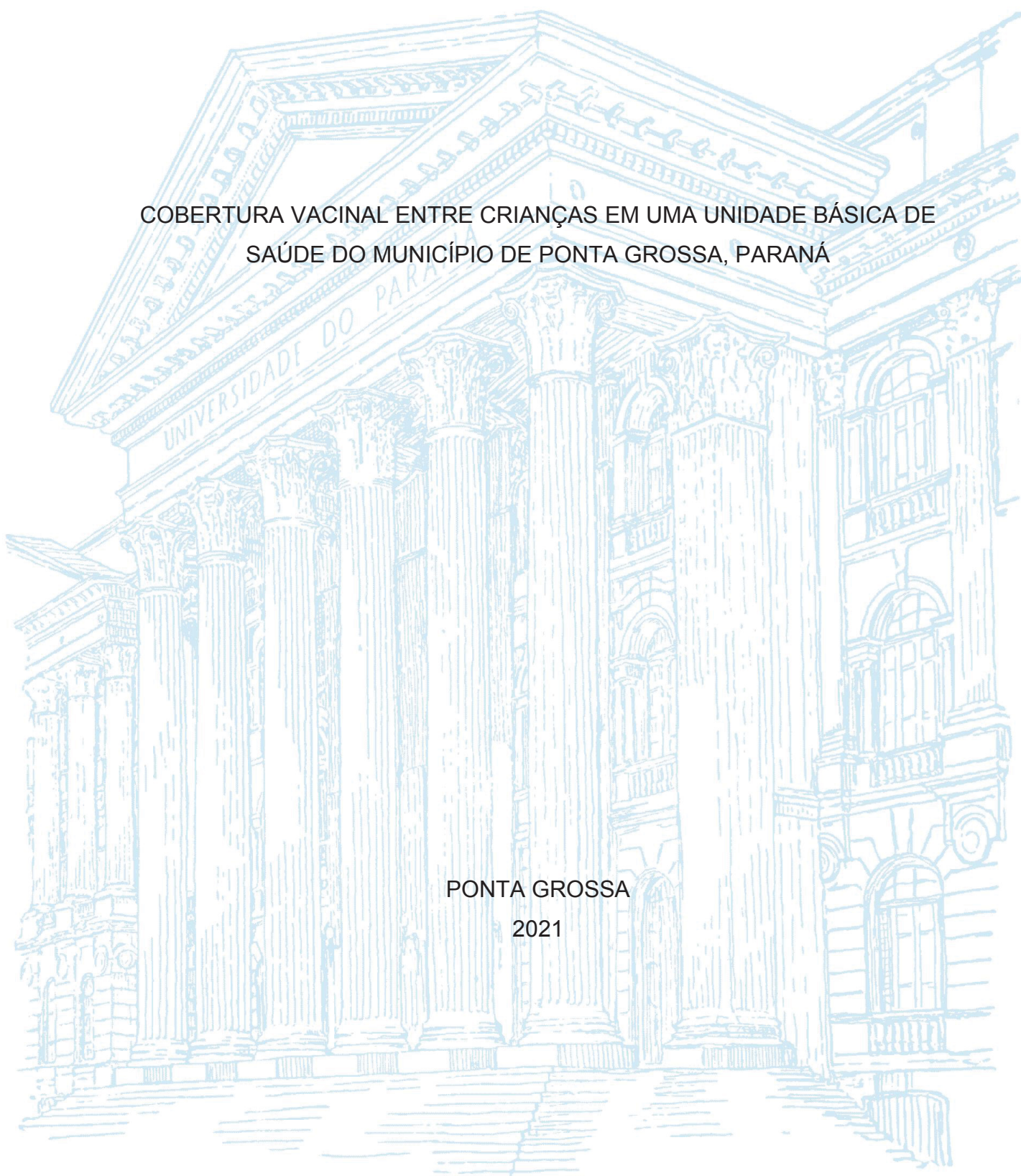


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALESSANDRA VEIGA CAMPOS

COBERTURA VACINAL ENTRE CRIANÇAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA, PARANÁ

PONTA GROSSA
2021



ALESSANDRA VEIGA CAMPOS

COBERTURA VACINAL ENTRE CRIANÇAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA, PARANÁ

TCC apresentado ao curso de Pós-graduação em
Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná, como requisito
parcial à obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica.

Orientadora: Profa. Dra: Sandra Mara Alessi

PONTA GROSSA

2021

Dedico este trabalho à minha família, por estar sempre presente em todos os momentos;

Ao meu amigo, Plínio Henrique de Castro Cezarino, por ter aceitado o desafio de mudar para uma cidade nova e iniciar nossa trajetória como médicos;

Ao meu amigo, Gabriel Roman de Souza, e sua família pelo apoio nessa mudança;

E a todos os meus colegas e amigos do Programa Mais Médicos que compartilharam suas alegrias e angústias nesses quase 3 anos de Programa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Equipe de Saúde do Javier Arzabe, em especial às Agentes Comunitárias de Saúde, Rosicléia, Cleunice e Joseane, pela parceria e comprometimento com o trabalho na promoção e prevenção de saúde da comunidade do Vila Real e Boreal.

RESUMO

A cobertura vacinal entre as crianças é um importante indicador de saúde de uma população e é reflexo das condições sociais de sua comunidade. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) do presente estudo, a taxa de cobertura vacinal em 2019 foi 63%, com um índice menor nas crianças até 1 ano de idade, 55%, ficando abaixo dos índices nacional, regional e estadual. Essa é uma população vulnerável e a desinformação veiculada, principalmente, pelas mídias digitais faz com que a intervenção da Equipe de Saúde tenha papel fundamental na mudança desse quadro na adversidade local. Aumentar a cobertura vacinal dentre as crianças assistidas pela Equipe da Unidade Básica foi o objetivo desse projeto de intervenção. Utilizou-se da pesquisa ação para desenvolver o trabalho. Ações informativas durante a sala de espera, orientações às mães nas consultas de Pré-Natal e Puericultura e busca ativa realizada pelas Agentes Comunitárias (ACS) durante as territorializações foi a metodologia de escolha. No entanto, diante da pandemia covid-19, o plano de intervenção sofreu mudanças e as ações principais foram a busca ativa e as orientações em consulta, aliadas a ferramenta importante fornecida pela gestão do caminhão da vacina, que vai até a UBS toda última sexta-feira do mês. Com isso, apesar da queda da cobertura vacinal nacional, regional e estadual, na população de crianças atendidas pela UBS, a cobertura vacinal, no ano de 2020, foi de 90,5%, e de até 96,5% nas crianças menores de 1 ano, com um aumento de 75% em relação ao ano anterior nessa faixa etária. Mesmo as ações, para aumento da cobertura vacinal, tendo sido limitadas, praticamente, à busca ativa realizada pelas ACS, pois diante da conjuntura da crise sanitária, houve dificuldades para realizar as outras medidas. Por outro lado, a orientação por parte dos profissionais da saúde se mostrou bastante efetiva na melhoria desse indicador.

Palavras-chave: Cobertura vacinal. Crianças. Unidade Básica de Saúde. UBS. Ações. Ações informativas. Covid-19.

ABSTRACT

The vaccination coverage among children is an important indicator of the health of a population and reflects the social conditions of its community. In an Basic Health Unity (BHU) of the present study, the vaccination coverage rate in 2019 was 63%, within 55% among children less than a year old, taxes below the national, region and state indices. The vulnerability and the misinformation, especially by the digital medias, has pointed out the crucial role played by the Primary Health Care Providers to change these numbers, despite the local adversity. Increasing the vaccination coverage among children assisted by the Health Care Providers was the objective of this intervention project. Informative actions in the waiting rooms, mother's orientation on prenatal and childcare consultation and active search by Community Health Agents (CHA) in territorializations was the methodology of choice. However, face the covid-19 pandemic, the intervention prospect has been changed and the main actions were the active search and the orientation at the consultation, alongside the truck of vaccination, an important measure taken by the city's health administration. On the last Friday of every month, the truck visited the BHU. Therefore, contrary the decrease of national, region and state's vaccination coverage, among the children assisted on BHU, in 2020, the rate was 90,5%. Considering children less than a year old, there was an increase of 75% compared to the year before, 96,5% of the children were vaccinated. Even though the actions to increase the vaccination have been limited to practically the active search by the CHA, since the other actions happened occasionally or not. On the other hand, the Primary Health Care Providers' orientation has shown to be remarkably effective to improve this indicator.

Keywords: Vaccination coverage. Children. Basic Health Unity. BHU. Actions. Informative Actions. Covid-19.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – CALENDÁRIO VACINAL 2020**Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – COBERTURAS VACINAIS EM 2019 E 2020 NO BRASIL, REGIÃO SUL E PARANÁ.....	24
GRÁFICO 2 – COBERTURA VACINAL ENTRE CRIANÇAS DO TERRITÓRIO DE UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA, PARANÁ.....	27

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO E FERRAMENTA AVALIATIVAS.....	19
QUADRO 2 – ESTRATÉGIAS PARA SOLUCIONAR O PROBELMA. Erro! Indicador não definido.	

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVOS	18
3.1	OBJETIVO GERAL	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4	METODOLOGIA.....	19
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
5.1	VACINAS E IMUNIZAÇÃO	22
5.2	UM CASO DE SUCESSO DA SAÚDE PÚBLICA: O PNI E A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	22
5.3	COBERTURA VACINAL NO BRASIL E NO PARANÁ.....	24
5.4	DESAFIOS PARA A COBERTURA VACINAL	25
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
7.1	RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	30
	REFERÊNCIAS	31
	APENDICE	32

1 INTRODUÇÃO

“...ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde” (ROUQUAYROL e GOLDBAUM, 2003).

Na sua definição, a epidemiologia se faz a ferramenta mais importante nos serviços de saúde. Os números se traduzem em indicadores que no dia a dia norteiam nosso trabalho e servem de base para traçar objetivos e metas na simbiose entre comunidade e a Unidade Básica de Saúde (UBS). Infelizmente, os últimos dados epidemiológicos do município de Ponta Grossa datam do ano 2013 no Datasus, no entanto, num trabalho articulado de equipe com a territorialização realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), é possível um diagnóstico atual da comunidade por meio da alimentação do Sistema de prontuário eletrônico e produção, o e-Sus, diariamente.

A UBS e o Perfil Socioeconômico de sua população assistida

A Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada em um dos bairros, mais vulneráveis da cidade de Ponta Grossa/PR, o Boratto, que faz parte da área de abrangência do Nova Rússia para a Atenção primária do município.

A área 75 corresponde a microárea da Vila Real e Boreal, é uma região com 1232 domicílios, 1 comércio e 3 estabelecimentos, escolas, creche, ficam na outra área do bairro. Esses domicílios são, na sua maioria, casas próprias de alvenaria com revestimento, com metade de chão batido e metade de pavimento, com energia elétrica, rede coletora de esgoto ou pluvial e água encanada, porém, mais da metade não tem água tratada. A renda familiar da maioria é de até 2 salários-mínimos com um grau de escolaridade entre o ensino fundamental e médio.

Estima-se que são realizados cerca de 2500 atendimentos mensalmente segundo dados da Secretaria Municipal da Saúde. Com um território cadastrado de aproximadamente 7.000 pessoas e em expansão, com a construção de novos condomínios habitacionais na área, hoje, são 2 equipes de estratégia de saúde da família (ESF) que atendem essa população. O fluxo de atendimento, na UBS, se

inicia com o acolhimento dos usuários que são distribuídos para consultas agendadas com médicos e enfermeiras, coleta de exames e demanda espontânea do dia. Paralelo a esse fluxo, há o fluxo de atenção odontológica, no período, manhã, todos os dias, com consultas marcadas e urgências do dia e o fluxo de atenção farmacêutica, que conta com uma farmacêutica, pois são dispensados medicamentos de quase todas as categorias e, também, insulina. Estamos inseridos na política dos núcleos de apoio a saúde da família (NASF) por meio das assistências de Nutrição com encaminhamentos a outras unidades e, em locu, com o apoio do Serviço Social e Educação Física, através dos residentes do programa de residência multiprofissional da prefeitura. A UBS tem uma equipe de profissionais efetiva de 21 pessoas: 1 administrativo, 1 farmacêutico, 3 técnicas de enfermagem, 2 médicas, 2 enfermeiras, 6 agentes comunitárias de saúde (ACS), 1 zeladora, 1 dentista, 1 técnica de higienização e 3 residentes. Estamos em déficit de 1 técnica de enfermagem e 1 de farmácia, o que dificulta o trabalho, pois, mesmo o quadro pessoal estando completo, diante da demanda crescente já não há como atender a todos de imediato, tendo consultas agendadas com intervalo de 2 meses e a demanda espontânea reprimida. Atualmente, a Atenção Primária do município conta com 52 Unidades Básicas de Saúde localizadas na área urbana e 10 na área rural. São 80 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 13 de Saúde Bucal, 5 equipes de NASF e 01 Equipe de Atenção Domiciliar.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, a área territorial de Ponta Grossa/PR é de 2.054.732, população estimada 351.736, densidade demográfica de 150,72 hab./km², escolarização em 98,2% (6 a 14 anos), contando com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) 0,736. Apesar do alto grau de escolarização de 6 a 14 anos no município -há uma creche e uma escola na comunidade e constantemente há o encaminhamento de crianças para avaliação de déficits de aprendizado-, essa não é a realidade na faixa etária a partir dos 15 anos. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad), há dois anos, 4,6% da população paranaense, nessa faixa etária, não sabia ler e escrever, no ano passado, essa porcentagem subiu para 5%. Esses dados poderiam ser o espelho da realidade da comunidade de abrangência da UBS, haja vista, que dentre todos os desafios decorrentes da vulnerabilidade da nossa comunidade, esse é um dos maiores, já que temos uma parcela importante da população de idosos, analfabetos, com doenças crônicas, que precisam de uma atenção maior para

continuidade de seus tratamentos. Nesse contexto, a equipe de profissionais de saúde é sempre exigida em ir além da clínica e do trabalho dentro da unidade, as ações vão desde a busca ativa feita pelas ACS -por meio das visitas e da orientação para irem ao posto para acompanhamento de sua saúde- passando pelas visitas com a assistente social, pelo incentivo a atividade física e participação nos grupos pelo educador físico, pelo acolhimento dos profissionais na unidade, até o desenho e marcação com cores nas receitas e medicações, para facilitar as tomadas, feitas com carinho pelos profissionais da farmácia. *A consideração de que precisamos enxergar além do que é praxe em nossa clínica nos impulsiona a trabalhar em equipe, uma vez que nossas perspectivas sempre serão parciais e a única forma de migrarmos para uma visão mais aprofundada sobre a realidade é o trabalho em equipe... (Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial Ana Cristina Belizia Schlithler, Mariane Ceron, Daniel Almeida Gonçalves, 2019, p 64.).*

Por falta de uma educação voltada para adultos e, principalmente, de políticas participativas por parte das três esferas de governos, a comunidade não é muito organizada politicamente, há um grupo de idosos, um tanto fechado que não aceita muitas interferências externas e o espaço, ao lado da unidade, que seria para o conselho comunitário, é usado constantemente para velórios, tanto que a população tem um receio de participar das atividades que são feitas pelas equipes nesse local. A adesão é quase sempre baixa. E aí, as atividades, acabam indo para outros locais, o salão paroquial da igreja católica ou o salão da assembleia de Deus. E aí entramos na questão da religiosidade, muito forte na comunidade. Muitos pacientes colocam seus tratamentos na mão de Deus, ou seja, procuram a explicação dos problemas de saúde na dimensão metafísica, enxergam a equipe como instrumentos dele. Dialeticamente analisando, o que em alguns aspectos ajuda no seguimento dos tratamentos, outros, no entanto, não compartilham do mesmo olhar, um fator um complicador e há o risco de perder o paciente para uma sepse por diabetes não tratada, porque ele acredita que Deus vai curar.

Aliado à essas características, cabe evidenciar que junto ao desafio do analfabetismo, religiosidade e a ineficiente ação do Estado em suas políticas públicas de saúde, educação e ação social, o número de gestantes na faixa etária dos 15 e 16 anos e o número de pacientes que usam medicamentos controlados para ansiedade e depressão, que de certa forma são em decorrência de uma

população sem acesso à educação e condições dignas de moradia e com menos exposição ao mercado de trabalho, são elementos marcantes na população.

O território da Unidade de Saúde

O território de atuação da Equipe de Estratégia de Saúde e Família (ESF), área 75, da UBS, no município de Ponta Grossa/PR, é uma região 100% urbana que possui 3268 moradores, formada por 1613 mulheres e 1 mulher transsexual e 1652 homens e 2 homens transexuais. A maioria se encontra na faixa etária dos 20 aos 59 anos, aproximadamente 55% da população é adulta, seguida, em números absolutos, de 818 crianças, 329 adolescentes e 321 idosos. Os indicadores de saúde são até relativamente baixos, comparados a outras unidades, a taxa (coeficiente) de mortalidade é de 9,17, tendo como principais causas, complicações de doenças crônicas, como hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM), infarto agudo do miocárdio (IAM), neoplasias, homicídios e acidentes de trânsito. A área da comunidade é cortada por uma importante ferrovia e rodovia estadual, por isso são frequentes os acidentes com trem e atropelamentos. A taxa de mortalidade infantil e materna é menor que 1, pois não há registro de óbitos entre menores de 1 ano e gestantes ou puérperas no último ano (IBGE, 2020).

No que se refere às doenças infecciosas, segundo os dados da UBS e da Secretaria Municipal de Saúde, não houve casos de sífilis congênita no último ano, já a realização das consultas de pré-natal-natal, 3/4 das gestantes fizeram mais de 7 consultas no último ano, com busca ativa das gestantes para a realização dos testes rápidos e tratamento imediato. Há somente 1 caso de tuberculose e com relação ao sarampo, também não houve nenhum caso suspeito ou confirmado. Entretanto, apesar desse dado positivo, a cobertura vacinal das crianças da área é baixa, cerca de 63% das crianças são vacinadas, nas crianças menores de 1 ano, está em torno de 55%, o que é mais preocupante. Das 34 crianças menores de 1 ano registradas em outubro de 2019, pouco mais da metade, 19, estavam com as vacinas de acordo com o calendário vacinal registradas na caderneta de saúde. Outra doença endêmica no país, a dengue, contrasta com a dinâmica nacional, uma vez que, no último ano, há registro de apenas 2 casos suspeitos e nenhum confirmado.

A população que mais frequenta a UBS é a dos doentes crônicos, com isso, a elevação de pressão arterial e diabetes descompensada (descontrolada) são as

duas principais queixas todos os meses, seguidas das crises de ansiedade e das queixas sazonais, febre, odinofagia e tosse no inverno e nesse último mês primavera, vômito e diarreia. No último levantamento, o número de usuários com doença crônica era um total de 368 pacientes (HAS e DM), os indicadores mostram que temos uma prevalência de 6,33% (359) hipertensos na nossa população. Além da cronicidade desses pacientes, outras características importantes definem a área, são elas: o número de pacientes domiciliados, 0,82% (27), usuários de álcool e drogas 1,8 % (59) e pacientes de saúde mental, 5,2% (170). Grupos que demandam constante discussão de ações da equipe para promoção e prevenção da saúde. A exemplo da renovação de receitas controladas diárias e em grande volume para os pacientes com transtornos mentais, que para suprir essa demanda e tentar diminuir essa prática, instituiu-se terapias alternativas, tal como a auriculoterapia e a psicologia, bastante restrita na rede municipal ainda. Um outro dado importante que ainda não tem registro, mas que é bastante frequente na unidade, é o número de abandono de crianças pelos pais e o quanto dessas crianças estão sob os cuidados dos avôs. Há sempre casos em que o serviço social da Prefeitura é acionado para acompanhar as famílias e dar seguimento aos encaminhamentos. Um problema social bem importante e desafiador para toda equipe.

O processo de trabalho da equipe de saúde

Todo fim de ano, é realizado um “brainstorming” de objetivos e metas para o ano seguinte, na atenção básica não é diferente, exceto de que o planejamento não é individual, mas sim coletivo. Planejar é um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (Teixeira, 2010, 18).

O trabalho da equipe é definido a partir de um planejamento por meio de reuniões de equipe em que são elencados os problemas e definidas as ações de intervenção. No momento, o problema número 1 na UBS é a baixa cobertura vacinal. A área tem em torno de 818 crianças, a cobertura vacinal está aquém do desejado, apesar da busca ativa das ACs e das consultas de puericultura

A baixa cobertura vacinal está um pouco acima dos 50%, muito por termos mães jovens que abandonaram a escola e não tem informação sobre a importância

da vacinação. Não há na unidade uma sala de vacina e quando das campanhas de vacinação, a adesão é baixa. Pode-se inferir que mães jovens desinformadas favorecem um maior número de crianças expostas às doenças; a ausência de sala de vacina na UBS, faz com que as mães tenham que levar as crianças em outras unidades, porém, não as levam; e por fim, quando não vacinam as crianças nos períodos de campanha, favorecem o ressurgimento de doenças extintas, a exemplo do sarampo.

Diante da necessidade de aumentar a cobertura vacinal e por ser possível realizar ações na própria UBS para alcançar o objetivo, esse é o problema de escolha para intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

Ao final de 2019, em reunião com a equipe de profissionais da UBS para avaliar o grau de assistência à população, os pontos em que precisam de uma atenção maior são apontados pela equipe. Nessa reunião é onde acontece um “brainstorming” para determinar os objetivos e metas para o ano seguinte. Com a apresentação dos números da equipe, a cobertura vacinal foi um problema notado por toda a equipe. Dentre as possíveis causas para esse problema, foram apontadas, não ter uma sala de vacina na unidade, as famílias, geralmente não sabem onde levar as crianças para vacinar, a falta de informação sobre o Programa Nacional de Imunização (PNI) e a importância das vacinas e a baixa adesão as campanhas.

A baixa cobertura vacinal, na área assistida pela Equipe 75 -que é um problema de natureza potencial, posição intermediária na organização, de baixo controle na governabilidade local e quase-estruturado com relação a complexidade-foi priorizada com base na magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custos para prováveis soluções. A partir do diagnóstico é possível realizar ações com uma boa parcela da população estudo, bastante vulnerável, sem altos custos e com a participação de toda a equipe para atender o objetivo da intervenção que é o de aumentar a cobertura vacinal.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Aumentar a cobertura vacinal entre as crianças de um território de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Ponta Grossa, Paraná.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar os problemas da baixa cobertura de imunização.
- Desenvolver práticas educativas com as mães e familiares, segundo as necessidades de cada grupo social, sobre a importância da vacinação.
- Aumentar a divulgação e informar sobre a importância das campanhas de vacinação.

4 METODOLOGIA

O presente estudo utilizou da pesquisa ação. A partir do diagnóstico com a equipe de profissionais da UBS foi possível realizar ações com uma boa parcela da população estudo, bastante vulnerável, sem altos custos e com a participação de toda a equipe para atender o objetivo de intervenção que é o de aumentar a cobertura vacinal.

As ações práticas educativas desenvolvidas são os objetivos específicos do projeto de intervenção. Utilizou-se do método da problematização para informar as mães e familiares sobre as consultas de puericultura, durante as consultas informar sobre a importância da vacinação, os locais de realização das vacinas. Na sala de espera, realizar pequenas palestras informativas sobre os problemas levantados, com uso de cartazes e panfletos para informar sobre as campanhas de vacinação. Nesse momento educativo do estudo apresentar o calendário nacional de vacinas e explicar sobre o PNI. Outra ação importante é a busca ativa das crianças com atraso vacinal feita nas consultas de puericultura e Pré-Natais, mas principalmente pelas as Agentes comunitárias durante a territorialização em que elas verificam a caderneta de vacinação de cada criança da área.

A efetividade dessas ações é avaliada por meio dos indicadores, parâmetros, finalidade, momento da realização e natureza definidos pela equipe. Essas ferramentas avaliativas podem são descritas com detalhe no quadro 1.

QUADRO 1 – ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO E FERRAMENTA AVALIATIVAS

		Baixa cobertura vacinal				
Problema priorizado	Ações	Indicadores	Parâmetros (Bom, regular, ruim, satisfatório, ótimo, insatisfatório...)	Finalidade (Conhecimento, Gerência ou de Decisão)	Momento da Realização (Ação é ex-ante ou ex-post)	Natureza (Ação é normativa ou de pesquisa avaliativa)
1ª) Informação em puericultura (conferência da caderneta de vacina e orientação sobre o calendário vacinal e locais para vacinação)		Nº de crianças com as vacinas em dia de acordo com o calendário, PNI (Programa Nacional de Imunização)	Vacinas de acordo com o PNI: > 80% → bom 50-80% → regular < 50% → ruim	Conhecimento: impacto direto nos índices de cobertura vacinal e avaliação da saúde da criança	Ex-ante: dará o verdadeiro cenário da cobertura vacinal	Pesquisa avaliativa: analisar como está a cobertura vacinal no território e como está sendo a adesão as campanhas de vacinação
2ª) Informação em sala de espera		Nº de usuários sensibilizados, orientados (familiares)	População ouvinte no dia: > 75% → bom 50-75% → regular < 50% → ruim	Gerência: as famílias estão sendo bem informadas e orientadas quanto a importância da vacinação?	Ex-post: os familiares estão cientes da importância vacinal e sabem como estão as cadernetas das crianças?	Normativa: avaliar o quanto informados estão os familiares sobre as vacinas, bem como sanar dúvidas
3ª) Busca ativa para campanhas e consultas de puericultura.		Nº de visitas domiciliares às famílias e às crianças, no mês, realizada pelas Acs	Proporção de famílias não visitadas: < 20% → satisfatório 20-40% → insatisf. > 40% → ruim	Decisão: aprimorar a abordagem para adesão as campanhas e os agendamentos das consultas, não deixando nenhuma criança desassistida	Ambas. Primeiro deve-se analisar qual o quantitativo de famílias faltantes em consultas de puericultura e atraso nas vacinas para então realizar a visita, busca ativa dessas crianças	Normativa: avaliar o quantas crianças estão sem assistência pela equipe e assim melhorar esse elo, bem como aumentar a adesão às consultas e às vacinas

Para aumentar a cobertura vacinal em até 80%, as estratégias para solucionar os problemas são definidas em conjunto, equipe, pois, cada ação terá um responsável pela execução, cada qual com prazos e recursos necessários específicos, conforme descrito no quadro 2.

QUADRO 2 – ESTRATÉGIAS PARA SOLUCIONAR O PROBELMA

Objetivo	Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo/ amostra	Data	Recursos Educacionais utilizados	Locais de divulgação dos recursos educacionais
Informar as mães sobre a importância da vacinação	Verificar cadernetas e orientar sobre atraso vacinal em puericultura	3 meses	Médico e enfermeiro	Mães e pais e crianças	De Nov/2020 A Jan/2020	Material ilustrativo Ministério Saúde, Caderneta da criança	Consultórios da própria UBS
Informar sobre os locais mais próximos para vacinação	Dinâmicas com familiares na sala de espera com informação e orientação	3 meses	NASF e ACS	Familiares, mães, pais, crianças e outros	De Nov/2020 A Jan/2020	Panfletos, Cartazes, recepção da UBS	Recepção/Sala de espera
Aumentar a divulgação e informar sobre as campanhas de vacinação	Busca ativa nas visitas domiciliares com conferência de cadernetas e orientações e informações	3 meses	ACS	Familiares e crianças	De Nov/2020 A Jan/2020	Caderneta da criança, panfletos e livretos	Domicílios da área de abrangência

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 VACINAS E IMUNIZAÇÃO

As vacinas são elaboradas com base nos mecanismos de imunização do nosso organismo, um exército de células e moléculas que são recrutadas e que se articulam de forma organizada, nem sempre harmoniosa para combaterem aquilo que identifica como deletério à saúde de um indivíduo, verdadeiras barreiras de defesa a inúmeros patógenos, vírus, bactérias, fungos, protozoários (Ministério da Saúde, 2020).

O processo de imunização se dá pelo reconhecimento do antígeno, a partir daí, gera uma via de defesa que tem como objetivo a eliminação desse antígeno, principalmente com a produção de anticorpos, soldados de elite, eles promovem a morte desses antígenos, como alguns desses patógenos invadem células, os anticorpos acabam matando as células para poderem eliminar o inimigo. Após esse primeiro contato, toda vez que esse antígeno tentar invadir o organismo novamente, esses mesmos anticorpos serão produzidos mais uma vez para eliminar o antígeno, isso define o que hoje chamamos de imunidade.

A imunidade pode ser passiva e ativa, naturalmente ou artificialmente adquiridas. A imunidade passiva é quando não há o contato com o antígeno e o indivíduo recebe já os anticorpos prontos para o combate, isso pode ser de maneira natural, em geral de forma congênita, de mãe para filho via placenta, ou de forma artificial, por meio de transferência do soro ou gamaglobulinas de um indivíduo já imune. Já a imunidade ativa necessita da exposição ao antígeno e ela ocorre naturalmente nos processos de doenças ou artificialmente pelo contato com partes do antígeno vivo ou morto que é capaz de ativar toda a cascata imunológica, assim são as vacinas. (Ghaffar et al, 2017)

5.2 UM CASO DE SUCESSO DA SAÚDE PÚBLICA: O PNI E A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Desde o advento das vacinas, com Edward Jenner e sua vacina para varíola, inúmeras surgiram para auxiliar as autoridades no combate a doenças endêmicas, erradicando até algumas. Elas se tornaram uma importante ferramenta para a saúde

pública no mundo, diminuindo a mortalidade causada por algumas doenças infecciosas. No Brasil, tivemos a primeira tentativa de um plano vacinal nacional com Oswaldo Cruz. Na época, o sanitarista com planos de combater a varíola que assolava o Rio de Janeiro, elaborou um programa de vacinação, porém, essa iniciativa culminou em revolução, a revolta da vacina, e não atingiu seu objetivo. No entanto, quase 70 anos depois, em 18 de setembro de 1973, em plena ditadura militar, foi criado o Programa Nacional de Imunização do Brasil, o PNI (Ministério da Saúde, 2020).

O PNI, desde a sua criação, se tornou um dos programas mais inclusivos socialmente, ele não faz distinção entre o rico e o pobre e é acessível em todos os cantos do Brasil. Aliada a atenção primária, em que, quase toda unidade básica de saúde (UBS), possui uma sala de vacinação, o programa recebe muitos elogios e é bastante admirado por outros países. Graças a articulação das autoridades com campanhas de vacinação em massa e, também, ao calendário vacinal com a orientação de quando cada dose de vacina deve ser administrada, muitas doenças foram erradicadas (Ministério da Saúde, 2003).

Todo ano, o calendário é revisado por especialistas e atualizado com base em novas evidências sobre o comportamento da doença e sua epidemiologia

FIGURA 1.

FIGURA 1—CALENDÁRIO VACINAL 2020

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO/2020/PNI/MS																		
Vacinas	BCG	Hepatite B	VORH Rotavírus	Pentavalente (DTP+Hib+ Hep B)	DTP	VP e VOP	Pneumocócica 10	Meningocócica C	Febre Amarela	Triplice Viral	Tetra Viral	Varicela monovalente	Hepatite A	HPV	Meningocócica ACWY	Dupla Adulto	dTpa (adulto)	
Protege contra	Formas graves da tuberculose		Hepatite B	Rotavírus	Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B e meningite por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	Difteria, Tétano e Coqueluche	Poliomielite	Pneumonia, tétano, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i>	Febre Amarela	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela	Varicela	Hepatite A	HPV	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i>	Difteria e Tétano	Difteria, Tétano e Coqueluche
Grupo Alvo	Idade	Dose Única (1) / Dose ao nascer (2)		1ª dose / 1ª dose		1ª dose VIP (1) / 1ª dose		1ª dose / 1ª dose		1ª dose / 1ª dose		1ª dose / 1ª dose		1ª dose / 1ª dose		1ª dose / 1ª dose		
Criança	Ao nascer	Dose Única (1) / Dose ao nascer (2)																
	2 meses			1ª dose	1ª dose	1ª dose VIP (1)	1ª dose											
	3 meses							1ª dose										
	4 meses			2ª dose	2ª dose	2ª dose VIP (1)	2ª dose											
	5 meses							2ª dose										
	6 meses				3ª dose	3ª dose VIP (1)												
	9 meses																	
	12 meses							Reforço (1)	1ª Reforço (1)		1ª dose							
	15 meses					1º Reforço	1º Reforço VOP (1)					Dose Única (1)		Dose Única (1)				
	4 anos					2º Reforço	2º Reforço VOP (1)			Reforço (3)		2ª dose (6)						
Adolescente	9 anos								Última dose (4)					2 doses (7)				
	10 a 19 anos		3 doses: a partir de 7 anos de idade (5)						Última dose (4)	2 doses (5)			2 doses	Entre 11 a 12 anos de idade: 1 dose (9)	3 doses e reforço a cada 10 anos (5)	10 a 19 anos		
Adulto	20 a 59 anos		3 doses (5)						Última dose (4)	Até 29 anos: 2 doses; Entre 30 a 59 anos: 1 dose e (5)					3 doses e reforço a cada 10 anos (5)	Profissional de Saúde: 1 dose + reforço a cada 10 anos (10)		
	60 anos ou mais		3 doses (5)												3 doses e reforço a cada 10 anos (5)			
Gestante		3 doses (5)														2 doses (5)	1 dose a cada gestação (11)	
		3 doses (5)																

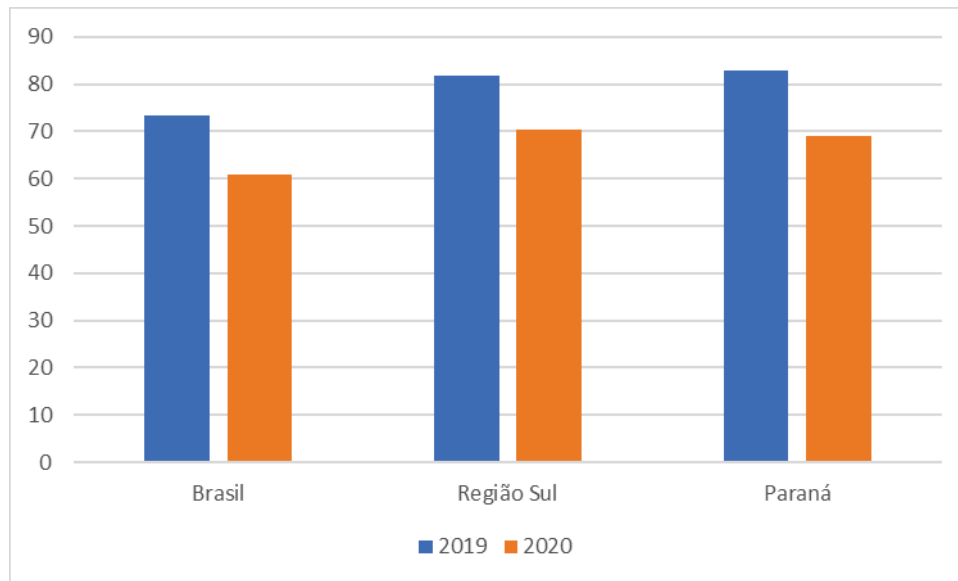
(1) Até menor de 5 anos de idade;(2) Essa dose pode ser feita até 30 dias de vida do bebê;(3) Considerar intervalo mínimo de 30 dias entre as doses;(4) Pessoas entre 5 e 59 anos de idade não vacinadas - administrar uma dose e considerar vacinado;(5) A depender da situação vacinal, completar esquema;(6) Pode ser feita até menor de 7 anos de idade. Profissionais de saúde que trabalham na área assistencial devem receber uma ou duas doses a depender do laboratório produtor;(7) Para meninas de 09 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos de idade: 2 doses - 0, 5 meses a depender da situação vacinal. Adolescentes e adultos de 9 a 25 anos vivendo com HIV/AIDS: 3 doses - 0, 2 e 6 meses;(8) Profissionais da saúde devem receber duas doses independentemente da idade;(9) Para adolescentes na faixa etária de 11 e 12 anos de idade, com a vacina Meningocócica ACWY, independente de dose anterior de Meningocócica C ou dose de reforço;(10) Profissionais de saúde e parceiros tradicionais, como dose complementar no esquema básico de dT e reforços a cada dez anos;(11) A partir de 20ª semana gestacional (até 45 dias após o parto).

FONTE: Calendario.Nacional.Vacinacao.2020.atualizado.pdf (saude.go.gov.br)

5.3 COBERTURA VACINAL NO BRASIL E NO PARANÁ

Com a criação do PNI, segundo o Ministério da Saúde (2020), todo ano se tem o percentual de cobertura vacinal. Através dessa ferramenta é possível avaliar a efetividade das medidas de prevenção de doenças bem como ver quais regiões e seus estados e municípios estão conseguindo vacinar sua população, principalmente crianças. Em 2019 a cobertura vacinal no Brasil foi de 73,44%, a região sul foi a que apresentou um percentual maior, acima da média nacional, 81,92%, nesse contexto o Paraná (PR) apresentou um índice ainda maior, 82,87, no entanto longe da meta do governo de 90% ou mais. Em 2020 houve uma queda nesses números, no Brasil o percentual foi para 60,81, a região sul ainda é a região com maior percentual dentre as regiões, 70,46, entretanto, já o PR, apesar de estar acima da medida nacional, teve um índice inferior à média regional, 68,94 GRÁFICO 1.

GRÁFICO-1 COBERTURAS VACINAIS EM 2019 E 2020 NO BRASIL, REGIÃO SUL E PARANÁ.



FONTE: Imunizações - Cobertura - Brasil (datasus.gov.br)

5.4 DESAFIOS PARA A COBERTURA VACINAL

A queda na cobertura vacinal em 2020 poderia ser atribuída, num primeiro momento, a pandemia pelo Covid-19, no entanto, antes mesmo dessa crise sanitária, alcançar uma maior meta vacinal, principalmente entre crianças, já estava sendo um desafio frente a hesitação em tomar a vacina e confiança nela dos adultos responsáveis por elas. Essa mudança tem sido objeto de estudos no Brasil e no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já investigou esse comportamento e criou um modelo para entendimento, as causas seriam englobadas em três grandes domínios, a influência contextual que é o quanto um líder ou uma pessoa, interfere na decisão; grupos sociais ou indivíduos, que por meio de experiências próprias podem influenciar na escolha; os próprios profissionais da saúde, que orientam se toma ou não; e por último os aspectos ligados a própria vacina, efeitos colaterais, eficácia, especificidades que cabe ao profissional da saúde orientar, mas que pode ter um viés por conta do próprio julgamento pessoal desse profissional (Peterson et al, 2016).

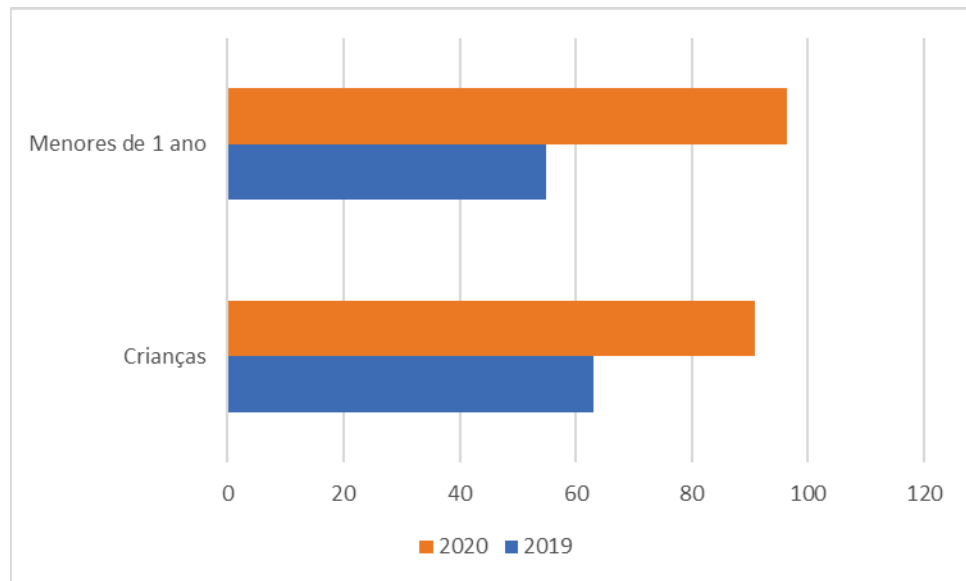
No Brasil, a hesitação em tomar a vacina é maior, quando a confiança nela é menor (Brown et al, 2018). Nesse estudo, eles observaram que dentre as pessoas que hesitaram em tomar a vacina, mas que acabaram tomando, e as pessoas que hesitaram e de fato se recusaram, das cinco principais razões 3 eram as mesmas,

achavam que a vacina não era segura, efetiva, e outras pessoa teriam dito que o seu filho (a) teria uma reação adversa; dentre as que se diferenciaram, as pessoas que por fim acabaram se vacinando ainda citaram reações adversas que tiveram em outras ocasiões e que outra pessoa teria dito não ser segura, em contrapartida aos que se recusaram em vacinar, as outras razões foram de não achar necessário e de ter outras crenças. Ainda nesse estudo, foi observado que a hesitação tem uma relação com a condição socioeconômica das pessoas, idade, estado civil, renda e nível de escolaridade. A hesitação é maior nos grupos mais jovens de pais solteiros com baixa renda baixa escolaridade.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O plano de intervenção foi planejado num contexto de normalidade nos serviços de saúde. Com o aparecimento dos Sarscovid-2, covid-19, gerando essa pandemia que atinge todos os serviços de saúde do mundo, a dinâmica do trabalho da equipe na Unidade de Saúde foi bastante modificada e de acordo com as necessidades momentâneas. De um dia para o outro o serviço foi praticamente todo suspenso, as consultas eletivas, médicas, odontológicas, foram todas desmarcadas e mantidas, somente, as consultas de pré-natais e urgências e emergências médicas e odontológicas. O foco foi atender pacientes sintomáticos para covid-19. No entanto, o programa nacional de imunização continuou com seu calendário e suas campanhas, principalmente nesse contexto. É importante manter outras doenças controladas para lidar com essa nova crise sanitária. Com isso, as ações para aumentar a adesão ao programa e assim aumentar a cobertura vacinal teriam que acontecer de alguma maneira. Com as consultas de puericultura canceladas, a orientação no ambulatório passou a ser feita nas consultas de Pré-Natal, com orientação e solicitando que repassassem as informações a outros familiares. Na retirada de medicações, que também foi mantida, orientava-se no balcão. Sem aglomeração na unidade de saúde, a sala de espera não aconteceu. A única ação que não foi afetada e que, pelo contrário, foi mais intensificada, foi a busca ativa das crianças realizada pelas Agentes Comunitárias (ACS) durante as territorializações. Elas então foram bem orientadas e fizeram buscas ativas mais frequentes, coube a elas a conferência das carteiras de vacinação, orientar sobre as doses em atraso e orientar dos dias de campanha. Nesse processo tivemos uma ação muito importante implantada pela gestão municipal, antes da pandemia, e que é mantida ainda, o caminhão da vacina que antes ia somente nos períodos de campanha, agora vai toda última sexta feira do mês para realizar todas as vacinas do calendário nacional. Com isso, em toda visita realizada pelas ACS e nas consultas de Pré-Natais, todos eram orientados sobre esse dia. No balanço final, ao fim de 2020, havia um total de 554 crianças, dessas 504 estavam com a caderneta de vacina de acordo com PNI, fazendo com a cobertura vacinal fosse de 90,97%. Com relação as crianças menores de 1 ano, os números são ainda mais expressivos, são 57 crianças e dessas, 55 estão com as vacinas de acordo om PNI, um percentual de 96,5% GRÁFICO 2. Houve um aumento de 75% na taxa da cobertura vacinal nessa faixa etária.

GRÁFICO-2 COBERTURA VACINAL ENTRE AS CRIANÇAS DO TERRITÓRIO DE UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA, PARANÁ



Fonte: O autor (2020)

A melhora na taxa de cobertura vacinal na área 75 da UBS foi no sentido contrário das taxas nacionais e estaduais, quando se teve uma diminuição da cobertura vacinal, que pode ser atribuída ao fato de que algumas pessoas, pais, estarem respeitando bastante o distanciamento social ao ponto de não irem às unidades de saúde e aderirem às campanhas de vacinação para evitar a aglomeração. Isso poderia ser inferido do contexto macro, nacional e regional, porém, na nossa microárea, apesar das orientações da importância das medidas de higiene juntamente com o distanciamento social, a busca ativa feita pelas ACS, aliado ao encurtamento do deslocamento dessas famílias para vacinarem suas crianças parece ter surtido efeito para melhoria da cobertura vacinal. Considerando ainda o contexto social da população, talvez, pelo baixa grau da escolaridade, fatores como a segurança da vacina e efetividade da vacina e o bombardeio de desinformações pelas mídias digitais não tenham tido tanto impacto na hesitação e decisão de vacinar as suas crianças, quanto a orientação dos profissionais da saúde. Por isso, mesmo as ações, para aumento da cobertura vacinal, tendo sido limitadas, praticamente, à busca ativa realizada pelas ACS, pois as outras medidas foram realizadas poucas vezes ou ausentes, a orientação por parte dos profissionais da saúde se mostrou bastante efetiva na melhoria desse dado. No futuro, graças a

essa intervenção é provável que os índices de doenças infecciosas na comunidade atendida pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família, na UBS do presente estudo, diminuam cada vez mais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vacinas, na sua história, talvez, nunca tenham sido tão comentadas como agora, nesse contexto de pandemia covid-19 que vive a humanidade. Graças à ciência e já com um conhecimento de anos, muitas doenças que dizimaram populações puderam ser controladas. Hoje, vivencia-se um momento semelhante e as técnicas empregadas na confecção das vacinas evoluíram com o intuito de combater essa grave crise sanitária. Precisa-se estudar e entender os processos para que a população seja bem orientada, como visto nesse trabalho. A segurança, a efetividade e a adversidade que as vacinas de hoje apresentam, não são novidades, essas preocupações já estavam presentes em meio a população. Dessa forma, faz-se ainda mais necessário um esclarecimento por parte dos profissionais da saúde para melhor orientar a população. Deve-se diminuir esse medo com relação as vacinas que pode ter aumentado frente a essa pandemia, para que não se perca um importante aliado, de anos, no combate as endemias em se tratando de saúde pública.

Para tanto, se faz necessário políticas de saúde para fortalecer o PNI no SUS e o combate a desinformação da população pela mídia digital dentre outras.

7.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

É necessário que sempre sejam feitas medidas de intervenção que mantenham em evidência a importância de se vacinar, principalmente, frente a possíveis movimentos anti-vacinas que podem até vir de alguns profissionais da saúde. Com a evolução constante dessa ferramenta e diante da possibilidade do surgimento de outras doenças contagiosas é importante reforçar a aplicação das já existentes e das futuras vacinas para garantir a saúde e intervir na determinação social das populações.

REFERÊNCIAS

Atenção primária à saúde. 2. Processo saúde doença. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Medicina social. I. UFSC. II. Verdi, Marta Inês Machado. III. Ros, Marco Aurélio da. IV. Cutolo, Luiz Roberto Agea. V. Souza, Thaís Titon de. VI. Título.

Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco social.

https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_18.pdf. Acesso em 28/10/2019.

GHAFFART, A; et al. Immunology: Chapter fourteen. November 2017. Disponível em Immunization (microbiologybook.org)

Imunizações - Cobertura - Brasil (datasus.gov.br) acessado em 27/12/2020

Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. <https://cidades.ibge.gov.br/> acessado em 28/10/2019.

Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações: 30 anos. Disponível em livro_30_anos_pni.pdf (saude.gov.br)

PETERSON, P.; et al. Vaccine hesitancy and health care providers. **Vaccine**, v 34, p 6700-6706, October. 2016.

Planilha Equipe 75 Unidade de Saúde Javier Arzabe

Prefeitura Municipal de Ponta Grossa/Pr. Plano municipal de saúde 2018-2021. <http://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/sms/ps-2018-2021.pdf> acessado em 28/10/2019

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 15-30.

Sistema e-SUS (Ministério da Saúde)

SMITH, L. E.; et al. A systematic review of factors affecting vaccine uptake in young children. **Vaccine**, v 35, p 6059-6069, September. 2017.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010,18.

APENDICE

Vacinar é.....



.....um ato de amor.