



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Priscila de Almeida Bernardino

Fortalecimento da estratégia de saúde da família para melhoria da cobertura vacinal

Florianópolis, Março de 2023

Priscila de Almeida Bernardino

Fortalecimento da estratégia de saúde da família para melhoria da
cobertura vacinal

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Carla Estefania Albert
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Priscila de Almeida Bernardino

Fortalecimento da estratégia de saúde da família para melhoria da cobertura vacinal

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Carla Estefania Albert
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: a Unidade Básica de Saúde (UBS) Sarapuí, Duque de Caxias – RJ, conta com duas equipes responsáveis pelo atendimento de 700 famílias com total domínio e conhecimento das necessidades e dificuldades de atuação no território, conhecendo muito bem quase todas as famílias e usuárias da unidade. Vacinar as crianças nos primeiros anos de vida é fundamental para a prevenção de várias doenças transmissíveis e é um dos fatores associados com a redução da taxa de mortalidade infantil. **Objetivo:** os principais objetivos estruturados a serem desenvolvidos nesse trabalho estão focados no fortalecimento da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para melhor divulgar a importância da adesão as campanhas de vacinação; e divulgação através veículos existentes, promovendo informação confiável sobre vacinas à população atendida na unidade.

Metodologia: o plano de ação desenvolvido na unidade, envolveu toda a equipe de ESF. As oficinas, divididas em cinco ciclos, tiveram início em novembro de 2019, e prosseguiram durante o primeiro trimestre de 2020, mesmo diante de muitos desafios. Esses encontros ocorreram uma vez ao mês, e contou com palestras, rodas de conversas e atividades de acompanhamento dos profissionais em visitas domiciliares durante as atividades básicas da unidade. **Resultados esperados:** espera-se que com a ação da Educação Permanente em Saúde e as oficinas de atualização realizadas continuem a demonstrar um aumento na procura pela unidade para colocar o cartão de vacinação em dia, e conseqüente proteção das crianças.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Cobertura Vacinal, Educação em Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

Na década de 1960, a instalação da Refinaria de Duque de Caxias (REDUC) e a formação de um complexo industrial composto por petroquímicas e distribuidoras de gás de cozinha e combustível tornaram-se atrativos à migração de habitantes do interior do Rio de Janeiro e de outros estados. Outro fator que concorreu para o aumento populacional em Duque de Caxias foi a especulação imobiliária na cidade do Rio de Janeiro, quando uma parcela da população carente deste município, em sua maioria de baixa escolaridade e sem qualificação profissional, transferiu-se para os municípios próximos, mantendo vínculo empregatício no centro da metrópole. Contudo, essa ocupação crescente não teria sido acompanhada de obras suficientes de infraestrutura urbana. O primeiro distrito de Duque de Caxias é composto por: Centro, Jardim 25 de agosto, Gramacho, Vila São Luiz, Bar dos Cavaleiros, Olavo Bilac, Jardim Gramacho, Parque Lafaiete, Doutor Laureano, Parque Centenário, Mangueirinha, Jardim Leal, Engenho do Porto, Periquitos, Parque Duque, Corte Oito, Centenário e Sarapuí, a região de estudo para esse trabalho (SIMOES, 2008).

A UBS Sarapuí localiza-se no Bairro Vila do Sarapuí, município de Duque de Caxias, RJ, e conta com duas equipes responsáveis pelo atendimento, sendo que cada equipe atende em média três mil pacientes, uma média de 700 famílias. A unidade não apresenta em sua estrutura de atendimento um laboratório e nem farmácia básica.

(Fonte: Google Earth)

Para o atendimento da demanda da população, a ESF/Sarapuí conta com a seguinte estrutura: uma médica, uma enfermeira, uma técnicas de enfermagem, uma odontóloga (não conseguem atender o número esperado porque frequentemente faltam equipamentos

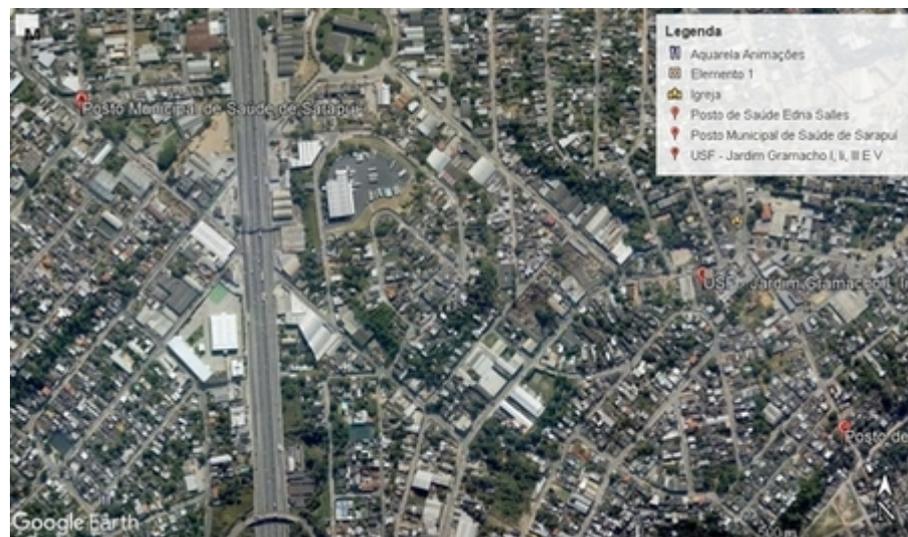


Figura 1 –

com defeitos no consultório odontológico), uma técnica de saúde bucal, cinco agente comunitário em saúde (ACS), além dos funcionários de serviços gerais. Os atendimentos são sempre agendados com a distribuição de fichas diárias, além das emergências eventuais. Temos atenção especial com os pacientes que fazem parte do Programa Hiperdia, portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, havendo um dia exclusivo de atendimento para esses pacientes; bem como são feitas para a saúde do idoso, crescimento e desenvolvimento, pré-natal e saúde da mulher (PREFEITURA DE DUQUE DE CAXIAS, 2020)

As equipes são muito bem capacitadas em suas funções, desenvolvendo um trabalho de excelência para com a população da região. A administração do município, representada pela Secretária de Saúde, dinamiza o suporte sempre que necessário, fazendo programas de capacitação quanto a gestão e cuidado junto aos usuários do ESF.

A equipe sob minha responsabilidade já atua há cerca de oito anos, e eu, a mais nova, iniciei em janeiro de 2019. Todos os integrantes dessa ESF apresentam total domínio e conhecimento das necessidades e dificuldades de atuação no território, conhecendo muito bem quase todas as famílias e usuárias da unidade e suas necessidades.

Nossa equipe de ACS atua nessa área em um período entre 5-10 anos na comunidade, e diante disso observa-se um relacionamento bem estreito com os usuários de nossa unidade, fazendo com que seja possível quase sempre atender as demandas, e trabalhar muito bem as campanhas educativas solicitadas pela secretária de saúde e governo federal.

Segundo informações de moradores antigos, a comunidade surgiu há cerca de 70 anos atrás. A região era um mangue que nele atravessa o rio Sarapuí, onde as suas margens, iniciou-se a ocupação local. Em época citada, este rio era de águas límpidas, onde se pescava para sobreviver, diferente de hoje em dia, que toda a rede de esgoto da região é despejada nele. Segundo informações as pessoas foram atraídas para a região porque existia um "matadouro" na região que empregava muitos trabalhadores. Alguns anos depois surgiu a Reduc (Petrobrás) ali bem próximo, fazendo com isso crescer ainda mais a região.

Duque de Caxias apresenta uma população com 924.624 (2020), um IDH de 0,711 (2010), esgotamento sanitário adequado de 85,3%(2010) e 0,3 internações por mil habitantes (2016). . Apesar da região ter uma UPA para atendimento emergencial, escolas e comércio, a população é muito carente, de recurso financeiro e desenvolvimento humano. Além do aumento na violência local (IBGE).

O principal desafio enfrentado para exercer as atividades da unidade configura-se pela atividade do tráfico de drogas local, deixando muitas das vezes a comunidade sem assistência presencial da equipe em seus lares. Um outro grande desafio é a localização do posto, que não fica dentro da comunidade, havendo necessidade de deslocamento dos munícipes dificultando a acessibilidade de cadeirantes, bem como o trânsito de idosos até o posto.

Toda a unidade é unânime no empenho as atividades da UBS, mas a dedicação da maioria dos ACS, que não medem esforços para levar a saúde aos comunitários, é bem evidente e pode ser demonstrada na descrição da situação de cada família,

identificação dos problemas que cada família enfrenta, e além de tudo, mantém uma ótima relação com os comunitários.

Segundo dados do Sistema Informação Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINAN), de 2018, e de relatórios de fechamento da unidade, o total de população de abrangência de minha área são 2.989 pacientes, distribuídos por 745 famílias. Sendo desse total da população 353 crianças, 295 adolescentes, 1.959 adultos e 382 idosos. O coeficiente de natalidade é da ordem de $15/2989 = 0,005$. Os indicadores de mortalidade são:

coeficiente de mortalidade geral: $18/2989 = 0,006$;

coeficiente de mortalidade por doença crônica: $18/2989 = 0,006$;

razão de mortalidade materna: não houve;

coeficiente de mortalidade infantil do município: 14,06.

As principais doenças tratadas na unidade são: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS, 19,63 %), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS, 3 casos identificados e acompanhados pelos profissionais), e Diabetes Mellito (DM, geralmente idosos, 5%) (SINAN, 2020).. A cobertura vacinal em menores de 1 ano é de 85%, não havendo registro de nascidos com baixo peso. As cinco queixas mais frequentes pelas mães que utilizam a UBS são congestão nasal, tosse, refluxo, afecções de pele e cáries. As notificações de Sífilis entre gestantes têm aumentado ao longo dos anos, demonstrando necessidade de atenção da ESF Sarapuú. (SINAN, 2018).

Vila Sarapuú apresenta uma população carente e com pouco recurso, e apesar de a rede de saúde não possuir a farmácia básica, há uma facilidade no acesso as farmácias populares na aquisição de medicações para tratamentos crônicos. A mortalidade por doenças demonstra haver uma prevalência em idosos, que mesmo com acesso as medicações necessárias, acabam indo a óbito por fatores associados a idade e falta de recursos para exames de alto custo necessários ao diagnóstico de doenças prevalentes.

Apesar de demonstrarem ser uma equipe dedicada, observa-se que não há utilização do perfil epidemiológico demonstra ser um problema enfrentado na unidade, limitando as melhorias nos atendimentos da unidade e na prevalência de doenças. Reuniões mensais tem sido realizada na tentativa de melhorar a dinâmica no sistema de atendimento e importância das questões epidemiológicas para uma melhor prioridade no atendimento, refletindo a verdadeira imagem da necessidade da comunidade atendida. Os principais problemas de saúde refletidos na comunidade, de maior relevância e que precisam de um olhar atencioso são: o aumento dos casos de sífilis, a violência local dificultando o trabalho em equipe, o grande número de casos de arboviroses e a baixa cobertura de vacinação.

A violência local apresenta-se como diagnóstico de percepção da equipe de saúde

onde a relação do problema está na dificuldade de acesso para desenvolver atividades e fazer visitas aos pacientes, atingindo todo o município. Aumento dos casos de arbovirose e consequente seqüela em pacientes idosos acontece em tempo real. A Sífilis tem como diagnóstico epidemiológico o reflexo do aumento do número de casos em jovens gestantes. A relação do problema com a informação coletada está no aumento de infecções congênitas, quando este diagnóstico é feito tardiamente no pré-natal, atingindo principalmente a gestação de pacientes jovens.

Vacinar as crianças nos primeiros anos de vida é fundamental para a prevenção de várias doenças transmissíveis e é um dos fatores associados com a redução da taxa de mortalidade infantil. A baixa cobertura de vacinação é outro problema a ser sanado, pois favorece a disseminação de doenças com importância médica. A busca de níveis constantes para a alta cobertura de toda população, é crucial para se alcançar a proteção coletiva e assegurar o bem-estar da população (BRASIL, 2020).

Não somente fatores relacionados aos usuários estão associados a níveis mais baixos de cobertura vacinal, mas fatores estruturais relacionados aos serviços de saúde tais como retardo no agendamento das consultas, falta de consultas noturnas ou nos finais de semana, filas, tempo de espera, falta de brinquedos e distrações para as crianças durante a espera, bem como toda outra causa de não oportunidade a ser usada de aproveitamento para colocar em dia o quadro vacinal do paciente.

As campanhas de vacinação são estratégias poderosas de saúde pública para aumentar a sobrevivência das crianças, porque previne diretamente doenças importantes e também oferece uma plataforma para outros serviços de saúde. Milhões de crianças do mundo inteiro, principalmente nos países de baixa e média renda, deixam de receber todas as doses recomendadas como parte do calendário de vacinação nacional, ano após ano. Seu foco específico são intervenções para melhorar a cobertura vacinal infantil nos países de baixa e média renda (Oyo-Ita et al, 2016).

As intervenções que podem melhorar a cobertura vacinal infantil nos países de baixa e média renda são: oferecer aos pais e a outros membros da comunidade informações sobre vacinas; educação em saúde nas clínicas associada ao uso de lembretes especiais de vacinação; visitas regulares de vacinação com ou sem incentivos domiciliares; visitas domiciliares e a integração da vacinação com outros serviços de saúde. Diante disso, existe a necessidade de que se realizem mais estudos acerca de estratégias para melhorar a cobertura vacinal infantil em países em desenvolvimento.

Portanto, justifica-se a necessidade do presente estudo em identificar alguns motivos da persistência da cobertura vacinal em crianças até 5 anos na ESF/Sarapuá, Duque de Caxias/RJ, diferente do preconizado pelo Ministério da Saúde; e contribuir para a identificação de usuários não atingidos pela vacinação e na elaboração de estratégias que possam elevar estas coberturas.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Capacitar a equipe para melhor divulgar a importância da adesão as campanhas de Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Divulgar, através veículos existentes, promovendo informação confiável sobre vacinas à população atendida na unidade.

3 Revisão da Literatura

O CONTEXTO SOCIAL E HISTÓRICO DA VACINAÇÃO NO BRASIL

O modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) começa a ser idealizado no Brasil a partir da Constituição de 1988, quando a saúde é assumida como direito de todos e dever do estado. O Sistema Único de Saúde (SUS) se estabelece tendo princípio uma política pública de saúde integral à população brasileira e com a diretriz de descentralização da gestão do sistema de saúde. Os municípios então passam a se responsabilizarem pela execução dos serviços de assistência à saúde e, obrigatoriamente, da gestão do nível da APS contando com o suporte técnico e financeiro do estado e governo federal (BRASIL, 2008).

Para a municipalização da saúde providenciaram-se vários processos de incentivos financeiros como: Piso da Atenção Básica (PAB), Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da família (PSF). Segundo UGÁ (1987), estes projetos e programas, além de estimularem os municípios a assumirem a gestão do sistema de saúde, ampliaram o cuidado à saúde e fortaleceram a APS, iniciando a mudança de uma atenção curativa para um modelo preventivo. Adota-se a Estratégia de saúde da Família (ESF) com caráter substitutivo, que tem na família a sua área de atuação, trabalha com adscrição e vínculo com a clientela de um território definido e conta com uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2008).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) se destaca no cenário internacional devido aos seus notáveis avanços na prevenção, controle e eliminação de doenças, além do acelerado processo de introdução de novas vacinas no calendário, no entanto esse trabalho requer uma atualização contínua dos trabalhadores, tornando-os sempre aptos a atuarem de maneira a garantir a integralidade do cuidado, a segurança dos trabalhadores e usuários e a resolubilidade do sistema (BRASIL, 2014).

Apesar de todos os avanços na ampliação da cobertura do PSF em todo o território nacional, o modelo da atenção básica segundo a sua concepção reflete uma atenção pobre para pobres, caracterizado pela limitação de recursos humanos, materiais e tecnológicos, infra-estrutura inadequada, carência de controle social e problemas gerenciais que comprometem uma atenção de qualidade (MINAS GERAIS, 2008).

De acordo com Travassos e Martins (2004), diversos fatores afetam a utilização dos serviços de saúde, detacando-se a necessidade percebida de cuidados e a disponibilidade de serviços, uma vez que ambos são afetados por fatores sociais, bem como econômicos e demográficos.

AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA VACINAÇÃO

A ESF tem o papel de garantir o acesso universal e vem contribuindo para a melhoria do acesso aos serviços de saúde e também para a redução de taxas de importantes agravos,

como a mortalidade infantil (PAIM et al., 2011).

Uma das estratégias da APS, a ser realizada entre 7 e 10 dias após o parto, que tem por objetivos a avaliação do estado de saúde da mulher e do recém-nascido, a avaliação da interação da mãe com o bebê, a orientação para os cuidados básicos com o recém-nascido, a identificação de situações de risco ou intercorrências, a triagem neonatal, a triagem auditiva, a promoção e o apoio ao aleitamento materno, e a orientação sobre planejamento familiar, e a vacinação, preconizados na “Primeira Semana de Saúde Integral” pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Nos serviços de saúde destaca-se que o desempenho precisa ser avaliado, não só com relação ao acesso, mas também à adequação do processo de cuidado de saúde. Dentre os indicadores utilizados, encontram-se elementos relacionados à saúde e dentre eles a cobertura vacinal (VIACAVA et al., 2012).

O Ministério da Saúde preconizado a cobertura vacinal de 95% da população, exceto para a vacina BCG que preconiza-se 90%, isso para que a imunização seja um sucesso, sendo necessário atingir esses altos índices de cobertura (BRASIL, 2009b). Segundo Mooney, a equidade no desempenho do serviço de pré-natal é uma dimensão transversal que estará presente quando houver igualdade, entre indivíduos e comunidades, de acesso a serviços de saúde adequados às necessidades de saúde, uma vez que, a equidade no acesso aos serviços de saúde relaciona-se à noção de justiça. Os determinantes sociais também interferem na chance individual de obtenção de acesso e dos benefícios resultantes dos cuidados de saúde (MOONEY, 1983).

AS CAMPANHAS DE VACINAÇÃO NO PAÍS

No Brasil, as campanhas de vacinação em massa, iniciaram-se contra a varíola organizada por Oswaldo Cruz, na qual a população era obrigada a vacinar. Esta obrigatoriedade tinha como respaldo a força policial, o que resultou em muitos e graves conflitos conhecido como “Revolta da Vacina” (BRASIL, 2003). Apesar dos conflitos, em 1973, a varíola foi erradicada no Brasil, com certificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o que favoreceu o desenvolvimento de estratégias para as campanhas de vacinação em massa (TEMPORÃO, 2003).

Foi criado o Programa Nacional de Imunização (PNI) com o propósito de estimular e expandir a utilização de agentes imunizantes. Uma das exigências do programa era a de promover educação em saúde para aumentar a aceitação da população quanto à vacinação (BENCHIMOL, 2001). O PNI foi oficializado em 1973, portanto é anterior à reforma sanitária e à implantação do SUS. Inicialmente o programa preconizava a vacinação de crianças com um calendário básico de seis vacinas, alcançando excelentes resultados destacando-se: a erradicação da varíola em 1973, a erradicação da transmissão do poliovírus selvagem em 1989, e a interrupção da transmissão do sarampo desde 2001 (BRASIL, 2009b).

A Lei 6.259 de 30/10/1975 e o decreto 78.231 de 30/12/1976 enfatizam as atividades

permanentes de vacinação, e o PNI passou a coordenar atividades de imunizações desenvolvidas rotineiramente nos serviços de saúde que até então se apresentavam de forma descontínua de caráter episódico, observados nas campanhas. Entre os anos de 1974 a 1979 a estratégia campanhista, na área de imunização, foi vista como desorganizadora dos serviços permanentes, impossível de ser sustentada, mobilizava grande soma de recursos humanos (RH) para poucos resultados e confundia a população desvalorizando o procedimento de rotina. Neste período houve oposição à realização de campanhas, os profissionais de saúde tentavam fortalecer a vacinação de rotina nas Unidades de Saúde (BENCHIMOL, 2001).

Com o sistema de saúde fragmentado, a falta de instrumentos e insumos para atingir altas coberturas vacinais nas ações rotineiras e as epidemias de meningite e poliomielite proporcionaram um cenário favorável a adoção da estratégia de campanhas. Desta forma, a partir dos resultados do primeiro dia nacional de vacinação, em 1980, estas ações ficaram definitivamente incorporadas de forma hegemônica no país (TEMPORÃO, 2003).

O Ministério da Saúde, em 2018, divulgou um informe técnico sobre a campanha nacional de vacinação para a poliomielite e sarampo, no qual foi relatado que apesar do Brasil ter recebido em 2016 o certificado de erradicação do sarampo emitido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), dois anos depois estava enfrentando surtos de sarampo nos estados do Amazonas e Roraima, tendo sido confirmados 314 casos até a semana epidemiológica.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OS DETERMINANTES DO SUCESSO DA COBERTURA VACINAL

O desempenho dos serviços é um importante indicador da estrutura de um sistema de saúde, que deve ser organizado para favorecer a utilização por quem dele necessite. No Brasil, a atenção pré-natal tem sido foco de políticas públicas há várias décadas, sendo importante a análise de seu desempenho, com base na ideia de equidade. A definição de equidade em saúde, em geral, guarda proximidade com a noção de justiça social, em termos éticos, e de direitos humanos (RAWLS, 1992).

Diante da complexidade e quantidade de procedimentos ligados ao trabalho em sala de vacina, como atividades de manuseio, conservação, preparo e administração, monitoramento dos eventos adversos, registro e descarte dos resíduos resultantes das ações de vacinação, compreende-se a importância da educação permanente para a equipe de enfermagem (CECCIM, 2005).

A educação permanente é uma ferramenta para a qualidade do cuidado em sala de vacina, pois tem por objetivo mudanças nas práticas de gestão e de atenção, com o aumento da responsabilidade de profissionais e gestores do sistema de saúde. Assim, torna-se necessária a atualização dos profissionais por meio do desenvolvimento de recursos tecnológicos do trabalho, norteados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe e de construir cotidianos como objeto de aprendizagem (BRASIL, 2009b).

Com a incorporação da estratégia da Educação Permanente em Saúde, o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações, e às práticas sociais e laborais no contexto real em que ocorrem são absorvidos pelos profissionais, uma vez que se baseiam na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Apesar de existir uma Política Nacional de Educação Permanente, observa-se ainda que existem inúmeras deficiências na capacitação do pessoal em sala de vacina (BRASIL, 2009a).

Em estudo realizado analisando os conhecimentos e práticas do auxiliar de enfermagem em sala de imunização identificou que, dos dez auxiliares de enfermagem entrevistados, apenas duas informantes disseram já terem participado de atualizações na área de imunização. Em pesquisa realizada em 2012, em Petrolina/PE, para avaliar a conservação de vacinas, detectou-se que a última capacitação realizada no município ocorreu em 1996. Os 16,2% profissionais que relataram capacitação em sala de vacina fizeram-na há mais de três anos (CUBAS, 2011).

A transformação nas práticas de imunização é a lógica de atualização do conhecimento, outro fator que compromete a transformação, e que normalmente acontece fora do cotidiano das salas de vacina, de forma descontextualizada e sem o envolvimento integral da equipe multiprofissional. Isso resulta na descontinuidade do processo educativo e deve ser superado pela criação de espaços pedagógicos de educação, interativo de reunião de equipe e coletivo de reflexão das práticas (BRANDÃO et al., 2012).

4 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória, que objetiva proporcionar maior familiaridade com o problema, através de levantamento bibliográfico, e geralmente assume a forma de pesquisas bibliográficas e estudos de caso (GIL, 1994). A presente pesquisa é uma proposta de intervenção, cuja caracterização do problema foi feita por meio da fundamentação teórica em breve pesquisa bibliográfica.

O plano de ação propriamente dito foi realizado após observação ativa das atividades realizadas no dia a dia da ESF, e em atendimento aos pacientes, e colocado em prática através de oficinas de capacitação realizadas na própria unidade, para todos os profissionais da unidade, divulgação da importância da vacinação no primeiro ciclo de vida e fortalecimento da equipe de Educação Permanente em Saúde.

O plano de ação foi realizado em Duque de Caxias, na UBS Sarapuú, envolvendo toda a equipe de Estratégia de Saúde da Família. As oficinas, divididas em cinco ciclos, tiveram início em novembro de 2019, e prosseguiram durante o primeiro trimestre de 2020, mesmo diante de muitos desafios. Esses encontros ocorreram uma vez ao mês, e contou com palestras, rodas de conversas e atividades de acompanhamento dos profissionais em visitas domiciliares durante as atividades básicas da unidade.

O público alvo para a realização deste estudo foram os profissionais que atuam junto as famílias na Estratégia de Saúde da Família Sarapuú, pertencentes à rede de atenção à saúde primária. Utilizaremos marcadores/ indicadores quais sejam: Como indicadores quantitativos serão trabalhados o número de profissionais das Unidades de Saúde participantes das Oficinas e do encontro para a criação da equipe de Educação Permanente em Saúde deverá corresponder ao mínimo de 80%, sendo considerada ideal a participação de 100% destes profissionais. Como indicadores qualitativos serão trabalhados: Interesse dos profissionais pelos assuntos abordados nas oficinas; qualidade das discussões no final de cada apresentação nas oficinas; melhorias no atendimento do usuário da saúde mental; percepção de necessidade de uma equipe de Educação Permanente em Saúde.

Os recursos utilizados para a realização do plano são recursos audiovisuais para a realização das educações permanentes em saúde, recursos humanos (médicos, enfermeiros, articuladores). Todo recurso financeiro necessário para realização das oficinas, foi disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias/RJ

Percebeu-se que havia uma diversidade de materiais educativos produzidos pelo Ministério da Saúde, os quais poderiam ser distribuídos aos pacientes que comparecessem a unidade, além de serem usados nas visitas domiciliares e nos demais eventos.

5 Resultados Esperados

A UBS Sarapuú, localizada no Bairro Vila do Sarapuú, em Duque de Caxias - RJ, possui duas equipes responsáveis pelo atendimento, e cada equipe atende em média três mil pacientes, com média de 700 famílias. Apesar da equipe demonstrar dedicação no trabalho realizado com as famílias, não há utilização do perfil epidemiológico para integração no atendimento e melhorias nos atendimentos da unidade.

Um dos fatores associados com a redução da taxa de mortalidade infantil, consiste em vacinar as crianças nos primeiros anos de vida, sendo esse ato fundamental para a prevenção de várias doenças transmissíveis.

O Ministério da Saúde promoveu ampliações no calendário vacinal para 2020, na tentativa de garantir melhoria na cobertura vacinal brasileira. A primeira diz respeito à febre amarela que, apesar de uma dose ser capaz de imunizar o indivíduo por toda a vida, quando utilizada em crianças muito novas a eficácia pode ser comprometida. Por esse motivo houve nova uma recomendação de reforço aos quatro anos. Além disso, todo o território nacional passou ser prioritário para a vacinação.

Tabela 1 – Calendário Nacional de Vacinação de 2020 de acordo com Ministério da Saúde:

***dTpa : uma dose a partir da 20^a semana de gestação, para aquelas que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação. Administrar uma dose no puerpério, o mais precocemente possível.

**** Febre Amarela: A recomendação de vacinação contra a febre amarela passou a ser para todo Brasil, devendo seguir o esquema de acordo com as indicações da faixa etária e situação vacinal.

*****Pneumocócica 23-valente: Esta vacina está indicada para pessoas a partir dos 60 anos de idade em condições clínicas especiais (acamados, hospitalizados ou institucionalizados) e população indígena a partir dos 5 (cinco) anos de idade.

O trabalho em sala de vacinação requer um prévio conhecimento sobre os imunobiológicos, seja por meio de conhecimentos já adquiridos ou pela realização de capacitação do profissional, porém nem sempre há esse processo de capacitação. Os profissionais são predominantemente inseridos nas salas de vacinação sem prévio treinamento e aprendem sobre vacinação no dia a dia com os outros profissionais.

Ao inserir os profissionais ativamente no processo educativo e, quando o aprender se faz significativo aos profissionais, a Educação Permanente em Saúde resulta em transformação das práticas e, conseqüentemente, mudança do cotidiano de trabalho. Portanto, a atividade que se pretende transformar em prática com a Educação Permanente em Saúde não é um novo hábito, que simplesmente se repete, mas sim, outra maneira de se pensar ou atuar.

IDADE	VACINA
Ao nascer	BCG (dose única) Hepatite B
2 meses	Pentavalente 1ª dose (Tetravalente + Hepatite B 2ª dose) Poliomielite 1ª dose (VIP) Pneumocócica conjugada 1ª dose Rotavírus 1ª dose
3 meses	Meningocócica C conjugada ** 1ª dose
4 meses	Pentavalente 2ª dose (Tetravalente + Hepatite B 2ª dose) Poliomielite 2ª dose (VIP) Pneumocócica conjugada 2ª dose Rotavírus 2ª dose
6 meses	Pentavalente 3ª dose (Tetravalente + Hepatite B 3ª dose) Poliomielite 3ª dose (VIP) Influenza (1 ou 2 doses anuais; de 6 meses a menos de 6 anos)
9 meses	Febre amarela **** 1ª dose
12 meses	Pneumocócica conjugada reforço Meningocócica C conjugada reforço Tríplice Viral 1ª dose
15 meses	DTP 1º reforço (incluída na pentavalente) Poliomielite 1º reforço (VOP) Hepatite A (1 dose de 15 meses até 5 anos) Tetra viral (Tríplice Viral 2ª dose + Varicela) Influenza (1 ou 2 doses anuais; de 6 meses a menores de 6 anos)
4 anos	DTP 2º reforço (incluída na pentavalente) Poliomielite 2º reforço (VOP) Varicela atenuada (1 dose) Febre amarela reforço Tríplice Viral 1ª dose
5 anos	Pneumocócica 23: 1 dose para população indígena

CI-CLOS	ASSUNTO	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
I	A importância da vacinação no primeiro ciclo de vida	X				
II	Como melhorar a cobertura da vacinação em minha unidade		X			
III	Acolhendo a comunidade e mudança no calendário de vacinas			X		
IV	A importância da Educação Permanente em Saúde				X	
V	Todos somos Educação em Saúde					X
	Acompanhamento das ações de ACs, Fisioterapeutas, Enfermeiros,	X	X	X	X	X
	Fortalecimento da equipe de Educação Permanente em Saúde					X

Diante desse desafio, oficinas foram realizadas, buscando um aumento na cobertura vacinal, uma melhorar na dinâmica de informações epidemiológicas no sistema de atendimento, além de estabelecer as prioridades no atendimento, refletindo a verdadeira imagem da comunidade atendida.

Quadro 1 – Oficinas realizadas na unidade:

Nas reuniões e na observação das atividades laborais da unidade, ficou evidente a necessidade de desenvolver estratégias educativas sobre imunização não apenas para os profissionais que estão lidando diretamente com o imunobiológico, mas com toda a equipe da Atenção Primária, com destaque para os profissionais médicos e os ACs.

Deficiências nos conhecimentos dos médicos no que concerne a vacinação demonstram a necessidade de se desenvolver atividades educativas sobre imunização a estes profissionais. Além disso, todos os integrantes da equipe de saúde devem estar aptos a fornecer informações sobre vacinação, sendo o contato do usuário com qualquer membro dessa equipe um estímulo à vacinação.

O conhecimento do profissional e o modo como eles estabelecem diálogo com o usuário podem interferir na vacinação. Desse modo, o profissional deve ser educado mediante uma visão crítica e reflexiva que pode ser proporcionada pela Educação Permanente em Saúde. Fica muito evidente que o ACS tem papel fundamental no que concerne à busca ativa para imunização, por adentrarem os domicílios, poderem ter conhecimento da realidade e ter vínculo com as famílias e comunidade. Contudo, ainda são incipientes as ações de educação sobre vacinação destinada a esses profissionais.

Em estudo realizado em Teresina-PI, identificou-se que dos 106 ACS que participaram da pesquisa, apenas 43,4% receberam capacitação sobre vacinação. No que concerne

ao conhecimento desses profissionais sobre vacinação, apenas 18,9% dos participantes apresentavam conhecimentos adequados (ARAÚJO, 2015). Tais informações revelam os déficits existentes tanto na capacitação quanto no conhecimento desses profissionais sobre a temática vacinação, bem como a necessidade de se implantar a Educação em Saúde sobre vacinação para os ACS.

A rotatividade dos profissionais da área da Saúde, dentre eles, aqueles que atuam em sala de vacinação, demanda a incorporação de uma permanente estratégia de atualização de conhecimentos dos profissionais. Essa rotatividade dos profissionais nas unidades de saúde demanda maior ônus com a preparação e qualificação dos profissionais e, principalmente, compromete a continuidade e a longitudinalidade da assistência prestada à população.

Após serem realizadas as oficinas, foi oferecido aos profissionais de carreira a oportunidade de integrar a equipe de Educação Permanente, aqueles profissionais que se identificavam com a oportunidade de proporcionar aos demais, atualizações constantes sobre os mais diversos temas, necessários a melhora no desempenho no atendimento as famílias que precisam da unidade. A equipe foi composta por dois enfermeiros, um técnico em enfermagem, um assistente social, um fisioterapeuta, uma recepcionista.

Durante o segundo ciclo de oficinas, ficou evidente que a análise da cobertura vacinal é relevante pois permite a identificação de possíveis falhas de cobertura, como por exemplo, falha na cobertura da atenção básica; falhas no registro de vacinação ou na alimentação dos sistemas de informação; recusa dos pais pelas falhas na divulgação das informações; não resgate dos não vacinados; população-alvo subestimada ou superestimada, dentre outros aspectos.

A ESF se pauta em uma assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à população. As atividades desenvolvidas pela equipe multidisciplinar da ESF devem se basear na identificação dos problemas de saúde prevalentes, tendo como referência o perfil epidemiológico, demográfico e social da população. Entre as competências das equipes inclui-se a assistência integral, incorporando como objetivo das ações à pessoa, ao meio ambiente e aos comportamentos interpessoais, tendo como ferramenta a visita domiciliar a fim de monitorar a situação de saúde das famílias.

Espera-se que com a ação da Educação Permanente em Saúde e as oficinas de atualização realizadas continuem a demonstrar um aumento na procura pela unidade para colocar o cartão de vacinação em dia, e conseqüente proteção das crianças.

Referências

- BENCHIMOL, J. L. *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- BRANDÃO, R. et al. Fatores relacionados à conservação de vacinas nas unidades básicas de saúde. *UFPE on line*, p. 33–338, 2012. Citado na página 18.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Brasil livre da rubéola: campanha nacional de vacinação para eliminação da rubéola*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Citado na página 18.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Citado na página 15.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.*, p. 172–174, 2005. Citado na página 17.
- CUBAS, M. R. Desafios para a enfermagem no alcance das metas da atenção primária. *Rev Esc Enferm USP*, p. 1758–1762, 2011. Citado na página 18.
- MOONEY, G. H. Equity in health care: confronting the confusion. *Eff Health Care*, p. 179–185, 1983. Citado na página 16.
- PAIM, J. et al. The brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, p. 1–12, 2011. Citado na página 15.
- RAWLS, J. Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica. *Lua Nova*, p. 25–59, 1992. Citado na página 17.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, p. 190–198, 2004. Citado na página 15.
- UGÁ, M. A. D. *Instrumentos de Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde: Alcances e Limitações*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1987. Citado na página 15.
- VIACAVA, F. et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 921–934, 2012. Citado na página 16.