

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

IDALACY DE CARVALHO BARRETO

**AVALIAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS
NAS SALAS DE VACINAÇÃO DO RECIFE**

RECIFE

2011

IDALACY DE CARVALHO BARRETO

**AVALIAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS NAS SALAS DE VACINAÇÃO
DO RECIFE**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: M.Sc. Paulo Germano de Frias

Recife
2011

IDALACY DE CARVALHO BARRETO

**AVALIAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS NAS SALAS DE VACINAÇÃO
DO RECIFE**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 16 de maio de 2011.

Banca Examinadora

Dr^a Maria Rejane Ferreira da Silva
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

M.Sc. Paulo Germano de Frias
Secretaria Municipal de Saúde do Recife

BARRETO, Idalacy de Carvalho. **Avaliação dos Procedimentos Técnicos nas Salas de Vacinação do Recife**. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

O objetivo deste artigo é avaliar o grau de adesão às normas do Programa Nacional de Imunização referente aos procedimentos técnicos em sala de vacinação na cidade do Recife. Realizou-se uma avaliação normativa, transversal com características descritivas. Utilizou-se uma versão modificada do Instrumento de Supervisão de Sala de Vacinação do Ministério da Saúde previamente validado. As questões foram categorizadas em relacionadas à observação do profissional, à técnica desenvolvida, à orientação dada pelos profissionais aos usuários e à existência de insumos na Sala de Vacinação. Os resultados apontam que os procedimentos técnicos nas salas de vacinação do Recife estão insuficientemente implantados (59%), apresentando variação de 50% a 66% entre os DS. A categoria com maior adesão às normas foi referente à *existência de insumos nas salas de vacinação* (81%) e a menor foi *orientação dada aos usuários* (47%). A avaliação das salas de vacinação permitiu identificar problemas na rede e subsidiar a tomada de decisão para reduzir as fragilidades, especialmente em relação à orientação técnica dos profissionais no serviço e ao processo de trabalho das equipes.

Palavras chave: Vacinação; Programas de Imunização; Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

BARRETO, Idalacy de Carvalho. **Evaluation of Technical Procedures in rooms Vaccination of Recife**. Monograph (Multidisciplinary Residency Program in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ABSTRACT

This paper aims to assess the level of adherence to the norms recommended by Programa Nacional de Imunização (Brazilian National Immunization Program) related to technical procedures in vaccination room in Recife city. It was realized a normative and transversal evaluation with descriptive characteristics. It was used a modified version from Supervision Instrument of Vaccination Room of Health Ministry that was previously validated. The questions were categorized in relation to professional observation, techniques developed, orientations given by professional to users and the existence of inputs in Vaccination Room. The results point that technical procedures in vaccination room in Recife are insufficient implanted (59%), presenting a variation from 50% to 66% among Sanitary Districts. The category with the major adherence to the norms was *related to existence of inputs in vaccination rooms* (81%) and the smallest adherence was *the orientation given users* (47%). The evaluation of vaccination rooms allowed identifying some problems in Recife Municipal Health System and subsidized the decision making in order to decrease fragilities, especially in relation to professional technical orientation and group work process.

Keywords: Vaccination, Immunization Programs, Health Evaluation, Primary Health Care.

Avaliação dos Procedimentos Técnicos nas Salas de Vacinação do Recife

Evaluation of Technical Procedures in rooms Vaccination of Recife

Autores:

Idalacy de Carvalho Barreto¹

Paulo Germano de Frias²

Maria Rejane Ferreira da Silva¹

Instituição que pertecem:

(¹) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

(²) Secretaria Municipal de Saúde do Recife

Endereço para correspondência do autor responsável:

Rua Cais do Apolo, Nº 925, Recife – PE, CEP 50030-230

13º andar – Sala 21

Fone: 81 – 3355-9372

Artigo a ser encaminhado para a Revista de Saúde Coletiva da UERJ.

INTRODUÇÃO

As vacinas são substâncias que contêm um ou mais agentes imunizantes, bacterianos ou virais que permitem a prevenção individual e coletiva e o controle de doenças (VERONESI; FOCACCIA, 2002). São consideradas uma das tecnologias médicas mais custo-efetivas, e possibilitam a alocação racional dos recursos disponíveis em saúde (FARHAT, 2008; VALENTIM, 2009). Este fato as torna um componente obrigatório dos programas de saúde pública, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento (FARHAT, 2008).

Segundo a Organização Pan-Americana (OPAS) foi a partir do sucesso da Campanha de Erradicação da Varíola na década de 70, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou em 1974 o Programa Ampliado de Imunização (PAI) para que as vacinas contra a difteria, coqueluche, tétano, paralisia infantil, tuberculose e sarampo estivessem disponíveis às crianças de todo o mundo (OPAS, 2002).

No Brasil o Programa Nacional de Imunização (PNI) foi regulamentado em 1975 através da Lei 6.259 que dispunha sobre as ações de vigilância epidemiológica e de vacinação (BRASIL, 2007). Entretanto, mesmo antes da regulamentação, as atividades de vacinação já eram desenvolvidas de forma sistemática em alguns estados brasileiros, a exemplo de São Paulo, que tem atividades registradas a partir de 1962 (GONÇALVES; ALMEIDA; GERA, 1996; SÃO PAULO, 2011).

Com a consolidação do PNI ocorreu a elevação das coberturas vacinais o que tem possibilitado o controle e erradicação de algumas doenças imunopreveníveis. A febre amarela urbana e a varíola foram erradicadas do Brasil em 1942 e 1973 respectivamente, mesmo antes da regulamentação do programa. Com a implantação do Sistema Único de Saúde no final da década de 80, e a descentralização das ações de atenção primária para os municípios, os avanços foram intensificados (BRASIL, 2008). A Poliomielite foi erradicada no Brasil no ano de 1989, e essa condição foi certificada pela OPAS no ano de 1994 (SCHATZMAYR, 2002). Há ainda no Brasil, o controle do sarampo, do tétano neonatal e acidental, das formas graves de tuberculose, da difteria e da coqueluche (BRASIL, 2008).

Para o alcance de uma consistente redução da morbidade e da mortalidade por doenças preveníveis por imunização é necessário uma adequada vigilância

epidemiológica e a manutenção de elevadas cobertura vacinais com distribuição homogênea entre os municípios e os espaços intra-urbanos (LUHM; WALDMAN, 2009; SANTOS; BOHLAND; PAIXÃO, 2009). Para tanto, os municípios devem dispor de serviços com salas de vacinação organizadas, promover estratégias de vacinação de acordo com a realidade local e favorecer o envolvimento da comunidade (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001a).

A obrigatoriedade da gestão municipal de saúde em proporcionar condições que descentralizassem ações e serviços (MIRANDA; GUIMARÃES; ALVES, 2009), possibilitou a incorporação de grupos técnicos na área de imunização no âmbito municipal e favoreceu o desenvolvimento e acompanhamento de ações voltadas para a realidade local (GONÇALVES; ALMEIDA; GERA, 1996).

No âmbito federal, o MS tem investido na produção de manuais técnicos que expressam as normas do programa (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001a, 2001b; BRASIL, 2007, 2008). E, associado às Secretarias estaduais e municipais de saúde do país tem promovido capacitações direcionadas aos trabalhadores de saúde envolvidos com o PNI (GONÇALVES; ALMEIDA; GERA, 1996). Estes são alguns dos instrumentos básicos adotados para que as equipes locais desenvolvam suas atividades a partir de conhecimentos baseado nas evidências e nas boas práticas.

Considerando os investimentos históricos do PNI, tais como realização de campanhas, elaboração de normas técnicas e manuais, estruturação de sistemas de vigilância epidemiológica (TEMPORÃO, 2003), criação de sistema informatizado para avaliação do programa (BRASIL, 2011), a disponibilidade de dados administrativos (GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009) e de pesquisa referentes às coberturas vacinais (SILVA, 1997; MORAES et al, 2000; MORAES, 2011) e o insuficiente conhecimento quanto à situação das atividades relacionadas aos procedimentos técnicos executados nas salas de vacinação, este trabalho objetiva avaliar o cumprimento das normas do MS relacionado aos procedimentos técnicos nas salas de vacinação existentes na cidade do Recife em 2009.

MATERIAL E MÉTODO

Procedeu-se um estudo avaliativo, do tipo normativo, transversal com características descritivas. O estudo foi realizado na cidade do Recife, que tem uma extensão territorial de 219 Km² e uma população residente de 1.536.934 habitantes (IBGE, 2011). De acordo com informações da Prefeitura do Recife (RECIFE, 2011) a cidade é composta de 94 bairros e dividida em seis distritos sanitários (DS).

A população do estudo foi composta de serviços de saúde públicos e filantrópicos que desenvolviam atividade de vacinação no período de coleta entre dezembro de 2009 e março de 2010. Foram avaliadas 151 salas de vacinação, sendo 11 em hospitais, 23 em Unidades Básicas de Saúde, 109 em Unidades de Saúde da Família, 06 em Policlínicas e 02 em Policlínicas/Maternidades.

Foi utilizado, para a coleta de dados, uma versão modificada do Instrumento de Supervisão de Sala de Vacinação do MS (Apêndice A), previamente validado (KOTI, 2010). As técnicas de coleta adotadas foram a entrevista estruturada e a observação não participante. As entrevistas foram realizadas com os responsáveis pela sala de vacinação, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem. Os entrevistadores, enfermeiros e médicos, receberam treinamento para aplicação do questionário e observação da sala de vacinação. Durante a coleta os entrevistadores permaneceram na sala por aproximadamente 4 horas.

As questões foram ajustadas em quatro categorias: 1) observação do profissional às diferentes etapas da vacinação, 2) orientação dada pelos profissionais aos usuários, 3) atividades técnicas e administrativas realizadas pelos profissionais e 4) existência de insumos na Sala de Vacinação.

As variáveis consideradas para a categoria **observação do profissional às diferentes etapas da vacinação** envolveram a *Idade e intervalo entre as doses*, a *Indicação e contra-indicação do adiamento da vacina*, a *Ocorrência de eventos adversos pós-vacinação à dose anterior*, o *Prazo de validade da vacina e das seringas e agulhas*, e o *Prazo de validade da vacina após a abertura do frasco*. Para a categoria **orientação dada aos usuários** as variáveis foram *Vacina a ser administrada* e *Registro do aprazamento*. Para a categoria **atividades técnicas e administrativas realizadas pelos profissionais** foram consideradas o *Registro da data e hora da abertura do frasco*, a *Lavagem das mãos antes da preparação do*

imunobiológico, o Preparo correto da vacina, a Técnica correta de administração das vacinas, o Acondicionamento adequado dos pérfuro-cortantes, o Uso do cartão controle para criança, adolescente e adulto, o Cartão controle organizado por data de retorno, a Busca ativa de susceptíveis com a clientela e na área e a Busca ativa de faltosos da área de abrangência. Enquanto que, para **existência de insumos** foram consideradas o *Fichário para arquivo dos cartões controle, Há estoque de vacinas e o Quantitativo de vacinas e seringas atende à demanda.*

Os dados foram analisados com o software excel e o programa epi-info versão 6.04. Foram calculadas as freqüências de cada variável e para definição do grau de implantação da ação foi adotado a seguinte classificação: *Não implantado*, quando a adesão às normas preconizadas pelo MS for inferior a 50%; *Insuficientemente implantado*, variando de 50 a 75%; *Parcialmente implantado*, variando de 76 a 89%; e *Implantado* quando for maior ou igual a 90% (BRASIL, 2003; KOTI, 2010).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), parecer 1617/2009 (ANEXO A). Antes das entrevistas, os participantes receberam explicações sobre os objetivos da pesquisa, fizeram a leitura e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

RESULTADOS

A análise por Distritos Sanitários aponta certa homogeneidade no grau de adesão às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. O DS I está entre os três DS com melhor desempenho, e o DS V entre os três com pior desempenho.

As atividades relacionadas à **observação dos profissionais às diferentes etapas da vacinação** (Tabela 1) estão insuficientemente implantadas (71%), com variação entre os DS de 63% (DS VI) a 79% (DS II). As variáveis mais fragilizadas são a *investigação da ocorrência de eventos adversos pós-vacinais à dose anterior* (37%) e a *verificação de indicações e contra-indicações para o adiamento da vacina* (45%). Apesar do desempenho obtido na cidade para a variável *Prazo de validade após abertura do frasco* (82%), o DS VI apresenta entraves na realização desta atividade (40%).

Tabela 1 – Distribuição da freqüência das atividades referentes à observação dos profissionais da Sala de Vacinação às diferentes etapas da vacinação. Recife, 2010.

Observação do Profissional	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI		RECIFE	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade e intervalo entre as doses	12	92.3	18	90.0	34	100.0	23	100.0	24	100.0	34	91.9	145	96.0
Indicação e contra-indicação do adiamento da vacina	8	61.5	10	50.0	11	32.4	9	39.1	9	37.5	21	56.8	68	45.0
Ocorrência de eventos adversos a dose anterior	6	46.2	10	50.0	13	38.2	9	39.1	6	25.0	13	35.1	57	37.7
Prazo de validade da vacina	13	100.0	20	100.0	34	100.0	23	100.0	24	100.0	33	89.2	147	97.4
Prazo de validade das seringas e agulhas	10	76.9	17	85.0	31	91.2	14	60.9	10	41,7	25	67.6	107	70.9
Prazo de validade após a abertura do frasco	12	92.3	20	100.0	32	94.1	22	95.7	23	95.8	15	40.5	124	82.1
Grau de Implantação	61	78,2	95	79,2	155	76,0	100	72,5	96	66,7	141	63,5	648	71,5

Fonte: Pesquisa

- Implantado (> 90%)
- Parcialmente Implantado (de 76 a 89%)
- Insuficientemente Implantado (de 50 a 75%)
- Não Implantado (< 50%)

A categoria **orientação dada pelos profissionais aos usuários** (Gráfico 1) encontra-se não implantada (47%) na cidade, com diferenças importantes entre os DS, variando de 23% (DS III) a 89% (DS VI). Dentre as duas variáveis que compõem esta categoria, a **orientação sobre a vacina a ser administrada** obteve o menor percentual para a cidade (37%) e resultados bastante divergentes, com amplitude de adesão variando de 12% no DS V e 91% no DS VI.

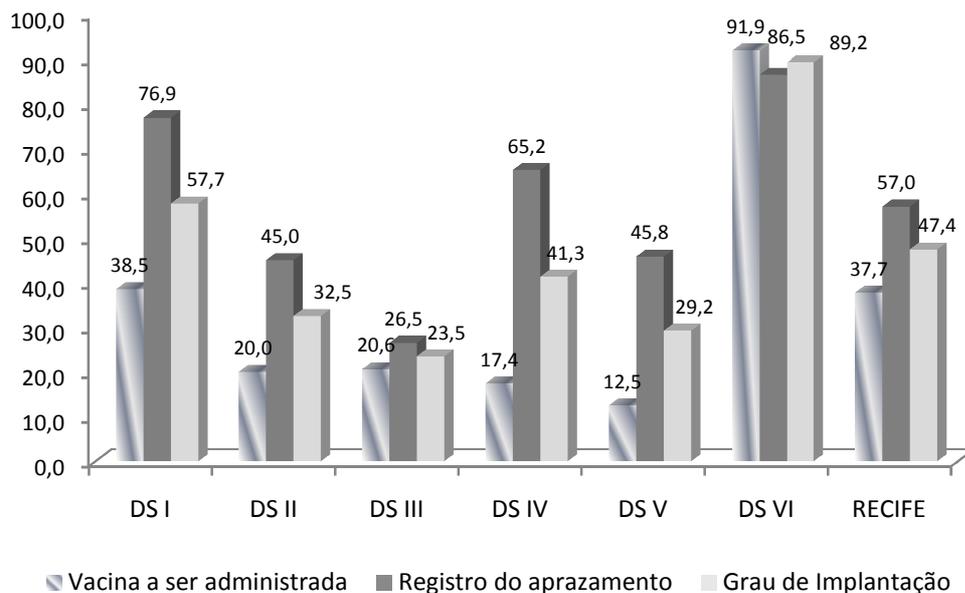


Gráfico 1 – Distribuição das atividades relativas às orientações dadas pelos profissionais aos usuários. Recife, 2010.

O grau de implantação da categoria **realização de atividades técnicas e administrativas nas salas de vacinação** (Tabela 2) para o município (48%) variou de 36% a 61% entre os DS. Os maiores entraves observados são *Uso do cartão controle para adolescentes e adultos* (12%) e *Busca ativa de faltosos* (59%). Observa-se nesta última variável, a heterogeneidade do município com o resultado obtido pelo DS II (95%). Destaque para a variável *Técnica correta de administração da vacina* que, no município, atingiu 90%.

Tabela2 – Distribuição da freqüência das atividades técnicas e administrativas realizadas pelos profissionais da Sala de Vacinação. Recife, 2010.

Técnica Desenvolvida	DS I N=13		DS II N=20		DS III N=34		DS IV N=23		DS V N=24		DS VI N=37		RECIFE N=151	
	n	%	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n	%	n
Registro da data e hora da abertura do frasco	6	46.2	5	25.0	11	32.4	0	0.0	1	4.2	9	24.3	32	21.2
Lavagem das mãos antes da preparação do imunobiológico	12	92.3	16	80.0	21	91.2	22	95.7	19	79.2	33	89.2	133	88.1
Preparo correto da vacina	6	46.2	10	50.0	17	50.0	11	47.8	9	37.5	33	89.2	86	57.0
Técnica correta de administração das vacinas	11	84.6	18	90.0	29	85.3	22	95.7	24	100	32	86.5	136	90.1
Acondicionamento adequado dos pérfuro-cortantes	13	100.0	10	50.0	17	50.0	12	52.2	13	54.2	36	97.3	101	66.9
Uso do cartão controle para criança	9	69.2	20	100.0	20	58.8	14	60.9	13	54.2	29	78.4	105	69.5
Uso do cartão controle para adolescente	2	15.4	5	25.0	5	14.7	1	4.3	2	8.3	3	8.1	18	11.9
Uso do cartão controle para adulto	2	15.4	5	25.0	4	11.8	1	4.3	1	4.3	4	10.8	18	11.9
Cartão controle organizado por data de retorno	4	30.8	7	35.0	7	20.6	0	0.0	2	8.3	7	18.9	27	17.9
Busca ativa de susceptíveis com a clientela	6	46.2	20	100.0	24	70.6	18	78.3	10	41.7	11	29.7	89	58.9
Busca ativa de susceptíveis na área	3	23.1	13	65.0	12	35.3	9	39.1	1	4.2	4	10.8	42	27.8
Busca ativa de faltosos da área de abrangência	6	46.2	19	95.0	24	70.6	16	69.6	9	37.5	15	40.5	89	58.9
Grau de Implantação	80	51,3	148	61,7	191	46,8	126	45,7	104	36,1	216	48,6	876	48,3

Fonte: Pesquisa

- Implantado (> 90%)
- Parcialmente Implantado (de 76 a 89%)
- Insuficientemente Implantado (de 50 a 75%)
- Não Implantado (< 50%)

Em relação à **existência de insumos e materiais para o trabalho**, as salas de vacinação do Recife aderiram parcialmente a estas normas (81%) e apresentaram pouca variação entre os DS (Tabela 3). A variável que obteve adesão mais baixa foi *Fichário da Sala de Vacinação* (67%).

Tabela 3 – Distribuição da frequência dos insumos existentes nas salas de vacinação. Recife, 2010.

Existência de insumos	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI		RECIFE	
	N=13		N=20		N=34		N=23		N=24		N=37		N=151	
	n	%	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n	%	n
Fichário para arquivo dos cartões controle	9	69,2	19	95,0	20	58,8	16	69,6	12	50,0	26	70,3	102	67,5
Há estoque de vacinas	13	100,0	12	60,0	33	97,1	23	100,0	24	100,0	34	91,9	139	92,1
Quantitativo de vacinas atende a demanda	13	100,0	17	85,0	26	76,5	17	73,9	15	62,5	33	89,2	121	80,1
Quantitativo de seringas atende à demanda	13	100,0	13	65,0	29	85,3	23	100,0	22	91,7	31	83,8	131	86,8
Grau de Implantação	48	92,3	61	76,3	108	79,4	79	85,9	73	76	124	83,8	493	81,6

Fonte: Pesquisa

- Implantado (> 90%)
 Parcialmente Implantado (de 76 a 89%)
 Insuficientemente Implantado (de 50 a 75%)
 Não Implantado (< 50%)

O grau de implantação dos procedimentos técnicos nas salas de vacinação do Recife (Tabela 4) está insuficientemente implantado (59%), apresentando variação de 50% a 66% entre os DS. A categoria com maior adesão às normas foi referente à *existência de insumos nas salas de vacinação* (81%) e a menor foi *orientação dada aos usuários* (47%).

Tabela 4 – Grau de Implantação Geral dos Procedimentos Técnicos. Recife, 2010.

Procedimentos Técnicos	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI		RECIFE	
	N=13		N=20		N=34		N=23		N=24		N=37		N=151	
	n	%	n	%	N	%	n	n	%	n	%	n	%	n
Observação de etapas da vacinação	61	78,2	95	79,2	155	76,0	100	72,5	96	66,7	141	63,5	648	71,5
Orientação dada aos usuários	15	57,7	13	32,5	16	23,5	19	41,3	14	29,2	66	89,2	143	47,4
Atividades Técnicas e Administrativas	80	51,3	148	61,7	191	46,8	126	45,7	104	36,1	216	48,6	876	48,3
Existência de insumos	48	92,3	61	76,3	108	79,4	79	85,9	73	76,0	124	83,8	493	81,6
Grau de Implantação Geral	204	65,4	317	66,0	470	57,6	324	58,7	287	49,8	547	61,6	2160	59,6

Fonte: Pesquisa

- Implantado (> 90%)
 Parcialmente Implantado (de 76 a 89%)
 Insuficientemente Implantado (de 50 a 75%)
 Não Implantado (< 50%)

DISCUSSÃO

Identificou-se em Recife que as normas referentes aos procedimentos técnicos estão insuficientemente implantadas (59%). Esta situação pode representar risco, visto que, se os profissionais de saúde não observarem os aspectos específicos relacionados à administração e conservação dos imunobiológicos, o processo de imunização fica comprometido (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001a).

Além dos cuidados que devem permear a prática de vacinação antes, durante e após a sua administração, para que haja redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, é necessária a manutenção de altas coberturas vacinais (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001a).

Por isso, devido ao maior risco de surtos de doenças imunopreveníveis na ocorrência de acúmulo de susceptíveis, a OPAS (2002) recomenda a manutenção de altas taxas de cobertura vacinal. No Brasil, um dos países com o maior reconhecimento internacional na área de Imunização decorrente do êxito do PNI (MOREIRA, 2002; TEMPORÃO, 2003), a cobertura vacinal apresenta tendência crescente a partir da década de 90 e significou em importante fator no controle da morbimortalidade infantil (LIMA; VERAS, 2001). Entretanto, apesar dos avanços, a cobertura vacinal no Brasil em 2007 foi de 81% para o Esquema Vacinal Completo com doses aplicadas, estando abaixo da meta do MS (MORAES, 2007).

A ocorrência de epidemias na vigência de altas coberturas vacinais pode revelar, além de imprecisões no método de calcular a cobertura vacinal, a fragilidade na observância dos procedimentos técnicos (MORAES, 2007).

Um dos procedimentos a ser realizado é a observação das indicações e contra-indicações para o adiamento da vacina. Atualmente no Recife, esta atividade é realizada pelos profissionais em apenas 45% das salas avaliadas. Estudo semelhante realizado por Koti (2010) em Marília-SP revelou que em 70% das salas avaliadas os profissionais observavam a contra-indicação para o adiamento.

O PNI orienta que sejam verificadas as contra-indicações corretamente, para que não haja perda de oportunidade para vacinar, pois a pessoa não imunizada pode adoecer e representa um risco para a comunidade (BRASIL, 2008). Estudo realizado em Unidades Básicas em Feira de Santana (BA) demonstrou que

profissionais de saúde utilizavam critérios diferentes e errados para indicar o adiamento da vacinação em crianças que nasceram prematuras (MOARES; QUIRINO, 2010).

Em relação às orientações que os profissionais de saúde devem fornecer aos usuários sobre a vacina a ser administrada, observa-se não está sendo realizada satisfatoriamente, com adesão dos profissionais em apenas 38% das salas de vacinação do Recife. Na cidade de São Paulo, o perfil da cobertura vacinal identificou que 57,1% dos entrevistados alegaram não saber que as crianças deveriam tomar a vacina como justificativa do atraso (JULIANO et al, 2008).

O não esclarecimento do paciente ou de seus familiares sobre a segurança das vacinas, vacinação na idade e intervalos oportunos, falsas contra-indicações e os riscos das doenças imunopreveníveis foram identificados como as principais causas do não cumprimento do calendário vacinal (FARHAT, 2002; SANTOS; BOHLAND; PAIXÃO, 2009).

Em relação aos eventos adversos pós-vacinais, observa-se aumento do número e da importância de casos em virtude do aumento da cobertura vacinal. Entretanto, um evento que está temporalmente associado à vacina, nem sempre tem relação causal com ela, e esta diferenciação só pode ser feita a partir da investigação e conhecimento adequados dos eventos adversos pós-vacinais (BRASIL, 2008).

Em Recife, foi identificado que os profissionais investigam a ocorrência de eventos adversos à dose anterior em apenas 38% das salas de vacinação. Em salas de vacinação de Marília-SP era realizada apenas em 73% das salas avaliadas (KOTI, 2010).

Outra atividade importante é preparo correto da vacina e o registro da data e hora de abertura do frasco, que quando não observados, estão associados à ocorrência de eventos adversos pós-vacinais relacionados à administração do imunobiológico (BRASIL, 2008). Em Recife, foi identificado que estas duas atividades estão fragilizadas, com adesão pelos profissionais em 21 e 57% respectivamente. Koti (2010) identificou que mais de 97% das unidades em município paulista têm essas atividades implantadas.

A oportunidade perdida de vacinação ocorre quando uma pessoa visita o serviço de saúde e não recebe a(s) vacina(s) de que necessita, sem que haja real

contra-indicação (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001b; BELLESI, 2007). Dentre os problemas logísticos que envolvem a oportunidade perdida para vacinação, estão os recursos humanos que, quando não estão bem treinados, não possuem os conhecimentos técnicos necessários para a atividade (FARHAT, 2008; SANTOS; BOHLAND; PAIXÃO, 2009). Mattos et al (2003) observaram que gestantes que compareciam mais às consultas de pré-natal tinham mais chances de serem vacinadas contra o tétano.

Sobre a cobertura vacinal em uma Unidade de Saúde da Família no município de Belém (PA), Ramos et al (2010) relacionaram os bons resultados encontrados à atuação dos Agentes Comunitários de Saúde ao alertarem a comunidade da proximidade da data de vacinação.

Em Recife, a adesão à busca ativa de faltosos no ano de 2002 foi de 86,9% (MACÊDO et al, 2004), e atualmente, encontra-se fragilizada, com realização em apenas 59% das salas avaliadas. A mesma adesão (59%) foi identificada para a investigação com os clientes que procuram o serviço sobre a sua situação vacinal, para identificar susceptíveis na clientela. Em Marília (SP) apesar de a busca ativa de faltosos ser realizada pelos profissionais em cerca de 90% das salas, a identificação de susceptíveis na clientela que procura o serviço de saúde é realizada apenas em 12% das salas (KOTI, 2010).

No município de Fortaleza a busca ativa de faltosos não é uma atividade incorporada à rotina dos profissionais, sendo realizada em apenas 16,7% das salas avaliadas (LUNA et al, 2011).

O MS ressalta que o Fichário e o Cartão de Controle contribuem para a organização e funcionamento da sala de vacinação e possibilitam a identificação de faltosos e de susceptíveis na área (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001a). Esta é uma atividade que contribui diretamente para o aumento da cobertura vacinal (CAMPINAS, 2008).

Em Recife a adesão ao uso do cartão controle para adolescentes e adultos encontra-se fragilizada, com utilização pelos profissionais em apenas 12% das salas avaliadas.

A fragilidade no uso do fichário já havia sido identificada em Recife por Macêdo (2004) e em Olinda por Santos et al (2006), com cerca de 35% de adesão em ambos estudos. Araújo, Frias e Silva (2008), a partir da avaliação das salas de

vacinação de um DS de Recife, já apontavam a necessidade de intervenções pelos gestores da saúde, visto que, a realização das atividades referentes à Rede de Frio não estavam implantadas.

Os procedimentos técnicos são desenvolvidos pelos profissionais da sala de vacinação na rotina do trabalho, e identificar entraves na sua realização permite conhecer problemas no processo de trabalho que não estão relacionados apenas à vacinação.

Na análise dos resultados de uma avaliação da sala de vacinação, devem ser considerados outros aspectos contextuais da unidade de saúde e da rede assistencial do território onde se insere.

Os resultados deste estudo informam sobre a situação existente em um momento particular, sendo útil no planejamento de saúde. As fragilidades observadas referentes aos procedimentos técnicos nas salas de vacinação da cidade do Recife podem estar associadas a problemas no processo do trabalho e na estrutura física e organizacional do Programa Municipal de Imunização.

No que se refere ao processo de trabalho, identifica-se como potencialidade para resolução dos problemas identificados um modelo de gestão e de atenção à saúde que preconiza a análise do cotidiano dos serviços e das práticas de saúde atuais, extrapolando as estruturas físicas. A valorização do indivíduo inserido num contexto e a responsabilidade sanitária da equipe de saúde pelos seus clientes, por meio de mudanças na prática clínica, da qualificação do trabalho da equipe, da co-gestão e da valorização de espaços coletivos são instrumentos que podem contribuir na superação das dificuldades encontradas nas salas de vacinação.

A avaliação das salas de vacinação pode contribuir para minimizar as dificuldades, especialmente no que se refere à orientação técnica dos profissionais no serviço e objetiva subsidiar os gestores e gerente do programa e das unidades na identificação de pontos críticos na rede possibilitando a tomada de decisão.

Nos modelos de gestão onde há envolvimento dos gestores da estratégia saúde da família com os profissionais das equipes de saúde e suas comunidades, a relação entre eles assume uma postura de negociação e articulação, que objetiva a resolução de problemas reconhecidos pelos atores locais a partir da pactuação entre eles (FIGUEIREDO et al, 2010).

O instrumento de avaliação das salas de vacinação proposto pelo MS se mostra como importante estratégia para o conhecimento do processo de trabalho das equipes e para a identificação das necessidades e potencialidades, que servem de exemplo para adaptação em outros serviços. Pelo seu caráter formativo a proposta do MS, se adequadamente utilizada, contribui ainda com a educação permanente dos trabalhadores das salas de vacinação.

No que concerne à estrutura física e organizacional, e quanto ao processo de trabalho nas salas de vacinação, a avaliação se mostra como um importante instrumento para conhecimento das necessidades do serviço. Porém, para compreender o porquê dos resultados desta avaliação é necessário desenvolver estudos complementares de caráter qualitativo, pela sua capacidade de explicar a rede de fatores implicados na sua determinação, inclusive contextuais.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. C. M.; FRIAS, P. G.; SILVA, M. R. F. Avaliação da Rede de Frio do Programa Municipal de Imunização do Distrito Sanitário IV do município de Recife. Rev. APS, v. 12, n. 3, p. 238-242, jul./set. 2009.

BELLESI, N. Oportunidades perdidas. Revista Paraense de Medicina, Belém, v. 21, n. 2, p. 61-62, abr./jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informatização do Programa Nacional de Imunização. 2011. Disponível em: <<http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp>>. Acesso em: 22 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão das Salas de Vacinação: manual do usuário, Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual da Rede de Frio. 4. ed. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

CAMPINAS (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Caderno de Saúde da Criança. Campinas, 2008. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo_crianca_adolescente/prot_saude_crianca.htm>. Acesso em: 22 fev. 2011.

FARHAT, K. K. et al. Imunizações: Fundamentos e Prática. 5. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008.

FIGUEIREDO, P. P. et al. Processo de Trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 235-259, 2010.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Manual de Normas de Vacinação. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Manual de Procedimentos Técnicos de Vacinação. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a.

GONÇALVES, M. L.; ALMEIDA, M. C. P.; GERA, S. C. A municipalização da vacinação em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 79-87, jan./mar. 1996.

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

IBGE. Cidades@. 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 22 fev. 2011.

JULIANO, Y. et al. Segunda Etapa da Campanha Nacional de Multivacinação do Município de São Paulo, 2005: Perfil de Cobertura de Diferentes Unidades Básicas de Saúde. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 14-19, mar. 2008.

KOTI, K. C. E. V. Avaliação das Salas de Vacinas na Rede Básica no Município de Marília. 2010. Dissertação (Mestrado profissional em Enfermagem) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010.

LIMA, M. C.; VERAS, A. M. C. A. Cobertura vacinal: situação atual e fatores relacionados. Revista Pediátrica de Pernambuco, Recife, v. 14, n. 1, p. 17-24, 2001.

LUHM, K. R.; WALDMAN, E. A. Sistemas Informatizados de Registro de Imunização: Uma Revisão com Enfoque na Saúde Infantil. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 55-64, jan./mar. 2009.

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

MACÊDO, V. C. et al. Um olhar sobre a imunização no município do Recife em 2002: o grau de implantação nas equipes de saúde da família. Nursing, São Paulo, v. 7, n. 76, p. 45-50, set. 2004.

MATTOS, L. M. B. B. et al. Oportunidades Perdidas de Imunização Antitetânica de

Gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Revista Panamericana de Saúde Pública, Washington, v. 14, n. 5, p. 350-354, nov, 2003.

MIRANDA, D. B.; GUIMARÃES, I. G.; ALVES, E. D. Representações Sociais da Descentralização do SUS: Perspectivas dos gestores municipais de saúde de Goiânia, Brasil. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 33, n.3, p. 349-360, jul./set. 2009.

MORAES, A. C.; QUIRINO, M. D. Prática de Imunização da Criança Prematura. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v. 9, n. 2, p. 350-357, abr./jun. 2010.

MORAES, J. C. (Org.). Inquérito de Cobertura Vacinal nas Áreas Urbanas das Capitais do Brasil. São Paulo; Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ICV.pdf>>. Acesso em 22 fev. 2011.

MORAES, J. C. et al. Cobertura Vacinal no Primeiro Ano de Vida em Quatro Cidades do Estado de São Paulo, Brasil. Rev Panam de Salud Pública, Washington, v. 8, n. 5, p. 332-345, nov. 2000.

MOREIRA, M. S. Política de imunização no Brasil: processo de introdução de novas vacinas. 2002. Dissertação (Mestrado em ciências na área de saúde pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Cronologia da Saúde no Brasil. Brasília, DF, 2002 (Agenda OPAS/OMS).

RAMOS, C. F. et al. Cumprimento do calendário de vacinação de crianças de uma unidade de saúde da família. Rev. Pan-Amaz de Saúde, Ananindeua, v. 1, n. 2, p. 55-60, jun, 2010.

RECIFE. Prefeitura. A Cidade do Recife: aspectos gerais. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br>>. Acesso em: 22 fev. 2011.

REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ASSESSOR EM DOENÇAS PREVENÍVEIS POR VACINAÇÃO, 15., 2002, Washington, D.C. Conclusões e recomendações: informe final. Washington, DC: [s.n.], 2002.

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

SANTOS, P. C. F.; BOHLAND, A. K.; PAIXÃO, A. C. Oportunidades perdidas de vacinação em um hospital de referência pediátrica, em Aracajú (SE), Brasil. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, p. 29-38, jan./mar. 2009.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde: Imunização: informações gerais. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_im.html>. Acesso em: 13 mar. 2011.

SCHATZMAYR, H. G. et al. Erradicação da poliomielite no Brasil: a contribuição da Fundação Oswaldo Cruz. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 11-24, jan./abr. 2002.

SILVA, L. M. V. et al. Coberturas vacinais superestimadas? Novas evidências a partir do inquérito de Pau da Lima. Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 1, n. 6, p. 444-450, jun. 1997.

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

VALENTIM, J. Avaliações econômicas de programas de vacinação: as estimativas de custos em intervenções de preventivas. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

VERONESI, R.; FOCCACIA, R. Tratado de Infectologia. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

APÊNDICE A - Instrumento de Supervisão de Sala de Vacinação

SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS SALAS DE VACINAÇÃO

Unidade de Saúde: _____

Data: ____/____/____

Tipo de Estabelecimento: Hospital () Hospital / Maternidade ()
 Maternidade () Unidade de Saúde Tradicional () Clínica () Unidade de
 Saúde da Família ()

Tipo de Administração: Federal() Estadual() Municipal()
 Filantrópica() Privada() Universitária()

Endereço Completo: _____

Supervisor _____

I – IDENTIFICAÇÃO

1) Horário de funcionamento do EAS - Manhã: _____ às _____

2) Horário de funcionamento do EAS - Tarde: _____ às _____

3) Horário de funcionamento do EAS - Integral: _____ às _____

4) A Sala de Vacina funciona: Sábado() Domingo() Feriado() Não()

5) Horário de funcionamento da Sala de Vacinação: Manhã: _____ às _____

6) Horário de funcionamento da Sala de Vacinação: Tarde: _____ às _____

7) Horário de funcionamento da Sala de Vacinação: Integral _____ às _____

12) Todas as vacinas do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) são administradas durante todo o período de funcionamento da Sala de Vacinação?

Sim () Não ()

12.1) Se NÃO:

Vacinas	QUANDO						
	Manhã	Tarde	1 vez /semana	2 vezes p/ semana	3 vezes / semana	Quinzenal	Mensal
BCG							
Hepatite B							
Pólio Oral							
DTP							
Rotavírus							
Tetraivalente							
Sarampo							
Tríplice Viral							
Dupla Viral							
dT							
Febre amarela							

12) Profissionais que atuam na Sala de Vacinação e Responsável Técnico:

Nome	Categoria Profissional	Capacitações											
		Sala Vacina			BCG			Rede Frio			E.. Adversos		
		Sim	Ano*	Não	Sim	Ano	Nã o	Sim	Ano	Nã o	Sim	Ano	Nã o

*Registrar o ano da última capacitação.

II - PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

- 1) Indicação da Vacina:
 - 1.1) Verifica a idade e intervalo entre as doses? Sim() Não ()
 - 1.2) Investiga a ocorrência de eventos adversos à dose anterior? Sim() Não()
 - 1.3) Observa situações em que o adiamento temporário da vacinação está indicado e ou contra-indicações? Sim () Não ()
 - 1.4) Orienta sobre a vacina a ser administrada? Sim () Não ()
Não observado ()
 - 1.5) Orienta o registro do aprazamento? Sim () Não () Não observado ()
- 2) Observa o prazo de validade da vacina? Sim () Não ()
- 3) É realizada a lavagem das mãos antes da preparação do imunobiológico?
Sim () Não ()
- 4) O preparo da vacina está: Correto () Incorreto () Não Observado ()
- 5) Registra data e hora de abertura do frasco? Sim () Não ()
- 6) Observa o prazo de validade após a abertura do frasco? Sim () Não ()
- 7) A técnica de administração da vacina está: Correta () Incorreta ()
Não Observado ()
- 8) Faz o acondicionamento de materiais perfurocortantes conforme as normas de biossegurança?
Sim () Não ()
- 9) Faz busca ativa de suscetíveis com a clientela que frequenta o EAS?
Sim () Não ()
- 10) Faz busca ativa de susceptíveis na área? Escolas, creches, abrigos, construção civil, etc?
Sim () Não ()
- 11) Tem fichário ou similar na sala para arquivo dos cartões controle?
Sim () Não()
- 12) Faz uso do cartão controle:
 - 12.1) Para criança Sim () Não ()
 - 12.2) Para adolescente Sim () Não ()
 - 12.3) Para adulto Sim () Não ()
- 13) Os cartões controle são organizados por data de retorno? Sim () Não()

14) Realiza busca ativa de faltosos da área de abrangência do EAS?

Sim () Não ()

15) O quantitativo de vacinas é suficiente para atender a demanda?

Sim () Não ()

16) Há estoque excessivo de vacinas na U.S? Sim () Não ()

17) O quantitativo de seringas e agulhas é suficiente para atender a demanda?

Sim () Não ()

18) Observa o prazo de validade das seringas e agulhas? Sim () Não ()

19) Acondiciona separadamente os vários tipos de lixo? Sim () Não ()

20) Destino final do lixo: Adequado () Inadequado()

III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

1) Situações identificadas:

Recomendações:

Responsável pela Avaliação

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua, e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Avaliação das Ações de Imunização do Município do Recife.

Pesquisador Responsável: Paulo Germano de Frias

Telefone para contato: (081) 2122-4147

A presente pesquisa tem por objetivo Avaliar o grau de aderência às normas do PNI nas salas de vacinação das unidades de saúde do Município de Recife-PE.

O possível desconforto que essa pesquisa poderá acarretar aos voluntários é: inibição por não saber responder adequadamente algumas perguntas propostas; e como benefício: a conscientização sobre a importância do conhecimento sobre o tema.

A participação na pesquisa constitui risco mínimo uma vez que nenhum procedimento vai ser realizado com você. Você não terá qualquer despesa na participação da pesquisa e, conseqüentemente, por se tratar de uma participação voluntária você não receberá nenhuma forma de pagamento.

O voluntário dessa pesquisa poderá retirar-se da mesma, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para ele, e seu nome não será divulgado em nenhum momento dessa pesquisa, mas os seus resultados poderão ser apresentados em trabalhos científicos e/ou Congressos.

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Avaliação das Ações de Imunização do Município do Recife, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Testemunha 1 _____

Testemunha 2 _____

Pesquisador Responsável: _____

Recife _____ de _____ de 2009.