

PERFIL VACINAL DA POPULAÇÃO INFANTIL EM UM MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO BAIANO¹

CHILD POPULATION VACCINATION PROFILE IN A MUNICIPALITY OF THE RECÔNCAVO BAIANO²

Milleidy Cezar Peixoto²

Moisés Teixeira Torres³

Núbia Cristina Rocha Passos⁴

Tatiane Santos Couto de Almeida⁵

O estudo teve como objetivo avaliar o perfil vacinal da população infantil (0-4 anos) do município de Elísio Medrado – BA. Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva de abordagem quantitativa, realizada no Centro de Saúde do município de Elísio Medrado. Os dados foram coletados dos cartões-espelho de crianças de 0 a 4 anos de idade nascidas entre 2011 e 2015, e foram analisados através da estatística descritiva e construção do diagrama de Pareto. Os resultados mostram que dos 536 cartões espelho selecionados, 88,6% encontrava-se com o calendário básico de imunização incompleto. Quanto ao perfil demográfico desta população, as crianças do sexo masculino e com a faixa etária de 2 anos foram as que possuíam o calendário básico de imunização mais atrasado. Das 14 vacinas oferecidas através do calendário básico de vacinação infantil, seis encontravam-se aquém da cobertura vacinal preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações, e oito destas encontravam-se com uma cobertura vacinal satisfatória. As vacinas com maior número de atrasos foram contra febre amarela, hepatite B e a vacina inativada contra a poliomielite. O estudo possibilitou o reconhecimento do perfil vacinal da população infantil do município, visto que isto é essencial para a adequação de programas governamentais de vacinação e para a identificação de crianças em atraso, mostrando aos profissionais envolvidos na gestão que o serviço de imunização transcende a demarcação de uma área para aplicação das vacinas, é preciso que este processo seja focalizado no princípio da integralidade.

Palavras-chave: Imunização. Cobertura Vacinal. Qualidade do Serviço de Saúde.

This study aimed to assess the vaccination profile of children living in the municipality of Elísio Medrado, Bahia, Brazil. This was a descriptive research within a quantitative approach carried out in a healthcare center. Data were collected from immunization cards of 0 to 4 year-old children born between 2011 and 2015. Data were analyzed using descriptive statistics and the Pareto diagram. The results show that from the 536 cards sampled, 88.6% had an incomplete vaccination schedule. With regard to the demographic profile, two year-old male children had the lowest immunization coverage. Of the 14 vaccines offered, six had a lower coverage than established by the National Immunization Program and eight had satisfactory coverage. Vaccines with under-coverage were yellow fever, hepatitis B and polio. This study is relevant as far as it described the child population vaccination profile of the municipality, and the results might be used to adapt immunization public policies in order to identify children with delayed schedules. It might also help to show health professionals that vaccination services are not limited to established areas and must be understood as an integral process.

Keywords: Immunization. Vaccinal Coverage. Healthcare Service Quality.

¹Extraído da monografia da primeira autora, apresentada à FAMAM para obtenção do grau de Bacharelada em Enfermagem;

²Enfermeira; Mestranda do programa de Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente da Faculdade Maria Milza - FAMAM; Governador Mangabeira - Bahia; <http://lattes.cnpq.br/2550057528722116>. E-mail: milleidycezar17@hotmail.com.

³Enfermeiro; Especialista em Docência do Ensino Superior; Santo Antônio de Jesus - Bahia; <http://lattes.cnpq.br/9785907944726447>; E-mail: moisestsms@gmail.com.

⁴Mestra em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional; Docente da Faculdade de Ciências e Empreendedorismo - Facemp; Enfermeira; Santo Antônio de Jesus - Bahia; <http://lattes.cnpq.br/8166818563808510>. E-mail: nubiapassos@gmail.com.

⁵Mestre em Saúde Coletiva; Diretora da Atenção Básica no município de Santo Antônio de Jesus - BA; Enfermeira; Santo Antônio de Jesus - Bahia; <http://lattes.cnpq.br/2436928628639073>. E-mail: enf.tatianecouto@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A vacinação é uma técnica milenar que historicamente ganhou credibilidade e êxito com a descoberta da vacina contra a varíola. A vacinação é a forma mais fácil de proteção contra doenças infectocontagiosas, pois trata-se de “preparações imunogênicas compostas por um grupo de substâncias [...] que ao serem administradas a indivíduos imunocompetentes induzem um estado específico de proteção contra os efeitos nocivos do agente relacionado” (PINTO; MATTA; CRUZ, 2011, p.3).

O Brasil é um dos países que oferecem maior número de imunobiológicos de forma gratuita, sendo ofertados 44 produtos entre vacinas, soros e imunoglobulinas aos grupos populacionais-alvo, compostos entre outros pela população infantil (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

O público infantil é prioridade nas políticas de atenção do Ministério da Saúde, já que as vacinas atuam na proteção à saúde e na prevenção de doenças a partir dos primeiros dias de vida, e é nesse sentido que a vacinação vem alcançando “êxito em diversos países, por meio de altas coberturas vacinais e consideráveis avanços no controle e erradicação de doenças” (FIGUEIREDO et al., 2011, p.2).

No Brasil, todos os processos relacionados à imunização são articulados pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), que tem como objetivo principal oferecer de forma universal todas as vacinas com qualidade a todas as crianças que nascem em nosso país, na perspectiva de alcançar altas coberturas vacinais de forma homogênea (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, o PNI define um conjunto de estratégias numa busca contínua por ampliação da cobertura vacinal e determina as técnicas que devem ser utilizadas pela equipe de saúde, visando a qualidade assistencial e uma boa cobertura vacinal que resulte em uma proteção individual e principalmente coletiva para diminuir os riscos de surtos ou epidemias na comunidade.

Este programa é considerado um dos componentes da Saúde Pública mais importantes das últimas décadas e conta com grande aceitação da população brasileira que o avalia de forma positiva, inclusive pelo impacto na redução ou eliminação de doenças que, por muitos anos, talvez décadas, ceifaram vidas ou deixaram sequelas na população (BRASIL, 2013).

Hoje, através de inúmeras descobertas e

grande sucesso do programa de imunizações brasileiro, pode-se perceber que “a prática de vacinação parece ser moralmente inquestionável, pois é considerada uma das maiores conquistas da humanidade no controle e erradicação de doenças infectocontagiosas.” (MOULIN, 2003 apud LESSA; SCHRAMM, 2015 p. 116). Representando um importante avanço tecnológico em saúde nas últimas décadas, é considerado um procedimento de boa relação custo/eficácia no setor (FIGUEIREDO et al., 2011, p. 2).

Nesse sentido, a pesquisa buscou avaliar o perfil vacinal da população infantil (0-4 anos) do município de Elísio Medrado – BA. Para tanto foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: conhecer o perfil demográfico da população de 0-4 anos e averiguar se o perfil vacinal encontrado na unidade corresponde ao preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada através de pesquisa documental em cartões espelho cadastrados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) do Centro de Saúde da cidade de Elísio Medrado-BA, no ano de 2016. Vale salientar que esta unidade é a única do município que conta com o sistema informatizado e, por isso, espera-se que todas as crianças da cidade estejam cadastradas.

O estudo foi liberado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (do CEP FAMAM) sob o parecer nº 1.727.203.

Foram utilizados como critério de inclusão os cartões espelho das crianças nascidas entre 01/01/2011 e 31/12/2015, ou seja, crianças na faixa etária de 0 a 4 anos. Foram excluídos do estudo cinco cartões repetidos (com o mesmo nome, filiação e data de nascimento), 45 cartões nos quais as crianças estavam nomeadas como Recém Nascido (RN) e dois cartões sem identificação, totalizando 52 cartões espelho.

Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram coletados 536 cartões espelho presentes no SIPNI.

Os dados obtidos foram lançados no Microsoft Excel para determinar o número total de crianças cadastradas no SIPNI; o número total de crianças com o calendário básico atrasado; a faixa etária (0-4 anos) que é mais faltosa à vacinação; o sexo que

possui maior número de vacinas atrasadas; as vacinas que estão em atraso nos cartões vacinais das crianças e como encontra-se a meta de imunização na unidade comparada à preconizada pelo PNI.

Para a análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva, sendo calculada a frequência relativa para a construção do diagrama de Pareto.

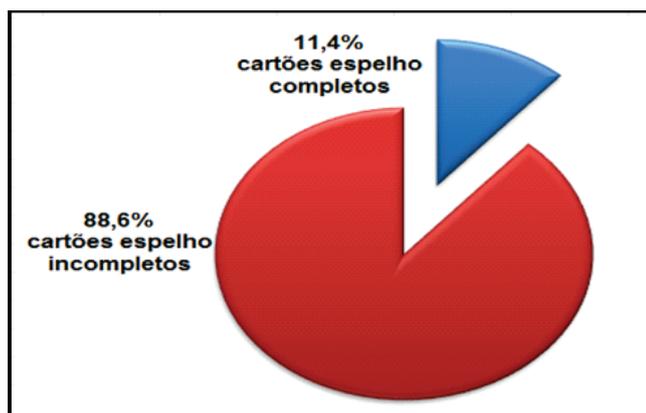
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção estão sistematizados e organizados os resultados encontrados a partir dos cartões espelhos de 536 crianças na faixa etária de 0 a 4 anos.

Para melhor entendimento das informações, estas foram organizadas nos seguintes tópicos: aspectos demográficos (faixa etária e sexo); classificação das vacinas atrasadas no calendário básico infantil e metas do PNI x metas obtidas pela unidade por vacina.

Foram avaliados 536 cartões espelho das crianças na faixa etária de 0 a 4 anos, sendo que 475 crianças estavam em atraso, configurando 88,6%, enquanto 61 cartões vacinais encontravam-se atualizados, representando 11,4%, como pode ser identificado na Figura 1 abaixo:

Figura 1. Número de crianças com calendário básico de vacinação completo e incompleto



Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Os resultados obtidos neste estudo mostram que, no município estudado, o número de crianças com esquema básico de vacinação completo está aquém do que é preconizado pela PNI, deixando grande parcela das crianças susceptíveis à doenças imunopreveníveis, o que aumenta o risco de adoecimento da coletividade.

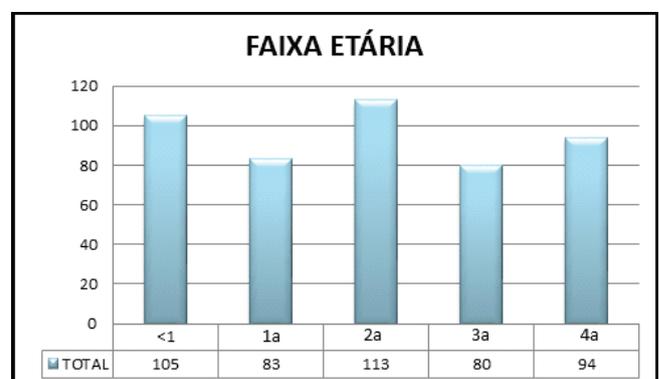
A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estimam que a cada ano morrem no mundo 2,5 milhões de crianças menores de cinco anos de idade por doenças que poderiam ter sido evitadas por ações de imunização. Esta realidade reflete um cenário que, apesar de grandes avanços, continua inacessível para cerca de 24 milhões de crianças, que estão expostas a um risco maior de adoecimento e morte (YOKOKURA, et al., 2013).

Quanto aos aspectos demográficos, podemos observar a faixa etária (Figura 2) e o sexo (Figura 3) das crianças que possuem maior atraso no cumprimento do calendário básico de vacinação infantil.

A Figura 2 indica que as crianças menores de 1 ano totalizaram 22,1% (105) com esquema básico de vacinação incompleto; crianças com 1 ano, 17,5% (83); crianças com 2 anos totalizaram 23,8% (113); crianças com 3 anos 16,8% (80) e as crianças de 4 anos 19,8% (94) de vacinação atrasada.

Figura 2. Faixa etária das crianças com o calendário básico de vacinação incompleto



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Através destes dados pode-se identificar que a faixa etária com maior número de crianças com calendário básico atrasado é a de 2 anos de idade, e a faixa etária com menos número de atrasos é a de 3 anos de idade. Já em um estudo realizado por Carneiro et al. (2013), no município de Volta Redonda - RJ foram avaliadas 96 cadernetas de vacinação nos quatro postos de saúde, sendo 30 do bairro Volta Grande, 21 do bairro Vila Americana, 23 cartões do bairro Santo Agostinho e 22 do bairro Nova Primavera. Do total (96), 11 crianças estavam em atraso, configurando 11%, enquanto 85 encontravam-se em dia, representando 89%. A UBSF Santo Agostinho foi a que apresentou maior atraso no esquema vacinal, apontando 5 (22%) das 23 crianças avaliadas. A UBSF Nova Primavera mostrou um atraso compatível com 18% (4) do total de 22 e a UBSF Vila Americana apresentou 10% (2)

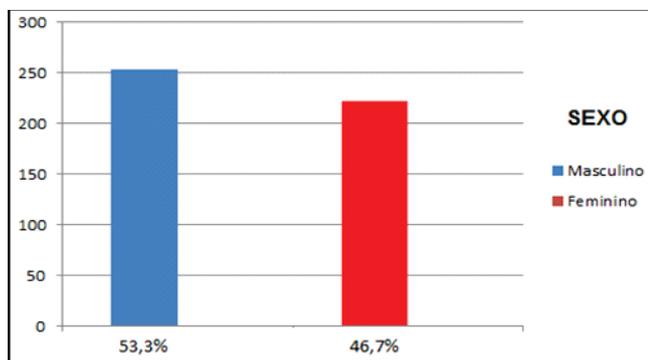
de atraso da totalidade de 21 cartões. Já a UBSF Volta Grande não revelou atraso vacinal nas 30 crianças analisadas, configurando 100% de cartões em dia; a faixa etária de < 1 ano teve a maior prevalência (55%) de crianças com carteiras de vacinação em atraso.

De acordo com Yokokura et al. (2013), apesar do declínio significativo no Brasil das doenças imunopreveníveis, ainda se observa uma heterogeneidade acentuada na cobertura vacinal e um número considerável de crianças menores de um ano não vacinadas, o que representa risco de introdução e manutenção da circulação de agentes infecciosos, requerendo estratégias distintas de vacinação.

Ainda cabe-nos ressaltar a importância da vacinação em qualquer que seja a faixa etária da criança, já que a população menor de 5 anos é um público bastante suscetível a infecções e, uma vez instalada a doença, a criança pode sofrer danos irreversíveis ou letais.

Na Figura 3 pode-se observar que dos 475 cartões espelho atrasados, 253 (53,3%) eram de crianças do sexo masculino, e 222 (46,7%) eram de crianças do sexo feminino.

Figura 3. Sexo das crianças com o Calendário Básico de Vacinação incompleto



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Carneiro et al. (2013), num estudo semelhante ao nosso, observou que 45% das crianças com cartão vacinal incompleto eram do sexo feminino e 55% do masculino, resultados estes que se assemelham aos encontrados na presente pesquisa.

Na pesquisa feita por Yokokura et al. (2013), os autores informam que os maiores percentuais de esquema básico incompleto foram encontrados em crianças do sexo feminino.

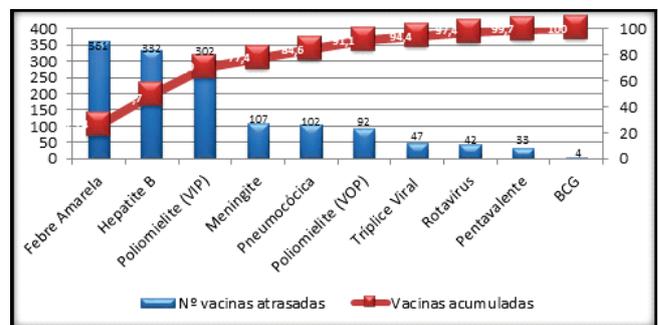
As diferenças no cumprimento do calendário básico de acordo com o sexo provavelmente sejam explicadas por diferentes padrões socioculturais e de

compreensão do papel de cada gênero na sociedade.

CLASSIFICAÇÃO DAS VACINAS ATRASADAS NO CALENDÁRIO BÁSICO INFANTIL

Na Figura 4 pode-se constatar os 10 tipos diferentes de vacinas que estão em atraso no calendário básico de vacinação da população infantil da unidade em estudo.

Figura 4. Vacinas atrasadas do calendário básico de vacinação infantil



Fonte: Dados da pesquisa, 2016

A vacina que apresenta maior número de crianças faltosas é a da febre amarela, com um total de 361 crianças sem vacinar seguida da vacina contra a hepatite B, com um total de 332 crianças sem imunização. A terceira posição é ocupada pela vacina inativada contra a poliomielite (VIP), somando 302 crianças sem vacinar. Para a vacina contra a meningite C, pneumocócica e poliomielite (VOP) 107, 102 e 92 crianças, respectivamente, não foram vacinadas. Com índices mais baixos, estão as vacinas tríplice viral, rotavírus e pentavalente, totalizando 47, 42, 33 atrasos, respectivamente. A vacina que obteve menor número de crianças sem imunização foi a vacina BCG, com um total de quatro crianças.

Conforme apresentado na figura acima, para diminuir o problema da quantidade de vacinas atrasadas será necessário criar ações para que a unidade consiga reverter esse quadro, como por exemplo, realizando a busca ativa de crianças não imunizadas contra febre amarela, hepatite B e VIP conseguiria-se resolver 69,9% das vacinas atrasadas.

Ainda considerando a Figura 4, podemos observar que a maioria das doses de vacinas atrasadas se deu com a vacina contra a febre amarela, visto que das 475 crianças com o calendário básico atrasado, 361 não foram vacinadas. Este fato pode estar relacionado ao novo

esquema básico que foi implantado no ano de 2016, segundo o qual as crianças que tomavam apenas uma dose com 9 meses, e o reforço a cada 10 anos, passou a tomar 1 dose com 9 meses e um reforço com 4 anos. Esta é uma hipótese que pode justificar o número de tantas crianças faltosas no cumprimento da vacinação contra a febre amarela.

De acordo com um estudo realizado por Carneiro et al. (2013), pôde ser observado que a maioria das doses de vacinas atrasadas se deu com as vacinas pneumocócica 10 e contra o rotavírus, realidade que contradiz os resultados obtidos nesta pesquisa.

Outra vacina que também se encontra abaixo do preconizado pelo PNI é a vacina contra a hepatite B, que deve ser administrada nos primeiros dias de vida, preferencialmente na maternidade. Entretanto, no presente estudo observou-se que 332 crianças não foram vacinadas. Luhm e Waldman (2009) salientam que o sub-registro de vacinas pode ser ocasionado por erros no registro das doses ou problemas no repasse dos dados dos serviços para o sistema informatizado. É o que possivelmente acontece no caso da vacina contra a hepatite B oferecida na maternidade, mas cujo registro no SIPNI deveria ser feito pela equipe da unidade em estudo. Elevada proporção de doses inválidas de vacina contra a hepatite B decorrentes da aplicação em datas ou intervalos inferiores aos preconizados pelo PNI foi observada em estudos feitos por Luhm, Cardoso e Waldman (2011) e por Yokokura et al. (2013), possivelmente por falhas no agendamento. A não administração de imunobiológicos na idade oportuna pode reduzir a resposta imunológica, diminuindo a eficácia das vacinas. Por esse motivo, desde o ano de 2012, a vacina contra a hepatite B passou a ser administrada na maternidade, preferencialmente nas 12 primeiras horas de vida.

O terceiro lugar de vacina com maior atraso é ocupado pela vacina contra a poliomielite (VIP), com 302 crianças sem administração do imunobiológico. Tertuliano e Stein (2011) explicam que as vacinas que apresentam três doses ou mais para a imunização das crianças apresentam um percentual de atraso mais elevado, como no caso da vacina VIP, que possui três doses que devem ser administradas na criança com 2, 4 e 6 meses.

A observação de atraso na aplicação das vacinas, especialmente das segundas doses e reforço, aponta a necessidade de melhoria das estratégias de busca de faltosos (CARNEIRO et al.,

2013).

As vacinas meningocócica C, a pneumocócica e a vacina oral contra a poliomielite (VOP) mantiveram-se em níveis semelhantes de atraso, sendo que 107 crianças deixaram de ser imunizadas contra a meningite C, 102 não receberam a pneumocócica e 92 crianças não tomaram a VOP.

As vacinas tríplice viral, rotavírus e pentavalente também se encontram em um patamar semelhante de atraso, com 47, 42 e 33 crianças que não receberam estas vacinas, respectivamente.

No que diz respeito à vacina BCG, apenas 4 crianças estavam sem registro de administração. Esse pequeno número de doses não aplicadas pode decorrer do fato da vacina BCG ser aplicada em dose única, não havendo erros quanto ao intervalo entre as doses (MORAES et al., 2003).

Os mesmos autores ainda ressaltam que, tendo em vista que na maioria das situações a BCG tem sido aplicada ainda nas maternidades e que os partos são hospitalares na sua quase totalidade, é de se esperar que o número de doses aplicadas seja alto, coincidindo com a taxa de internações para o parto.

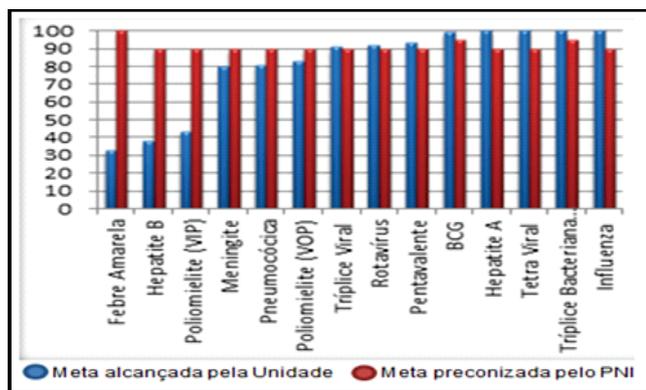
Para as vacinas tríplice bacteriana (DTP), tetra viral, hepatite A e influenza todas as crianças estavam imunizadas, entretanto as demais (febre amarela, hepatite B, poliomielite VIP, meningocócica C, pneumocócica, poliomielite VOP, tríplice viral, rotavírus, pentavalente e BCG) encontravam-se em atraso.

Talvez o desconhecimento da importância de manter os intervalos preconizados para a adequação imunológica seja uma das razões para que tantas vacinas estejam em atraso. É necessário incrementar a supervisão dos enfermeiros nas salas de vacinação, de modo contínuo e regular, identificando e intervindo oportunamente e garantindo o cumprimento das normas vigentes (YOKOKURA et al., 2013).

METAS DO PNI X METAS OBTIDAS PELA UNIDADE POR VACINA

Na Figura 5, observa-se a cobertura vacinal do grupo estudado com relação às vacinas do calendário básico da criança, onde se pode visualizar que a maioria das vacinas não se encontram de acordo com as metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunizações, 2016.

Figura 5. Comparativo das metas do PNI e metas da unidade



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Carvalho e Araújo (2010) encontraram informações semelhantes ao presente estudo, na cidade de Teresina, onde a cobertura vacinal encontrada estava abaixo do preconizado pelo PNI para todas as vacinas.

Para a primeira vacina do gráfico, contra a febre amarela, o PNI tem como meta um percentual de 100% de vacinação, entretanto na unidade em estudo a meta alcançada para esta vacina foi de apenas 32,6% de crianças vacinadas, fato que mostra a necessidade de medidas mais efetivas para a atualização do cartão vacinal, visto que houve mudança no esquema de vacinação contra essa doença, e estas crianças devem ser imunizadas o quanto antes, já que apenas uma dose aos 9 meses, sem o reforço aos 4 anos, não é o suficiente para que seja garantida sua imunidade.

A segunda vacina, que de acordo com o gráfico se encontra com muitos faltosos, é a vacina contra a hepatite B. O PNI preconiza uma cobertura vacinal de 90%, entretanto apenas 38,1% das crianças foram imunizadas contra esta patologia. Diante desta situação, é possível pensar no sub-registro desta vacina no SIPNI, visto que a vacinação contra a hepatite B ainda é feita na maternidade, e em decorrência disto, o profissional da unidade em estudo pode não estar efetuando o lançamento da dose no sistema.

Na busca de realizar uma comparação com estudos realizados nesta mesma vertente, Queiroz, et al. (2013) destacam que, em relação à vacina contra hepatite B, Teresina obtém a cobertura de 84% e a cidade de São Luís apresenta um percentual menor que 80%. Assim, o valor encontrado no presente estudo se mostra muito inferior às metas definidas pelo PNI e inferior também aos números encontrados nas cidades mencionadas.

Para a terceira vacina, contra a poliomielite

(VIP), o PNI preconiza uma meta de vacinação de 90%, mas a cobertura da unidade em estudo foi de apenas 43,7%. Yokokura et al., (2013) mostram no seu estudo evidências de baixas coberturas das vacinas de múltiplas doses na cidade de São Luís, quando comparadas a outras pesquisas no país (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011; ROCHA et al., 2010). Visto que a VIP é uma vacina que requer um esquema vacinal de três doses, aumentam as chances de abandono do esquema.

O PNI estabelece a meta de 90% para a vacina meningocócica C (MMC), pneumocócica e a vacina oral contra a poliomielite. Para a MMC, a unidade em estudo alcançou uma cobertura de 80%, próxima ao valor preconizado; para a pneumocócica a unidade alcançou 81% e para a vacina oral contra a poliomielite, 82,8%. Para as duas últimas, a meta não foi alcançada, entretanto a margem de faltosos é pequena.

Para a vacina oral contra a poliomielite (VOP), em Salvador a cobertura atingida foi de apenas 85%, um pouco maior que a meta encontrada na unidade (QUEIROZ, et al., 2013). Pela frequência com que são feitas as campanhas nacionais de imunização como a VOP, onde são oferecidas múltiplas oportunidades para a vacinação das crianças menores de cinco anos, esperava-se que a meta da unidade fosse superior à preconizada pelo PNI.

A meta da unidade para a vacina tríplice viral ficou em torno de 91,2%, sendo a meta do PNI de 90%. Por tanto, para esta vacina a meta foi alcançada. Queiroz et al. (2013) fizeram uma pesquisa nas cidades de Teresina, Fortaleza, Aracajú e Natal e observaram que a cobertura alcançada para a vacina tríplice viral foi de 80%. Já na cidade de São Luís, a cobertura ficou abaixo de 80%, indicando que em todas essas cidades a meta não foi alcançada.

Para as vacinas rotavírus (VORH), a cobertura alcançada pela unidade foi de 92,2%, para a pentavalente 93,8% e para a BCG 99,3%. No caso destas vacinas, as metas do PNI também foram alcançadas, já que para a VORH e a penta a meta é de 90% de cobertura e para a BCG a meta é de 95%.

Em dois estudos realizados, a meta para a vacina BCG foi alcançada, assim como no presente estudo. Em São Luiz, para a vacina BCG a meta atingida foi superior a 95% e em todas as outras capitais as metas ficaram acima de 85%, talvez porque praticamente não exista restrição para considerar uma dose aplicada como válida (YOKOKURA et al., 2013; QUEIROZ et al., 2013).

A unidade conseguiu alcançar a meta de 100%

para as vacinas contra a hepatite A, tetraviral, tríplice bacteriana (DTP) e influenza. Entretanto, no ano de 2015 ainda não estavam incluídas a tetraviral e nem a hepatite A no calendário básico de imunização. Provavelmente essa cobertura de 100% para as duas vacinas não exista, visto que elas não estavam disponíveis nos anos em estudo. Vale destacar que são realizadas campanhas anuais de vacinação contra a influenza para o público de 6 meses à 5 anos, o que é um fator positivo para que seja alcançada a cobertura de 100%.

Em Recife, a cobertura para DTP foi de 83%; já na cidade de Teresina, o percentual obtido foi acima de 95%, em Salvador o desempenho foi de 96,5% e em Natal de 97%. As menores taxas de cobertura foram observadas em São Luís, apresentando coberturas de 85% (QUEIROZ et al., 2013).

Ao comparar os resultados encontrados para todas as vacinas com os de pesquisas realizadas nas capitais brasileiras no ano de 2013 e em dois municípios do Estado da Bahia no ano de 1997, foi observada situação semelhante quanto às baixas coberturas vacinais (QUEIROZ et al., 2013).

Esta situação nos faz pensar que, apesar da adoção de um calendário nacional de vacinação e das vacinas serem oferecidas à população, sua aplicação depende da decisão pessoal dos pais em levarem as crianças para realizar a vacinação. Por outro lado, é fundamental o compromisso da equipe de saúde na promoção de educação em saúde e na reorganização das práticas de saúde nas salas de vacinação como forma de atração do público alvo, assim como a corresponsabilização pela proteção. Estes são passos para uma ação mais abrangente em termos de solução dos problemas de saúde e, em especial, a melhoria da cobertura vacinal (CARVALHO; ARAÚJO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou o reconhecimento do perfil vacinal da população infantil do município de Elísio Medrado – BA. A informação coletada é relevante para a adequação de programas governamentais relacionados à vacinação e para a identificação de crianças em atraso, além de mostrar aos profissionais envolvidos na gestão da equipe estudada que o serviço de imunização transcende a demarcação de uma área para aplicação das vacinas, sendo preciso que este processo seja centrado nos princípios da integralidade, cujo objetivo é uma assistência humanizada e cidadã.

O profissional de enfermagem atuante na sala de vacinação tem a possibilidade de intervir no processo saúde-doença de forma eficiente, possibilitando ao cidadão a adoção de um comportamento saudável e participativo, além do acesso consciente a um direito adquirido, contribuindo para um novo fazer da enfermagem na sala de vacinação, baseado no conceito de promoção à saúde, prevenção de agravos, surtos e epidemias e especialmente na taxa de mortalidade infantil.

Sendo assim, para otimizar a cobertura vacinal, cabe aos profissionais de saúde investir na busca ativa de crianças em falta com a vacinação, através da revisão sistemática dos cartões, e intensificar as visitas domiciliares, cabendo um maior comprometimento dos agentes comunitários de saúde. Outra estratégia para o aumento da cobertura vacinal é a melhoria das atividades de educação em saúde, com o intuito de difundir informações aos grupos alvo, uma vez que a falta de conhecimento e crenças da população contribuem para o atraso vacinal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações, 40 anos**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf>. Acesso em: 25/03/2016.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. DATASUS**. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp>. Acesso em: 12/10/2016.

CARNEIRO, S. G. et al., Avaliação da Cobertura Vacinal em crianças de 2 meses a 5 anos na Estratégia Saúde da Família. **Cadernos UniFOA**. Rio de Janeiro. nº 22. p. 63-73. 2013. Disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/22/63-72.pdf>. Acesso em: 07/10/2016.

CARVALHO, A. M. C. de; ARAÚJO, T. M. E. de. Fatores associados à cobertura vacinal em adolescentes. **Acta Paul Enferm**. Teresina. v. 23, n. 6, p. 796-802, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/13.pdf>. Acesso em: 15/11/2016.

DOMINGUES, C. M. A. S.; TEIXEIRA, A. M. da S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 9-27, jan-mar 2013. Disponível em: <

<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a02.pdf>. Acesso em: 22/08/2015.

FIGUEIREDO, G. L. A., et al. Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 1-8, maio-jun 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_20.pdf>. Acesso em: 20/08/2015.

LESSA, S. de C.; SCHRAMM, F. R. Proteção individual versus proteção coletiva: análise bioética do programa nacional de vacinação infantil em massa. **Ciência & Saúde Coletiva**. Brasília, v. 20, n. 1, p. 115-124. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/1413-8123-csc-20-01-00115.pdf>>. Acesso em: 14/08/2015.

LUHM, K. R.; CARDOSO, M. R. A. ; WALDMAN, E. A. Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR. **Rev Saúde Pública**. v. 45, n.1, p. 90-98. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1768.pdf> . Acesso em: 12/11/2016.

LUHM, K. R.; WALDMAN, E. A. Sistemas informatizados de registro de imunização: Uma revisão com enfoque na saúde infantil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n.1, p. 65-78, jan-mar 2009. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n1/v18n1a07.pdf> . Acesso em: 12/11/2016.

MORAES, J. C. de. et al., Qual é a cobertura vacinal real? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. São Paulo. v. 12, n. 3, p. 147-153, 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n3/v12n3a05.pdf>. Acesso em: 10/11/2016.

MOULIN, A. M. A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, v. 10, n. 2, p. 499-517, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10s2/a04v10s2.pdf>. Acesso em: 21/09/2015.

PINTO, E. F. ; MATTA, N. E.; CRUZ, A. M. da. Vacinas: progressos e novos desafios para o controle de doenças imunopreveníveis. **Acta biol. Colomb.**, Bogotá-Colômbia, v. 16, n. 3, p. 1-15, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=635096&indexSearch=ID>> . Acesso em 13/08/2015.

QUEIROZ, L. L. C. et al., Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, São Luiz. Rio de Janeiro, v. 29, n.2, p. 294-302, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/16.pdf>. Acesso em: 02/12/2016.

ROCHA, R. et al., Fatores associados ao não cumprimento do Programa Nacional de Vacinação e das vacinas pneumocócica conjugada heptavalente e contra o rotavírus. **Acta Pediátrica Portuguesa**. v. 41, n. 5, p. 195-200. 2010. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4321/3216> . Acesso em: 02/12/2016.

TERTULIANO, G. C. ; STEIN, A. T. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(2):523-530, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a15.pdf>. Acesso em: 23/05/2016.

YOKOKURA, A. V. C. P. et al., Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.3, p. 522-534, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a10v29n3.pdf> . Acesso em: 03/11/2016.

