresentar algumas vesículas.

CONTRAINDICAÇÕES

- ❖ Anafilaxia aos componentes da vacina (inclusive neomicina)
- ❖ Gestação;
- ❖ Imunodeprimidos;
- ❖ uso de corticosteróides por vias oral ou parenteral por mais de duas semanas em doses correspondentes a 2 mg/kg/dia ou 20mg/dia de prednisona;
- ❖ Doenças febris agudas;
- ❖ quimioterapia e radioterapia nos últimos 3 meses.
- ❖ Deve-se evitar gestação por 30 dias e uso de ácido acetilsalicílico (AAS) por 6 semanas após vacinação.
- ❖ A vacinação no mesmo dia com a vacina contra febre amarela deve ser evitada, intervalando-se 30 dias de uma vacinação para outra.

ROTAVÍRUS

Indicação

Indicada para prevenção de gastroenterites (formas graves de diarreia) causadas por rotavírus.



Via de administração

Oral.

Esquema de aplicação

Duas doses com intervalo de 4 a 8 semanas (desejável), podendo ser aplicada com no mínimo 30 dias entre as doses. Fonte: Google

ATENÇÃO

Limite de idade para a primeira dose: 6 a 15 semanas (1 mês e 15 dias a 3 meses e 15 dias). Última dose até 7 meses e 29 dias.

Eventos adversos

Foram relatados irritabilidade, perda de apetite, diarreia, vômitos, flatulência, dor abdominal, regurgitação de alimentos, febre branda, e fadiga; invaginação intestinal.

IMPORTANTE

Caso a criança regurgite NÃO se repete a dose. Pode ser aplicada simultaneamente e a qualquer intervalo com outras vacinas.

CONTRAINDICAÇÕES

- ❖ Hipersensibilidade conhecida à administração prévia da vacina ou a qualquer componente da vacina.
- ❖ Doenças intestinais crônicas, incluindo malformação congênita do trato gastrointestinal;
- ❖ Imunodeficiência

VACINA PNEUMOCÓCICA 10-VALENTE CONJUGADA

Indicação

Previne infecções produzidas pelo pneumococo tais como: pneumonia, otites e meningites.

Via de administração

Intramuscular.

Esquema de aplicação

1. Início de vacinação abaixo de 7 meses: 4 doses, as 3 primeiras doses com intervalo de 2 meses e a última dose na idade de 15 meses (pode ser aplicada a partir de 12 meses, desde que tenha 2 meses de intervalo da última dose).
2. Início de vacinação entre 7 e 11 meses de idade: 3 doses, as duas primeiras com intervalo de 2 meses e a última na idade de 15 meses (pode ser aplicada a partir de 12 meses, desde que tenha 2 meses de intervalo da última dose).
3. Início de vacinação de 12 a 23 meses de idade: 2 doses com intervalo de 2 meses.
4. Início de vacinação acima de 24 meses: dose única.

Eventos adversos

Podem ocorrer febre, calor e inchaço no local da aplicação. Teoricamente, pode estar associada à convulsão febril. Ocasionalmente, forma-se nódulo subcutâneo.

CONTRAINDICAÇÕES

- ❖ Anafilaxia aos componentes da vacina (inclusive ao látex e proteína diftérica)
- ❖ Doença febril aguda.

DICA

Início de vacinação antes de 24 meses deve ser feita dose única.

VACINA CONTRA POLIOMIELITE

Indicação

Previne a paralisia infantil

Vias de administração

Vírus inativo contra pólio (VIP) que é via intramuscular e vacina oral contra pólio (VOP), administrada de forma oral.



Esquema de aplicação

A VIP é preconizada aos dois e quatro meses de vida e a VOP deve ser administrada aos seis meses de idade com reforço aos 15 meses

Eventos adversos

Paralisia flácida e aguda que se inicia entre 4 a 40 dias após o recebimento da VOP e que apresenta seqüela neurológica compatível com poliomielite 60 dias após o início do déficit motor; meningite asséptica e encefalite; Reação de hipersensibilidade

Fonte: Google

CONTRAINDICAÇÕES

- ❖ Pessoas com imunodeficiência humoral ou mediada por células, neoplasias, uso de terapia imunossupressora.
- ❖ Alergia tipo anafilática a antibióticos contidos na vacina (neomicina, polimixina e estreptomicina).
- ❖ Pólio vacinal associada à dose anterior.

FEBRE AMARELA

Indicação

Previne a febre amarela



Fonte: Google

Esquema de aplicação

Dose única, 0,5 ml subcutâneo, a partir dos nove meses de idade. A dose de reforço deve ser aplicada a cada dez anos.

Eventos adversos

Encefalite, reações de hipersensibilidade; dor no local de aplicação da vacina; doença viscerotrópica aguda; febre, mialgia e cefaléia.

CONTRAINDICAÇÕES

- ❖ Crianças menores de 6 meses de idade
- ❖ Imunodepressão transitória ou permanente, induzida por doenças (neoplasias, aids e infecção pelo HIV com comprometimento da imunidade) ou pelo tratamento (drogas imunossupressoras acima de 2mg/kg/dia por mais de duas semanas, radioterapia etc.)
- ❖ Gestação
- ❖ Reações anafiláticas relacionadas a ovo de galinha e seus derivados ou a outras substâncias presentes na vacina
- ❖ Doenças auto-imunes;
- ❖ Doenças neurológicas.



Fonte: Google

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado do Goiás. Gerência de Imunização e Rede de Frio. Vacina pentavalente caderno do monitor. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação. Brasília, 2008.

CARVALHO, A. M. C. C.; ARAÚJO, T. M. E. Conhecimento dos adolescentes sobre vacina no ambiente da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 65, n. 2, p.229-35, mar./abr. 2012.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Rev.Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n.2, p.323-331, abr./jun. 2005.

OLIVEIRA, V.G. et al. Vacinação: o fazer da enfermagem e o saber das mães e/ou cuidadores. *Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste*. Recife, v. 11, número especial, p. 133-142, 2010.

SILVA, M. L. Guia Prático de Vacinas 2013. Minas Gerais: Hermes pardine, 2013. Disponível em: http://www3.hermespardini.com.br/repositorio/media/site/profissionais_da_saude/manualdevacinas2013_hermespardini.pdf.



5 CONCLUSÃO

Os achados da presente investigação trazem importantes informações em relação ao conhecimento de enfermeiros e médicos atuantes da ESF sobre o calendário de vacinal do primeiro ano de vida. Foi possível observar que a maioria (62,5%) dos profissionais relatou não ter recebido treinamento em sala de vacina, e em consequência, verificou-se pouco conhecimento das vacinas preconizadas às crianças menores de um ano, especialmente quinze meses com o menor índice (22,10%) de respostas corretas, implicando em condutas equivocadas quanto aos motivos de adiamento e contraindicações de vacinação.

Preocupa-se com a questão do percentual de profissionais que participaram de capacitação, pois foi considerada baixa, sendo que menos da metade respondeu ter recebido capacitação. Sugerindo que este fato esteja intimamente relacionado a classificação do conhecimento das duas classes profissionais sobre o calendário de vacinal do primeiro ano de vida, não sendo apontado com adequado em nenhuma das categorias.

Entretanto, na associação e classificação das duas categorias envolvidas no estudo, verificou-se que o enfermeiro demonstrou maior domínio sobre as vacinas do calendário infantil do primeiro ano de vida e consequentemente a classificação do seu conhecimento foi apontado como regular.

O enfermeiro da ESF, sendo o responsável técnico e administrativo pelas atividades em sala de vacina envolver-se mais frequentemente com atividades educativas no âmbito da saúde coletiva, especialmente em áreas técnicas como a vacinação.

Cabe enfatizar também, que esta pesquisa possuiu uma participação maior de enfermeiros, justificando-se pela indisponibilidade e falta de médicos em algumas das equipes, destacando-se este fato como possível viés durante a análise da associação e classificação do conhecimento das duas classes profissionais sobre o conhecimento da vacinação do primeiro.

Por conseguinte, percebeu-se que o conhecimento da categoria médica foi classificado como inadequado. Este fato pode ter associação direta à falta de capacitações e também a pouca utilização de orientações e indicação da vacinação nas suas práticas assistenciais. Cabe a este profissional repensar e utilizar em suas condutas a vacinação, pois se trata de umas das medidas preventivas de maior potencial na atualidade, com baixo custo e alto benéfico a coletividade.

Enfatiza-se que o escopo deste estudo não busca julgar a categoria que possui maiores ou menores percentuais de conhecimentos sobre o calendário vacinal do primeiro ano de vida, visto que, os fatores que permeiam a participação do profissional em atividade de capacitação, são multifacetados, envolvem fatores individuais, gestores de saúde, instituição e organização dos serviços.

É indiscutível a importância das capacitações/treinamentos para a efetividade das ações de vacinação para as crianças do primeiro ano de vida, sendo comprovado através da literatura a sua inter-relação com baixos níveis de vacinação, pois profissionais poucos capacitados cometem mais adiamentos e falsas contraindicações o que aumenta as oportunidades perdida de imunização, diminuindo assim as taxas de coberturas vacinais, e, por conseguinte, deixando a população em geral expostas a contrair doenças que pode ser evitáveis.

Deste modo, os dados deste estudo demonstram que há necessidade de reforço para a educação continua dos profissionais da ESF, especialmente a questões sobre o calendário de vacinação da criança, justificando-se pela complexidade que esta fase mostra-se, quanto aos vários esquemas vacinais e também a constante introdução de imunobiologicos que buscam prevenir o máximo de doenças nesta fase.

Profissionais de saúde capacitados são postos-chaves para o desenvolvimento, fortalecimento das normas de vacinação, melhoria dos programas de imunização e agem diretamente na diminuição das Oportunidades Perdidas de Vacinação, por conter em suas práticas assistenciais maior conhecimento dos aspectos envolvidos nesta ação preventiva, especialmente os motivos reais de adiamentos e falsas contraindicações de vacinação.

Por fim, este estudo aponta para a necessidade de capacitar os profissionais responsáveis pelas imunizações na ESF, no sentido de assegurar os benefícios e qualidade da imunização as crianças de um ano. Espera-se que estes achados possam contribuir para a prática dos profissionais da ESF no que tange aos aspectos corretos da vacinação nesse grupo e que incitem nestes recursos humanos o interesse para treinamentos constantes, especialmente no que tange à imunização, além disso, auxiliar na redução das OPV, secundário a isto, na mortalidade infantil através do alcance das metas globais e nacionais de vacinação. Sugerem-se também, o desenvolvimento de novos estudos que busquem desmistificar minuciosamente os fatores envolvidos nas atividades de capacitação dos profissionais da ESF.

REFERÊNCIAS

AYLWARD, B. 2012 - **Campanha de erradicação da pólio da OMS**. Disponível em: <http://cdf4750.wordpress.com/2012/05/24/oms-lanca-campanha-de-emergencia-global-contr-a-polio/#more-1992>. Acesso em: 02 jun. 2014.

ABREU, M. P. **Um estudo classificatório das ferramentas tecnológicas envolvidas em um processo de gestão do conhecimento**. 2002.186f. Dissertação (Mestrado em Engenharia). Escola de Engenharia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

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

AMBROSINI, V. A.; CARRARO, E. Impacto da vacinação contra rotavírus no Brasil. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 4, p. 411-418, 2012.

ARAÚJO, L. C. **Gestão de Pessoas**. São Paulo: Atlas, 2006.

ARAÚJO, T. M. E. **Vacinação Infantil: conhecimentos, atitudes e práticas da população da área norte/ Centro de Teresina/PI**. 2005. 132f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRJ, Rio de Janeiro, 2005.

ARAÚJO, T. M. E.; CARVALHO, P. M. G.; VIEIRA, R. F. V. Análise dos eventos adversos pós-vacinais ocorridos em Teresina. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.60, n.4, p. 444-448, 2007.

ARAÚJO, T.M.E. et al. Cobertura vacinal e fatores relacionados à vacinação do adolescente residentes na área norte de Teresina/PI. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.12, n.3, p.502-10,2010.

BLOCH, K.V.; COUTINHO, E.S.F. Fundamentos da Pesquisa Epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A.(Org.). **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009. p.173-180.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe técnico da introdução da vacina pentavalente: vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae tipo b (conjugada)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 16p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações 30 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 212 p.

_____. Ministério da Saúde. **Fundação Nacional de Saúde. Manual de rede de frio**. 3ª ed. Brasília: FUNASA; 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Guia de Bolso. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Brasília, 8. ed. 449 p., 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: SVS/Programa Nacional de Tuberculose, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Nota técnica 193/2012. **Alteração da idade pra a administração da vacina tríplice e da vacina oral de rotavírus humano**. Brasília: CGPNI/DEVEP/SVS/MS, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa Nacional de Hepatites Virais. Hepatites Virais**. O Brasil está atendo. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Vacina contra HPV**. Nota técnica nº69/12. Brasília: CGPNI/DEVIT/SVS/MS, 2012c.

_____. **Ministério da Saúde**. 2012. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/ministerio-da-saude-reforca-calendario-de-vacinacao-da-crianca-2/>>. Acesso em: 24 de Out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886/GM/MS de 18 de dezembro de 1997. **Aprova as Normas de Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família**. Diário Oficial da União, 1997

BRAMBILLA, C. I.; MENCHINI, M. **A importância da vacinação infantil**. 2007. Disponível em http://www.prenatal.pt/prenatal/pt/articles/2007/07/article_288.html

CAMPOS, R. M. C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm.** USP [online]. vol.45, n.3, pp. 566-574, 2011. ISSN 0080-6234. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300003>.

CARVALHO, A. M. C. C.; ARAÚJO, T. M. E. Conhecimento dos adolescentes sobre vacina no ambiente da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 65, n. 2, p.229-35, mar./abr. 2012.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDCP. Revised ACIP recommendation for avoiding pregnancy after receiving a rubella-containing vaccine. **MMWR**, v. 50, n. 1117, 2001.

CHIH, W.Y. **Poliomielite**: um guia para entender a erradicação da doença. Campanha End Polio Now. Santa Catarina. Rotary International Distrito 4651, 2012.

COLOMBE, R. M. Oportunidades Perdidas para a Vacinação de menores de 1 ano. **Unimep**. 2011.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. vol.15, n.3, pp. 7-18. 2006. ISSN 1679-4974. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300002>.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n.2, p.323-331, abr./jun. 2005.

CUTOLO, L. R. A. Estilo de pensamento em educação médica: **um estudo do currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC**. 2000.Tese - UFSC, Florianópolis, 2000

DEUS, S. R. M. **Estudo dos procedimentos quanto à conservação das vacinas do Programa Nacional de Imunização em Teresina-PI**. 2011. 101f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia Clínica) – Programa de Pós Graduação em Farmacologia, UFC, Fortaleza, 2011.

DURANTE, A. L. T. C.; DAL POZ, M. R. Saúde global e responsabilidade sanitária brasileira: o caso da erradicação da poliomielite. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100129&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 maio 2014. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140007>.

FRANÇA, A. C. L. **Práticas de Recursos Humanos: conceitos, ferramentas e procedimentos.** São Paulo: Atlas, 2007.

FRANÇA, I. S. X. et al. Cobertura vacinal e mortalidade infantil em Campina Grande, PB, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Paraíba, v. 62, n. 2, p. 258-271, 2009.

FEIJÓ, R. B.; SÁFADI, M. A. Imunizações: três séculos de uma história de sucesso e constantes desafios. **J Pediatr**, São Paulo, v. 82, n. 3, p. 1-3. 2006.

Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. **UNICEF no Brasil.** Nova Iorque (EUA): UNICEF, 2014. Acessado 2010 abr 5. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/overview.html>

FAVIN, M. et al. Why children are not vaccinated: a review of the grey literature. **Int Health.**, v. 4, n. 4, dez, p. 229-38, 2012.

Global Alliance (GAVI). About the Alliance. Genebra: GAVI, 2014. Disponível em: <http://www.gavialliance.org/about/>. Acessado em: Junho de 2014.

Global Health Alliance, Bill & Melinda Gates Foundation - BMGF. **Bill and Melinda Gates Foundation Global Health Grants.** Seattle: BMGF, 2013. Disponível em: <http://www.wghalliance.org/Opportunities/GrantsandFellowships/GrantsDetailPage/tabid/82/ArticleId/306/Bill-and-Melinda-Gates-Foundation-Global-Health-Grants.aspx#sthash.5WAeDS4k.dpuf>. Acessado em: Junho de 2014.

GENTILE, Á. et al. Delayed vaccine schedule and missed opportunities for vaccination in children up to 24 months. A multicenter study. **Arch Argent Pediatr.** Argentina, v. 109, n. 3, jun, p. 219-25, 2011.

GUIMARÃES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 868-876, abr, 2009

GUYTON, A.C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica.** 10. ed .Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HARDON, A.; BLUME, S. Shifts in global immunization goals (1984-2004): unfinished agendas and mixed results. **Soc Sci Med**, v. 60, n. 2, p. 345-356, 2005.

HOMMA, A. et al. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.16, v. 2, p. 445-458, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a08.pdf>

Instituto Sabin. Quem Somos. Washington: Instituto Sabin, 2014. Disponível em: <http://institutosabin.org.br/site/quem-somos/>. Acessado em: Junho de 2014.

LUNA, G. L. M. et al. Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 513-521, 2011.

MALUF, E. M. C. P.; FARHAT, C. K. Calendário vacinal. In: FARHAT, C. K. et al. **Imunizações: fundamentos e prática**. 5ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2010.

MELLO, D. F. et al. Seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família. **Acta paul. enferm.** [online]. vol.22, n.6, pp. 748-754, 2009. ISSN 0103-2100. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000600004>.

MIRANDA, A. S. et al. Avaliação da cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 208-14. 1995.

MOLINA, A. C. et al. Situação vacinal infantil e características individuais e familiares do interior de São Paulo. **Acta Sci. Health Sci**. Maringá, v. 29, n. 2, p. 99-106, 2007.

NASCIMENTO, D. R. As campanhas de vacinação contra a poliomielite no Brasil (1960 – 1990). **Ciência da Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 501-511, 2011.

NASCIMENTO, D. R. As campanhas de vacinação contra a Poliomielite no Brasil (1960-1990). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 501-511, fev. 2011.

NOVAES, H. M. D.; CARVALHEIRO, J. R. Ciência, tecnologia e inovação em saúde e desenvolvimento social e qualidade de vida: teses para debate. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de janeiro, v. 12, n. suplemento, p. 1841-1849, nov. 2007.

NERGER, M. L. B. R. A atuação do enfermeiro na imunização. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 10, n 3, jun, 2010. Disponível em: <<http://www.nursing.com.br/article.php?a=978>>.

NEWTON, B. Oportunidades perdidas. **Rev. Para. Med.** Paraná, v. 21, n. 2, jun, p. 61-62, 2007.

OLIVEIRA, V.G. et al. Vacinação: o fazer da enfermagem e o saber das mães e/ou cuidadores. **Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste**. Recife, v. 11, n. suplementar, p. 133-142, 2010

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Simpósio internacional sobre inmunización contra el sarampión**. Washington, Publicación científica n. 477, 326p, 1985.

Organização Mundial da Saúde - OMS. **International travel and health**. Genebra: WHO, 2014. Acessado 2010 abr 5. Disponível em: <http://www.who.int/ith/vaccines/en/>.

PAULO, E. F. **Oportunidades Perdidas de Vacinação em crianças menores de dois anos de idade, ocorridas nas salas de vacinação, das unidades de saúde da região norte do município de São Paulo**. 2010. 152f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós – Graduação em Ciências e Controle de Doenças. Secretaria de Estado de São Paulo, São Paulo, 2010

PEREIRA, M. A..D.; BARBOSA, S. R. S. O cuidar de enfermagem na imunização: os mitos e a verdade. **Revista meio ambiente e saúde**, Manhauçu, v. 2, n. 1, p. 76-88, 2007.

PAULO, F. E. **Oportunidades perdidas de vacinação em crianças menores de dois anos de idade, ocorridas nas salas de vacinação, das unidades de saúde da região norte do município de São Paulo**. SES – CVE - São Paulo, 2010.

PERÚ. Ministerio de Salud de Perú. **Como eliminar las oportunidades perdidas de vacunación**: manual operativo. Lima: Peru. Ministerio de Salud. 1993. p.16.

QUEIROZ, L. L. C. **Inquérito Domiciliar sobre a cobertura vacinal do esquema básico até o segundo ano de vida**. 2011. 51f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Materno – Infantil) – Programa de Pós- Graduação em Saúde Materno Infantil, UFMA, São Luís, 2011

REY, L. C. **Oportunidades perdidas de vacinação em um hospital infantil de Fortaleza**. **Jornal pediatria** (Rio J), n. 72, v.1, p.9-13, 1996. Disponível em http://www.jped.com.br/conteudo/96-72-01-09/port_print.htm

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciênc**

Saúde Coletiva. v.11, n.3, p.713-24. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/a04v22n6.pdf>

RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S. Práticas e crenças do médico de família. **Rev Bras Educ Med**, v. 28, n. 3, p. 190-197. 2004

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, n.1, pp. 23-34. ISSN 1413-8123. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100007>.

ROSSATO, E. M. **Cobertura vacinal contra hepatite B em profissionais de saúde de um município de médio porte da região nordeste de Rio Grande do Sul.** 2009. 90 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Programa de pós- Graduação em Medicina, UFRGS, Porto Alegre, 2009

ROTARY INTERNATIONAL. **The Rotary Foudation.** Disponível em: <http://www.rotary.org>>. Acesso em: 02 jun. 2014.

SÁ, S. M. **Oportunidades perdidas de vacinação em um hospital pediátrico de referência no Estado do Rio de Janeiro:** uma análise exploratória. 2005. 135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005

SANTOS, D. M. et al. Avaliação normativa da ação programática imunização nas equipes da estratégia saúde da família do município de Olinda, Estado de Pernambuco, Brasil em 2003. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** São Paulo, v. 15, n. 3, p. 29-35, 2006

SANTOS, P. C. F; BOHLAND, A. K; PAIXÃO, A. C. Oportunidade perdidas de vacinação em hospital de referência pediátrica em Aracajú (SE), Brasil. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 12, n. 1, p. 29-38. jan./ mar. 2009

SILVA, D. G. A. **Programa de imunização infantil em Umuarama-PR:** um estudo dos fatores associados a atrasos de vacinação. 2010.103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – programa de pós- graduação em saúde coletiva, UERJ, Rio de Janeiro. 2010

TERTULIANO, G. C.; STEIN, A. T. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, fev. 2011.

The Bill & Melinda Gates Foundation. Grantseeker faq. Seattle: BMGF, 2014. Disponível em: <http://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/General-Information/Grantseeker-FAQ>. Acessado em: Junho de 2014.

VALENTIM, I. V. L.; KRUE, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. Rev. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 777-788, 2007.

WHO - World Health Organization. **Global Polio Initiative** - Monovalent oral polio vaccines - Fact Sheet 2005. Disponível em: <http://www.polioeradication.org/factsheets.asp>

WHO - World Health Organization. Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. World Bank. **State of the world's vaccines and immunization**. 3. ed. Geneva: WHO; 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNINOVAFAPI CENTRO UNIVERSITÁRIO

MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Formulário N° I _____ I

Data da Entrevista: / /

Nome do Entrevistador(a): _____

PARTE 1 – DADOS PESSOAIS

Eu vou iniciar o questionário com algumas perguntas sobre você. Escreva o nº correspondente no colchete da 2ª coluna (ao lado).

1. Categoria profissional: 1 Enfermeira 2. Médico	!__!
2. Sexo: 1 Masculino 2. Feminino	!__!
3. Quantos anos você tem?	!__!
4. Você tem quanto tempo de formação acadêmica?	!__!
5. Há quanto tempo atua na Estratégia Saúde da Família?	!__!
6. Possui especialização ou residência: 1Sim 2. Não	!__!
7. Caso sim, qual? _____	
8. Possui capacitação em sala de vacina? 1. sim 2. não	!__!
9.Em caso afirmativo, quando foi realizada? _____	

PARTE 2 - DADOS RELACIONADOS AO CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO INFANTIL

Fique à vontade para responder apenas o que sabe. Não fique constrangido(a) se não estiver sabendo responder. Lembramos que o formulário é anônimo e que nada fugirá ao âmbito da pesquisa e que logo após esta etapa, você receberá a orientação adequada.

1.Relacione no quadro abaixo as vacinas do calendário infantil conforme a idade da criança.

IDADE	VACINAS
Ao nascer	
2 meses	
3 meses	
4 meses	
5 meses	
6 meses	
7 meses	
9 meses	
12 meses	
15 meses	

PARTE 3 - DADOS RELACIONADOS AOS ADIAMENTOS, CONTRAINDICAÇÕES E EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAIS

Escreva o(s) nº correspondente(s) a resposta correta na coluna ao lado. Resposta múltipla. Então, pode escolher mais de uma se achar necessário.

2. São motivos de adiamento das vacinas: 1. Febre baixa 2. Desnutrição 3. Infecções respiratórias do trato superior 4. uso de qualquer tipo de antimicrobiano; 5 vacinação contra a raiva; 6. Uso de corticosteroide independente da dose, 7. Prematuridade 8. Outros: especificar _____	
3. São motivos de contraindicação permanente da vacina: Convulsões febris após ter recebido uma dose da mesma vacina anteriormente 2. Doenças neurológicas 3. Imunodepressão 4. Choque hipotônico hiporresponsivo após ter recebido uma dose anterior da mesma vacina 5. Choque anafilático após receber a vacina 6. Abscesso subcutâneo produzido pela vacina 7. Reações imunoalérgicas tardias após recebimento da vacina 8. Outros: especificar _____	
4. São Eventos Adversos Pós Vacinais da vacina BCG: 1. Nódulos axilares não supurados 2. Nódulos axilares supurados 3. Tuberculose 4. Abscesso subcutâneo frio 5. Reação lupóide 6. Outros: especificar _____	
5. São Eventos Adversos Pós Vacinais da vacina contra pólio oral: 1. Poliomielite vacinal 2. Vômitos incoercíveis 3 Outros: especificar _____	
6. São Eventos Adversos Pós Vacinais da vacina tetravalente e/ou pentavalente: 1. Episódio hipotônico hiporresponsivo 2. Febre alta, geralmente por 2 ou 3 dias 3. Febre alta, geralmente por uma semana ou mais 4 Convulsão febril, reações locais moderadas 5. Abscessos subcutâneos 6. Outros: especificar _____	
7. São Eventos Adversos Pós Vacinais da vacina Tríple viral (VTV): 1 Febre 2. Exantema 3. Dores articulares	
8. São Eventos Adversos Pós Vacinais da vacina Meningocócica: 1. Vômitos incoercíveis 2. Febre alta 3. Reações locais moderadas 4. Meningite 5. Outros: especificar _____	
9. São Eventos Adversos Pós Vacinais da vacina Pneumocócica: 1. Pneumonia, otites e meningite 2. Asma 3. Febre alta 4. Outros: especificar _____	
10. São Eventos Adversos Pós Vacinais da vacina Febre Amarela: 1. Febre alta 2. Dores articulares 3. Sinais hemorrágicos 7. Outros: especificar _____	
11. São condutas frente a qualquer Evento Adverso Pós Vacinal 1. Notificar somente os casos mais graves 2. Hospitalizar o paciente diante de qualquer sinal de evento adverso 3. Investigar a correlação com o tempo e a vacina administrada 4. Outros: especificar _____	
12. São condutas frente ao aparecimento de abscesso subcutâneo frio após administração da BCG 1. Notificar e investigar 2. Compressas de água fria no local afetado 3. Administração de Isoniazida na dose de 10mg/kg 4. Tratar como qualquer abscesso subcutâneo 5. Outros: especificar _____	

13. São condutas frente ao aparecimento de abscessos subcutâneos quentes após administração da BCG 1. Notificar e acompanhar 2. Tratamento com antimicrobiano 3. Compressas locais com água fria 4. Outros: especificar _____	
14. São condutas frente ao aparecimento de nódulo axilar não supurado após administração da vacina BCG 1. Notificar e acompanhar 2. Administrar isoniazida 3. Orientar retorno 4. Compressas locais com água quente 5. Outros: especificar _____	
15. São condutas frente ao aparecimento de nódulo axilar supurado após administração da vacina BCG 1. Notificar e investigar 2. Realizar incisão ganglionar com exereses 3. Administrar Isoniazida na dose de 10mg/kg até a involução 4. Outros: especificar _____	
16. São condutas frente a um episódio hipotônico hiporresponsivo após administração da tetravalente 1. Notificar e investigar 2. Continuar o esquema DTP acelular 3. Administrar antitérmicos 4. Outros: especificar _____	
17. São condutas frente ao aparecimento de convulsões após a administração da tetravalente 1. Prestar atendimento no momento da crise 2. Notificar e investigar 3. Prosseguir o esquema com DTP acelular 4. Outros: especificar _____	
18. São condutas frente ao aparecimento de reações imunoalérgicas leves após administração de uma vacina 1. Notificar e investigar 2. Oferecer líquidos com frequência 3. Administração de anti-histamínico ao paciente. 4. Suspender dose subsequente da vacina 5. Outros: especificar _____	
19. São condutas frente ao aparecimento de choque anafilático após administração de uma vacina: 1. Prestar atendimento no momento da crise 2. Notificar e investigar 4. Contraindicar doses 5. Substituir a vacina por outra acelular 6. Outros: especificar _____	

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à **dignidade humana** exige que toda pesquisa se processe após **consentimento livre e esclarecido dos sujeitos**, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (IV, da Res. 466/12, do CNS). Para melhor esclarecer-lhe, de acordo com a Resolução 466/12, do CNS, é vedada ao responsável e ao participante pesquisado, individual ou coletivamente, **de caráter voluntário, qualquer forma de remuneração**. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pela pesquisa sobre qualquer dúvida que tiver.

O (a) Senhor (a) está sendo consultado se autoriza o (a) menor que está sob sua responsabilidade e, que se encontra em atendimento nesta Clínica, a participar de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer autorizar ou não a inclusão do (a) menor como sujeito de pesquisa. Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de autorizar a participação do (a) menor como sujeito da pesquisa, assine este documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. **Você poderá retirar a autorização ou o (a) menor poderá recusar-se em participar de imediato e a qualquer tempo sem que com isto haja qualquer penalidade.**

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:

Projeto de Pesquisa intitulado: CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A VACINAÇÃO INFANTIL.

Pesquisador Responsável: Prof^a. Dr^a Eliana Campêlo Lago.

Pesquisador participante: Isabela Bastos Jácome de Souza

O (a) Senhor (a) está sendo consultado sobre a autorização para a participação do menor sob sua responsabilidade, caso ele concorde, em participar como sujeito da pesquisa intitulada CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A VACINAÇÃO INFANTIL. A pesquisa tem como objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma região de saúde do Piauí, sobre o calendário vacinal no primeiro ano de vida e será realizada durante o período de novembro a janeiro de 2014. Os dados serão obtidos por meio de questionário contendo itens relacionados a aspectos como categoria profissional, especialização, tempo de formação, tempo de experiência na Estratégia Saúde da Família, capacitação sobre vacinação, conhecimento do calendário vacinal das crianças no 1º ano de vida, contraindicações e eventos adversos pós-vacinais. No final será elaborado um manual com as vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde do 1º ano de vida, contraindicações e possíveis eventos adversos para os profissionais da Estratégia Saúde da Família. É importante sua participação a fim de contribuir para os serviços de saúde, especialmente para a melhoria dos programas de imunização, por chamar a atenção para o fato de quanto o conhecimento insuficiente sobre o calendário vacinal das crianças pode afetar a sua cobertura vacinal, e, por conseguinte, deixá-las expostas a contrair doenças evitáveis por imunizantes. A pesquisa será realizada pela pesquisadora Isabela Bastos Jácome de Souza sob orientação da Dra. Eliana Campêlo Lago. No estudo a identidade do (a) profissional será mantida em sigilo. Como benefício, o estudo possibilitará identificar o conhecimento dos profissionais sobre o calendário vacinal das crianças no 1º ano de vida, contraindicações e eventos adversos pós-vacinais a fim de melhorar as coberturas vacinais que ainda são insatisfatórias. Não haverá qualquer forma de pagamento ou gratificação financeira pela participação no estudo e caso o (a) senhor (a) se recuse a participar sua vontade será respeitada sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. A sua participação ocorrerá apenas em um único momento, no dia da coleta de dados através da apresentação de respostas ao questionário pelo pesquisador responsável. Contudo, o (a) senhor (a) terá acesso em qualquer momento antes, durante e após a realização de coleta de dados ao pesquisador responsável e participante na pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, inclusive através de ligações a cobrar, conforme contatos a seguir apresentados.

Pesquisador responsável: Dra. Eliana Campêlo Lago; telefone (86) 94052535; e-mail: elianalago@ig.com.br

Pesquisadora participante Isabela Bastos Jácome de Souza; telefone (86) 99212907; e-mail: isabelinhajacom@hotmail.com

Os pesquisadores comprometem-se, por meio deste termo, em respeitar os seguintes princípios éticos:

- Não divulgar o nome das pessoas que participarem deste estudo, seja no seu decorrer ou no seu encerramento;
- Não fornecer, em hipótese alguma, cópia de informações obtidas a pessoas estranhas, além do grupo de pesquisa.
- Permanecer acessíveis em qualquer etapa da pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou desistência do consentimento.

Eliana Campêlo Lago (CPF: 22902848315)

Isabela Bastos Jácome de Souza (CPF: 00769465331)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG (CPF/ nº de prontuário/ nº de matrícula s/n) _____, abaixo assinado, responsável pelo menor _____ autorizo sua participação voluntária como sujeito de pesquisa no projeto de pesquisa intitula CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A VACINAÇÃO INFANTIL, que tem como pesquisadora principal Eliana Campêlo Lago. Declaro que tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, informações sobre objetivos, procedimentos e benefícios da pesquisa, a ausência de desconfortos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, em conformidade com o estabelecido na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Declaro, ainda, Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador (a) _____ sobre a pesquisa e sobre minha decisão em autorizar o (a) menor a participar desse estudo como sujeito de pesquisa e, sobre a possibilidade de a qualquer momento (antes ou durante a mesma) recusar-me a permitir a participação do (a) menor da pesquisa em referência, sem penalidades e/ou prejuízos, retirando o nosso consentimento. Ficou claro também que sua participação é isenta de despesas, que não implica em riscos, dor ou dano para a criança, e que tem garantia do acesso à pesquisa em qualquer tempo. Em caso de dúvida, sou ciente de que podemos procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAP. Concordo em autorizar a participação **voluntária** nesta pesquisa do menor sob minha responsabilidade. Eu, _____ obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa ou representante legal para a participação da pesquisa.

_____, ____ de ____ 20____

Assinatura do pesquisado

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador participante

Observações Complementares:

Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UNINOVAFAP, Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Bairro Uruguai, CEP: 64057-100, telefone: 2106 – 0726, ou pelo e-mail cep@uninovafapi.edu.br

ANEXO B**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA REGIONAL DE SAÚDE DE FLORIANO-PI**

Teresina, 03 de agosto de 2013

Coordenação Regional de Saúde de Floriano,

Eu, Eliana Campêlo Lago, orientadora e responsável principal pelo projeto de pesquisa do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro Universitário UNINOVAFAPI, da orientanda Isabela Bastos Jácome de Souza, venho solicitar autorização, para realizar coleta de dados, por meio de entrevista, aos profissionais médicos e enfermeiros da regional de saúde deste município. O trabalho de pesquisa intitulado: **“CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A VACINAÇÃO INFANTIL”**, tem como objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre o calendário vacinal no primeiro ano de vida. Informo que após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPI, a coleta de dados será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Secretaria. Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Contato do pesquisador principal: elianalago@ig.com.br Fone: 9405-2535

Contato da orientanda: isabelinhajacome@hotmail.com Fone: 99212907

Atenciosamente,

Assinatura da Orientadora
CPF: 22902848315
Instituição: Centro Universitário UNINOVAFAPI

**FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A VACINAÇÃO INFANTIL

Pesquisador: ELIANA CAMPÊLO LAGO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25174713.7.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 485.148

Data da Relatoria: 06/12/2013

Apresentação do Projeto:

Esta é uma pesquisa de natureza quantitativa, seccional, a ser desenvolvida por meio de inquérito. Os estudos seccionais se caracterizam pela observação de uma quantidade selecionada de indivíduos em uma única oportunidade, ou seja, em um único instante de cada indivíduo (BLOCH; COUTINHO, 2009). O presente estudo será desenvolvido na sede de um dos Territórios de Desenvolvimento, denominado Tabuleiro do Alto Parnaíba, cuja sede é Floriano. Este território, o qual foi aleatoriamente sorteado é composto por 12 municípios e uma população de 80.859 habitantes. Dispõe de dois hospitais estaduais, oito hospitais de pequeno porte (HPP) e 137 leitos do SUS. O município de Floriano é localizado na região sul do estado, no médio Parnaíba e tem uma população de 57.690 habitantes (IBGE, 2010). A população será constituída por médicos e enfermeiros que compõem a ESF da região, que se disponham a participar do estudo. Considerando que a região de saúde do estudo é comporta por 12 municípios e que em cada um deles tem no mínimo uma equipe inserida na ESF, sendo que o município sede dispõe de 29 equipes, o segundo maior município de seis e o terceiro, quatro, totalizando 39 equipes, o estudo deverá contar com a participação de 39 médicos e 39 enfermeiros. A escolha das duas

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Francisco Jerzai Coelho Matos
Coordenador do
CEP-UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 485.148

categorias profissionais ocorreu em virtude de serem as duas mais diretamente envolvidas com processo de vacinação. O critério de exclusão será estar afastado dos municípios por licença ou férias ou outro motivo, por ocasião das entrevistas. Serão levantados dados referentes à caracterização pessoal (idade, sexo, estado civil, local de residência) e profissional (categoria profissional, tempo de graduado, pós graduação, treinamento em

imunização, tempo de trabalho na ESF) e dados relativos ao conhecimento sobre o calendário vacinal da criança menor de ano (vacinas indicadas segundo a idade da criança, contra indicações, adiamentos temporários, condutas frente a eventos adversos pós-vacinais). Os dados serão coletados no período de dezembro a fevereiro de 2014, pela própria mestrande e por enfermeiros da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), com capacitação específica em sala de vacina e previamente treinados com relação aos objetivos do estudo. Utilizar-se-á questionários previamente testados com o objetivo de aperfeiçoar a sua qualidade. Os dias da coleta serão previamente marcados de acordo com a conveniência dos profissionais a serem investigados, porém, dentro de um cronograma da pesquisa, de modo a interferir o mínimo possível na dinâmica das atividades dos participantes e ao mesmo tempo viabilizar operacionalmente a pesquisa. Para tanto, antecipadamente será enviada uma carta para informar aos participantes, gestores municipais e das Unidades de Saúde da Família sobre o estudo e procedimentos que serão utilizados. Optar-se-á pela construção de uma caixa tipo urna, que será construída pela própria pesquisadora, onde os questionários após respondidos devem ser depositados com a finalidade de reduzir possíveis constrangimentos, frente ao não conhecimento das questões da pesquisa e, por conseguinte, minimizar os vieses. A disponibilidade da urna facilitará o trabalho de coleta, uma vez que os profissionais poderão se sentir mais à vontade para responderem às questões. Metodologia de Análise de Dados: Inicialmente será realizada a organização dos dados mediante a revisão manual dos questionários. As respostas das perguntas abertas serão codificadas, para facilitar as análises. A seguir será construído um banco de dados, com posterior checagem dos mesmos, com o objetivo de corrigir as inconsistências. Utilizar-se-á o software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 19.0. Os dados serão explorados por meio das técnicas univariadas e bivariadas, e submetidos a teste de normalidade por meio do Kolmogorov-Smirnov, para observar o padrão de normalidade da distribuição. Logo após, testes apropriados a distribuição das variáveis serão empregados. Adotar-se-á o nível de significância de 5% para o risco de falsa rejeição da hipótese nula.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Francisca Tereza Coelho Muros
Coordenadora
EP UNINOVAFAP

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 485.148

Saúde da Família de uma região de saúde do Piauí, sobre o calendário vacinal no primeiro ano de vida.
Objetivo Secundário: Elaborar um manual com as vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde do primeiro ano de vida, contra indicações e possíveis eventos adversos para os profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

De acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa que envolve seres humanos envolve riscos, podendo este ser imediato ou tardio e comprometer o indivíduo participante ou a coletividade. Assim os participantes deste estudo poderão sentir desconfortos em compartilhar informações pessoais ou confidenciais e em alguns tópicos ficarem constrangidos em falar. Neste sentido, esta pesquisa buscará minimizar ao máximo os possíveis riscos ou desconfortos para os participantes, vez que, a coleta de dados será realizada através de questionários e todos os participantes terão seu anonimato assegurado, e serão esclarecidos quanto ao direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer ônus, seguindo todas as considerações éticas citadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Benefícios:

Os benefícios relacionados com a realização do estudo possibilitarão avaliar o conhecimento dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre a vacinação infantil, contra indicações e efeitos e adversos. Além disso, os resultados da pesquisa possibilitarão verificar se a imunização está sendo realizada de forma preconizada pelo Ministério da Saúde e a real necessidade de treinamentos para os profissionais da

Estratégia Saúde da Família sobre os imunobiológicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa relevante porque poderá contribuir para os serviços de saúde, especialmente para a melhoria dos programas de imunização, por chamar a atenção para o fato de que o conhecimento insuficiente sobre o calendário vacinal das crianças, pode afetar a sua cobertura vacinal, e, por conseguinte, deixá-las expostas a contrair doenças evitáveis por imunizantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados ao protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Francisco Tereza Coelho Mutoz
Coordenadora do
CEP-UNINOVAFAP

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 485.148

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluiu-se pela aprovação do protocolo de pesquisa porque o mesmo está elaborado de acordo com a Resolução CNS 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado considerou que o protocolo de pesquisa encontra-se aprovado, porque o mesmo está elaborado de acordo com a Resolução CNS 466/2012.

Francisca Tereza Coelho Matos
TERESINA, 09 de Dezembro de 2013
Coordenadora do
CEP UNINOVAFAPI

Assinador por:
FRANCISCA TEREZA COELHO MATOS
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI **Município:** TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 485.148

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluiu-se pela aprovação do protocolo de pesquisa porque o mesmo está elaborado de acordo com a Resolução CNS 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado considerou que o protocolo de pesquisa encontra-se aprovado, porque o mesmo está elaborado de acordo com a Resolução CNS 466/2012.

Francisca Tereza Coelho Matos
TERESINA, 09 de Dezembro de 2013
Coordenadora do
CEP UNINOVAFAPÍ

Assinador por:
FRANCISCA TEREZA COELHO MATOS
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br