

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA – CEABSF**

**ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL E DA ESTRATÉGIA CAMPANHISTA
NO MUNICÍPIO DE TEÓFILO OTONI MG NO PERÍODO DE 2005 A 2009**

Simone Kathia de Souza

Teófilo Otoni

2010

SIMONE KATHIA DE SOUZA

**ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL E DA ESTRATÉGIA CAMPANHISTA
NO MUNICÍPIO DE TEÓFILO OTONI MG NO PERÍODO DE 2005 A 2009**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica e saúde da Família.

Orientadora: Dra Lenice de Castro Mendes Villela

Teófilo Otoni
2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Universidade Federal de Minas Gerais–UFMG e a Secretaria Municipal de Saúde de Teófilo Otoni MG, pelo apoio institucional e facilidades oferecidas para a realização do curso. Agradeço também a orientadora deste trabalho, professora Dra Lenice de Castro Mendes Villela, sem a qual este trabalho não teria a mesma qualidade. E, finalmente, a DEUS pela oportunidade e pelo privilégio que me foi conferido em compartilhar tamanha experiência que é de extrema importância ao meu desempenho profissional na Atenção Primária do Município de Teófilo Otoni MG.

RESUMO

Com a descoberta das vacinas ocorreu uma queda significativa da incidência das doenças infecciosas, porém é necessário atingir altas coberturas vacinais. No Brasil, desde a revolta da vacina no século passado, muitas discussões se levantaram sobre a estratégia de campanhas de vacinação em massa que valoriza o direito coletivo em detrimento do direito individual. Este estudo analisou as estratégias adotadas para o alcance da cobertura vacinal tanto nas campanhas como nas vacinas de rotina, os recursos investidos nas campanhas e o impacto nas demais ações da Atenção Primária à Saúde, no município de Teófilo Otoni-MG no período de 2005 a 2009. Observa-se que o município não consegue atingir as metas de cobertura vacinal na rotina, alcançando melhores resultados nas campanhas de vacinação. Verificou-se que as campanhas de vacinação em massa são ações descontínuas que desorganizam as ações permanentes na atenção básica, e consomem um montante desnecessário de recursos com vacinação em pessoas devidamente imunizadas. Porém, o município não conseguiu estruturar as unidades de saúde para garantir sucesso na vacinação rotineira, sendo necessário manter a estratégia de campanhas para alcançar índices necessários na cobertura vacinal.

Palavras chaves: campanha de vacinação, imunização, cobertura vacinal.

ABSTRACT

With the discovery of vaccines a significant fall of the incidence of the infectious illnesses occurred, however it is necessary to reach high vaccine coverings. In Brazil, since the revolt of the vaccine in the passed century, many quarrels if had raised on the strategy of campaigns of vaccination in mass that values the collective right in detriment of the individual right. This study it in such a way analyzed the strategies adopted for the reach of the vaccine covering in the campaigns as in vaccines of routine, the resources invested in the campaigns and the impact in the too much actions of the Primary Attention to the Health, in the city of Teófilo Otoni-MG in the period of 2005 the 2009. It is observed that the city does not obtain to reach the goals of vaccine covering in the routine, reaching better resulted in the vaccination campaigns. It was verified that the campaigns of vaccination in mass are discontinuous actions that disorganize the permanent actions in the basic attention, and consume an unnecessary sum of resources with vaccination in people duly immunized. However, the city did not obtain to structuralize the units of health to guarantee success in the routine vaccination, being necessary to keep the strategy of campaigns to reach necessary indices in the vaccine covering.

Words keys: campaign of vaccination, immunization, vaccine covering.

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

CEABSF: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

EAPV: Eventos Adversos Pós-Vacinação

ESF: Estratégia de saúde da Família

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

PAB: Piso da Atenção Básica

PACS: Programa de Agente Comunitário de Saúde

PNI: Programa Nacional de Imunização

PSF: Programa de Saúde da família

RH: Recursos Humanos

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TAC: Termo de Ajuste e conduta

UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais

VIP: Vacina de Vírus Inativados

VOP: Vacina trivalente oral contra poliomielite

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2. QUADRO TEÓRICO	10
2.1 O sistema imunológico e o mecanismo da vacinação	10
2.2 Processo histórico do desenvolvimento das vacinas e das campanhas de vacinação	11
2.3 Riscos da vacinação.....	12
2.4 Vacinação como atribuição da Atenção Primária.....	13
3 MATERIAL E MÉTODOS	15
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
5 CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) segundo a definição de Starfield (2002) contempla um sistema de serviços de saúde onde se oferece a prestação de assistência à saúde dos indivíduos, seu acompanhamento contínuo e de sua família, independente da ausência ou presença de doença, garantia de cuidado integral dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde, e a integralidade das diversas ações e serviços, mesmo aquelas contratualizada com terceiros para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. Seu enfoque comunitário, com abordagem familiar, e facilidade do acesso ao usuário, estabelece a porta de entrada para o sistema de serviço de saúde. Nesta modalidade, o sistema torna-se mais adaptável com possibilidade de resolver, em parte, as necessidades sociais de saúde.

Este modelo 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. Nesta época, estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como princípio uma política pública de saúde integral à população brasileira e com a diretriz de descentralização da gestão do sistema de saúde. Neste sentido, os municípios 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. 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). 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 (UGÁ *et al.*,1987). 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).

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).

Os profissionais de atenção primária como generalistas, devem integrar a atenção para a variedade de problemas de saúde dos indivíduos, e trabalhar além das ações curativas, também as preventivas que são mais efetivas (STARFIELD, 2002). Laforgia (2006), em seu estudo, constatou que no Brasil a fragmentação da assistência à saúde ainda é predominante, resultado de uma duplicação de serviços, atenção descontínua e má gestão das doenças crônicas o que progressivamente, onera os custos com a saúde. Para Faria et al (2008), os serviços de saúde são organizações complexas, e para maior efetividade do sistema de saúde um dos desafios é a implantação de um modelo de gestão adequado as especificidades da área de saúde.

Para a efetivação da mudança do modelo de atenção à saúde, deverão ocorrer mudanças profundas em todo o sistema, desde mudanças na gestão, no perfil dos profissionais de saúde, quanto aos usuários, que devem ser sensibilizados para o cuidado de sua saúde e incentivados à participação popular para desenvolvimento da cultura, da promoção, prevenção à saúde e integração intersetorial (MENDES, 2008).

A vacinação em massa é uma das medidas de proteção à saúde, e é uma forma eficiente de reduzir a incidência das doenças imunopreviníveis. Segundo Temporão (2003), a estratégia campanhista para combate das doenças infecto-contagiosas, iniciada e implementada por Oswaldo Cruz no início do século XX acompanha as políticas públicas no campo da saúde até hoje e sempre foram acompanhadas de conflitos. Entre 1974 e 1979 predominou uma proposta de oposição à realização de campanhas de vacinação, com o intuito de valorizar a vacinação de rotina nas Unidades de Saúde, e organizar as ações de vigilância epidemiológica. Porém algumas epidemias de forte impacto, como a meningite e a poliomielite, criaram condições políticas favoráveis para adoção da estratégia de vacinação em massa no Brasil.

As campanhas nacionais adotadas pelo Ministério da Saúde (MS), dadas as dimensões e particularidades do território brasileiro, exigem um elenco de estratégias operacionais e de logística de distribuição de vacinas e demais insumos necessários, que consomem uma grande soma de recursos financeiros. Em 1995, o orçamento da União para o programa de vacinação equivaleu um montante de R\$ 94 milhões e em 2003 reservou-se um valor de R\$ 495 milhões (BRASIL, 2003). Para a campanha contra a rubéola em 2008 a esfera federal contribuiu com mais de r\$ 310 milhões (BRASIL, 2009).

Considerando os custos de uma campanha de vacinação, as demandas constantes exigidas para programá-las efetivamente, necessário se faz rever as estratégias adotadas

para alcance da cobertura vacinal. Além disto, destaca-se o acúmulo de trabalho exigido pelos profissionais de saúde que frequentemente resultam em reclamações e situações de conflito entre os próprios profissionais de saúde e usuários o que causa confrontos com o gestor da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e dificulta a organização da campanha. Para refletir sobre estas considerações tem-se como hipótese que as campanhas de vacinação em massa são ações descontínuas que desorganizam as ações permanentes na atenção básica, e consomem um montante desnecessário de recursos com vacinação em pessoas devidamente imunizadas anteriormente.

A partir dessas particularidades propõe-se a pesquisa que tem como propósito analisar a cobertura vacinal no período de 2005 a 2009, no município de Teófilo Otoni-MG, para investigar as estratégias adotadas para o alcance da cobertura vacinal tanto nas campanhas como nas vacinas de rotina, os possíveis impactos causados nos demais serviços de atenção primária à saúde e a avaliação do custo-efetividade destas campanhas, também fizeram parte das variáveis estudadas.

2. QUADRO TEÓRICO

2.1 O sistema imunológico e o mecanismo da vacinação

O ser humano adquire sua resistência por meio do seu sistema imunológico que o protege contra os agentes do ambiente, estranhos ao corpo, contra as infecções, que mesmo sendo leves podem se tornar fatais. Para desenvolver a imunidade do indivíduo, o sistema imunológico utiliza de mecanismos complexos que ocorrem de forma coletiva e ordenada nas reações iniciais, na imunidade inata e nas respostas tardias, na imunidade adquirida. A imunidade adquirida por sua vez promove uma resposta específica e resulta em memória imunológica contra o agente ou substância que estimulou esta resposta, protegendo o organismo de infecções recorrentes (GORCZYNSKI, 2001).

A imunização artificial ocorre através da administração de soros e vacinas, sendo que no caso de soros chamada de imunização passiva, e na vacinação, imunização ativa. Na imunização ativa o sistema imunológico é estimulado através da introdução no organismo, dos agentes infecciosos pelos quais desejamos ser imunizados. Na imunização passiva administram-se antígenos no intuito de combater os agentes infecciosos.

Alguns fatores podem interferir no sucesso da imunização artificial que podem ser relacionados à vacinação ou ao organismo. Em se tratando da vacinação, os componentes utilizados na fabricação, a forma de conservação e transporte, técnica de administração das vacinas interferem na eficácia da mesma. Em se tratando do organismo, deve se ter em mente a capacidade deste de responder adequadamente à vacina administrada. Nas vacinas fabricadas com vírus vivos inativados, estes penetram no organismo e infectam células se reproduzindo intracelularmente, como as vacinas contra a pólio e rubéola. Neste caso o número de células que processam o antígeno é muito grande, pois todas as células que foram infectadas irão processá-los e apresentá-los ao sistema imunológico, induzindo uma resposta muito intensa. Desta forma, estas vacinas provocam imunidade potente e duradoura, com a dose precisa, provavelmente por toda a vida (FUNASA, 2001).

2.2 Processo histórico do desenvolvimento das vacinas e das campanhas de vacinação

A primeira vacina surgiu no século XVIII, a partir do experimento do médico inglês Edward Jenner, que observando ordenhadores de gado percebeu pústulas semelhantes as das tetas dos animais nas mãos dos trabalhadores, e estes não adoeciam mesmo entrando em contato com pessoas doentes de varíola. Edward Jenner realizou então um experimento arriscado, pois inoculou o pus extraído dos animais em uma criança de oito anos que respondeu com uma forma benigna da doença e se recuperou rapidamente. Depois de algum tempo inoculou nesta mesma criança o pus extraído de um doente e não houve manifestação da doença. Surge, então, a vacina contra a varíola. (FERNANDES APUD LEMOS, 2007). Com os avanços da microbiologia e das tecnologias no campo da engenharia genética, novas vacinas foram descobertas.

As campanhas de vacinação em massa no Brasil, iniciaram-se com a vacinação 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).

Em 1976, nos Estados Unidos, houve uma campanha de vacinação em massa contra gripe que causou muitas críticas devido ao somatório de recursos envolvidos e os reais interesses que haveria por trás do processo, somado ao fato de ter ocorrido síndrome de Guillain-Baré, entre algumas centenas de vacinados. Quarenta milhões de americanos foram vacinados e ainda há dúvidas se realmente havia risco de epidemia de gripe que justificasse a estratégia adotada (TEIXEIRA, 2003).

No Brasil 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, p. 320). 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, 2009).

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. Porém, 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).

Segundo Ugá (1987), alguns estudos comparativos buscam avaliar as diferentes estratégias de vacinação objetivando identificar a melhor alternativa para o alcance da cobertura vacinal, para tanto devemos analisar o custo efetividade de cada estratégia que pode ser além de campanhas, vacinação de rotina ou aprazada. A estratégia campanhista deve ser utilizada quando há necessidade de controlar mais rapidamente certa doença e não pode substituir a vacinação de rotina nas unidades de saúde.

Atualmente o PNI trabalha com 44 produtos entre vacinas, soros e imunoglobulinas, e implantou três calendários de vacinação: o calendário básico para crianças, adolescentes e adultos/idosos (BRASIL, 2009).

2.3 Riscos da vacinação

Apesar de serem consideradas seguras, nenhuma vacina é totalmente isenta de riscos, alguns Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPVs), dificilmente são detectados, nos ensaios clínicos na fase de pré-licenciamento das vacinas fabricadas, sendo necessário monitoramento pós-licenciamento. Todos EAPVs devem ser notificado, mas há

subnotificações, principalmente naqueles eventos de intensidade leve a moderada. Por outro lado, o fato de somente a associação temporal na administração da vacina e a ocorrência do evento sugerir a notificação, esta pode ser superestimada, pois os sinais e sintomas podem decorrer de outras causas. Apesar disto a análise do risco benefício aponta resultados favoráveis à vacinação (LEMOS, 2007).

No Brasil o calendário básico de vacinação para as viroses inclui a poliomielite e a rubéola, dentre outras. As vacinas de vírus vivos são fabricadas com custos menores facilitando a sua utilização em grande escala, porém a possibilidade de uma reversão genética tornando-a mais virulenta revela a necessidade de vigilância. A rubéola é considerada uma doença benigna, muito raramente evoluindo com complicações importantes e é indicada para as mulheres em idade fértil, no intuito de protegê-las caso engravidem, pois as multiplicações dos vírus selvagens nos tecidos embrionários causam abortamentos e má formação fetal, (FUNASA, 2001).

A OMS estabeleceu meta para erradicação global da pólio e adotou a Vacina trivalente oral contra poliomielite (VOP), porém diversos estudos em vários países apontam para a baixa imunogenicidade da vacina oral com ocorrência de paralisia em crianças vacinadas. Outro fato importante foi o reconhecimento da capacidade de mutações nas cepas vacinais, dando origem a vírus que também podem causar paralisia em pessoas recentemente vacinadas ou que tiveram contato recente com pessoas vacinadas. Desde o ano 2000 diversas epidemias de paralisias por vírus vacinais foram identificadas no Haiti e República Dominicana (2000/2001), Filipinas (2001), Madagascar (2002/2005), China (2004), Indonésia (2005) e Argentina (2005). A chance da ocorrência da paralisia por vírus vacinais é maior quanto menor a cobertura vacinal, atualmente cogita-se a idéia de que não será possível erradicar a pólio com a vacina VOP, sendo necessário a adoção de novas vacinas, como a Vacina de Vírus Inativados (VIP) contra a Poliomielite, que é utilizada nos Estados Unidos e não há registro de nenhum caso de paralisia associada a esta vacina (BRICKS, 2007).

2.4 Vacinação como atribuição da Atenção Primária

A vacinação é uma forma de prevenção de doenças, portanto é uma ação das equipes de saúde da família, devendo ser monitorada e acompanhada pela Vigilância Epidemiológica. Não se deve perder uma oportunidade de vacinar e os Agentes

Comunitários de Saúde (ACS) devem estar atentos a cada pessoa na sua área, monitorando e realizando busca ativa dos faltosos no aprazamento.

Para o sucesso na imunização é necessário atingir altos índices de cobertura, o preconizado é uma cobertura vacinal de 95% da população, exceto para a vacina BCG que preconiza-se 90% (BRASIL, 2009).

No Brasil muitas equipes não possuem sala de vacina, faltam equipamentos e insumos para viabilizar esta ação por isto o Ministério da Saúde justifica a necessidade das campanhas vacinais para alcançar a cobertura. Existem cerca de 25 mil salas de vacinas cadastradas, mas durante as campanhas são organizados 92 mil postos de vacinação temporários para atender à população (BRASIL, 2008).

3 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo tipo transversal, cujos dados foram coletados por meio de fontes secundárias, no período de julho de 2009 a julho de 2010. Os dados foram coletados dos Sistemas de informações do Ministério da Saúde DATASUS e PNI, algumas informações foram disponibilizadas através da SMS e de arquivos das salas de vacina de Teófilo Otoni MG.

As informações obtidas junto ao banco de dados do DATASUS foram coletadas através da internet, acessando o site do Ministério da Saúde. As fontes supracitadas foram trabalhadas pela metodologia baseada na abordagem quantitativa, apurando-se a frequência absoluta e através de regra de três a frequência relativa. Conforme Oliveira (1997) a análise quantitativa significa quantificar opiniões e dados nas formas de coletas de informações, como também o emprego das mais simples e elaboradas técnicas estatísticas. Após análise, os dados tabulados apresentam-se em tabelas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município de Teófilo Otoni localiza-se em um ponto estratégico no nordeste de Minas Gerais, no Vale do Mucuri, dista 450 km da capital do Estado e 1.162 km de Brasília, ocupando uma área de 3.242,818 Km². Como cidade pólo Teófilo Otoni absorve em seu contexto assistencial todas as referências ambulatoriais e hospitalares de 63 municípios, e devido ao comércio e faculdades absorve ainda, população proveniente dos vales do Mucuri, Jequitinhonha e São Mateus. Há, portanto, um grande contingente de população flutuante que acaba por utilizar o sistema de saúde em algum momento no município, onerando o sistema. O município possui área rural extensa com mais de 80 pequenos aglomerados populacionais a maioria de difícil acesso. As estradas sem pavimentação impedem o acesso das equipes de PSF nos períodos chuvosos. As distâncias entre as microáreas também comprometem a assistência à saúde, uma vez que se perde muito tempo no deslocamento até os pontos de apoio. As principais rodovias que servem ao município são: BR-342, BR-116, MG -217, MG-409 e BR-418.

Através da reforma da saúde pública no Brasil, com a criação do SUS na década de 1990, um dos maiores avanços ocorreram a partir dos processos de descentralização e regionalização, com a progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais. O Programa de Saúde da Família, iniciado em 1994, apresentou ao longo dos anos um crescimento e expansão expressivos o que pode ser comprovado com a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Nessa perspectiva, os gestores do município de Teófilo Otoni com o apoio das equipes de Saúde da Família vêm organizando a APS. No momento, o sistema de saúde encontra-se em fase de transição onde as Unidades Básicas de Saúde passaram por um processo de estruturação e transformação para a implantação do PSF, com implantação de mais equipes de saúde, reestruturação daquelas existentes e aumento da oferta de prestação de serviços.

O PSF foi implantado no município no ano de 1998 com 2 equipes, em 2001 ampliou para 12 equipes. Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde, em 2007, o município passava por uma tentativa de reorganização da atenção básica e de todo o sistema de saúde vigente na região. Através do processo de co-gestão assumido com o governo do estado de Minas Gerais, estava respondendo por um Termo de Ajuste e conduta (TAC) com a Promotoria Pública para mudança do modelo de saúde. Nessa época, o sistema de saúde vigente caracterizava por um sistema fragmentado, atenção

descontínua, hospitalocêntrica e medicalizada voltado para a doença, sem coordenação, sem continuidade da atenção, e sem recurso para garantir a demanda da população. Neste contexto houve um compromisso da gestão municipal em atingir 100% de cobertura com implantação de 33 equipes de PSF, porém como se observa na tabela 1, em 2009 a cobertura atingiu quase 93% de ACS e apenas 42% de PSF. Cabe ressaltar, no entanto, que algumas equipes estão incompletas como PACS. As equipes de PACS são provisórias, serão convertidas em PSF logo que ocorra contratação do médico, porém, o município tem dificuldades em atrair e manter profissionais médicos para compor as equipes.

Em relação à imunização, o município de Teófilo Otoni apresenta dificuldades em atingir as coberturas vacinais rotineiras, de acordo com informações da Secretaria de Saúde. Apesar do aumento da cobertura de PSF o número de salas de vacinas nas Unidades de saúde continuou o mesmo (9 salas), e o crescente fluxo populacional devido à instalação de novas faculdades, somado ao fato de ser município de referência assistencial da micro região, incluindo a maternidade de alto risco, aumentam a demanda pelos serviços e por profissionais de saúde, inclusive outros serviços de atenção primária além da imunização.

Tabela 1. Evolução da expansão da Saúde da família em Teófilo Otoni MG 2005 a 2009

ANO	ACS IMPLANTADOS	COBERTURA	PSF IMPLANTADOS	COBERTURA
		ACS %		PSF %
2005	88	39,34	05	13,41
2006	48	21,51	08	21,51
2007	93	41,78	12	32,34
2008	205	92,09	17	44,94
2009	211	92,95	16	42,29

Fonte: DATASUS

As tabelas 2 e 3 apresentam a cobertura de rotinas das vacinas de pólio e tríplice viral em menores de 1 ano entre o período de 2005 a 2009. Apesar da ampliação da cobertura do PSF em todas as Unidades de Saúde, o mesmo não ocorreu com a cobertura vacinal de rotina, que apresenta reduções no decorrer dos anos estudados.

Tabela 2. Serie histórica do imunobiológico Triplice viral (1 ano) município de Teófilo Otoni/rotina 2005 a 2009

ANO	META*	DOSES	COBERTURA
2005	2.233	1.838	82,31%
2006	2.228	1.872	84,02%
2007	2.223	2.163	97,30%
2008	2.223	1.721	77,42%
2009	2.223	1.740	78,27%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Epidemiologia PNI/API

*População segundo IBGE

Tabela 3. Serie histórica do imunobiológico contra Pólio (<1 ano) município de Teófilo Otoni/rotina 2005 a 2009

ANO	META*	DOSES	COBERTURA
2005	2.227	1.836	82,44%
2006	2.222	1.991	89,60%
2007	2.217	2.001	90,26%
2008	2.217	1.719	77,54%
2009	2.217	1.763	79,52%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Epidemiologia PNI/API

*População segundo IBGE

De acordo com a tabela 4, observa-se que a cobertura vacinal de rotina na população em geral, apresentou até 2007, incrementos percentuais. Nos anos de 2008 e 2009, apresentou reduções, gradativamente, exceto a vacina BCG, que mostrou incrementos. Este aumento da vacina BCG se justifica pelo fato do município de Teófilo Otoni ser referência técnica para a realização dos partos da região. Desta forma, os recém nascidos de outros municípios recebem a vacina BCG na maternidade, o que resulta na cobertura de mais de 100% deste imunobiológico.

Tabela 4. Cobertura vacinal de rotina em Teófilo Otoni no período de 2005 a 2009.

	2005	2006	2007	2008	2009
BCG	146,21	144,17	140,48	160,71	119,21
FA	77,55	77,13	82,60	69,35	72,15
HEP B	79,30	85,05	87,64	76,67	78,12
VOP	82,58	84,45	91,62	77,71	79,16
Rotavirus	*-	41,10	67,08	61,48	65,19
Tetravalente	84,28	83,56	92,67	78,03	80,47
SCR	82,40	81,90	92,12	75,23	76,90

Fonte: DATASUS

* A Vacina Oral de Rota Vírus Humano (VORVH), foi incluída na rede pública a partir de 2006.

As tabelas 5 e 6 apresentam a cobertura vacinal em campanhas, observam-se índices melhores que as coberturas de rotina nas vacinas de pólio. Em se tratando da vacina contra o vírus influenza para idosos, houve aumento de cobertura entre 2007 a 2009.

Tabela 5. Cobertura vacinal campanhas 2005 a 2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Influenza	76,80	85,87	70,42	77,16	77,16
Pólio 1 etapa	104,66	96,43	101,29	100,31	100,31
Pólio 2 etapa	95,87	96,09	101,99	105,06	105,06

Fonte: DATASUS

Tabela 6. Cobertura vacinal campanha de Rubéola em 2008

	TO - Teófilo Otoni	MG	Brasil
População alvo	59.197	9.314.431	70.234.908
Vacinados	64.915	9.273.363	67.953.226
% Cobertura	109,66	99,56	96,75

Fonte: SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações

A campanha nacional de vacinação para o controle e eliminação da rubéola foi a maior já realizada no país, e em todo o mundo, em termos de doses ministradas, logística (recursos humanos e financeiros) e mobilização da sociedade brasileira. Foi realizada de nove de agosto a 30 de dezembro de 2008, quase cinco meses de campanha, o público alvo foram homens e mulheres de 20 a 39 e o grupo de 12 a 19 anos. A rubéola é uma doença considerada benigna, preocupante apenas durante a gestação, podendo causar má formação fetal, natimortos e abortos, a vacinação de homens foi realizada com o objetivo de interromper a circulação do vírus da rubéola no país (BRASIL, 2009).

Muitos esforços foram direcionados para atingir o resultado apresentado na tabela 6, resultado maior que o índice do estado e da federação. As estratégias de vacinação em pontos volantes e nas faculdades do município possibilitaram o alcance de mais de 100% com a vacinação da população flutuante, ou seja, acadêmicos residentes em outros municípios.

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde, muitas ações de atenção primária foram interrompidas no período da campanha, devido ao deslocamento dos profissionais de enfermagem para a imunização, monitoramento e avaliação da cobertura, ações que se estenderam até fevereiro de 2009, o que representou mais de sete meses de envolvimento com as estratégias de campanha das vacinas.

As campanhas de vacinação consomem uma grande soma de recursos, tanto humanos quanto financeiros. A tabela 7 apresenta os valores repassados fundo a fundo para o município de Teófilo Otoni no período de 2006 a 2009. Em relação ao ano de 2005, não foi possível buscar a informação do valor repassado, pois neste ano os repasses eram depositados em outra conta do município. Além dos repasses fundo a fundo apresentados

na tabela 7, ainda são disponibilizados os imunobiológicos, materiais de divulgação, propagandas, materiais para capacitação, insumos, dentre outros. Os municípios ainda têm que complementar com recursos próprios, pois os valores repassados, conforme tabela a seguir, não são suficientes para cobrir as despesas geradas nas campanhas, são horas extras, divulgação, combustível, despesas de manutenção das Unidades de saúde, dentre outras.

Tabela 7. Repasse de recursos financeiros do MS para as campanhas no município de Teófilo Otoni-MG

ANO	VOP	Influenza	Rubéola	TOTAL
2006	5.352,10	3.013,69	-	8.365,79
2007	5.377,86	3.006,79	-	8.384,65
2008	4.910,22	3.660,44	28.011,60	36.582,26
2009	5.076,56	5.196,30	-	10.272,86
TOTAL	20.716,74	14.877,22	28.011,60	63.605,56

Fonte: FNS

5 CONCLUSÃO

Estudos realizados em outros municípios confirmaram a efetividade do PSF nas ações de imunização.

Em Olinda PE no período de 1995 a 2002 a ampliação de cobertura de PSF de para 56% foi suficiente para aumento expressivo de todos os índices de cobertura vacinal rotineira, sendo que alguns destes índices ultrapassaram os preconizados pelo MS. Dentre as ações destacadas observou-se que todas as Unidades de saúde do município realizavam o esquema vacinal completo, já que todas dispunham de todos os imunobiológicos e todos os profissionais das equipes estavam envolvidos nas ações de imunização. Em Sobral no Ceará, o PSF foi responsável pelo aumento da cobertura vacinal em menores de 5 anos de 68% em 1997 para 96,5% em 2002 (GUIMARÃES ET AL, 2009).

Estudos que analisam o impacto da implantação de PSF nos municípios são importantes para detectar as fragilidades e fortalezas e propor medidas que poderão impactar diretamente na redução da mortalidade por causas evitáveis. Nesta pesquisa porém, os dados analisados demonstram que no município de Teófilo Otoni, o aumento da cobertura de PSF e PACS no período estudado, não foi suficiente para ampliar a cobertura vacinal de rotina, melhores resultados são atingidos nas campanhas de vacinação.

É bem verdade que a estratégia de campanhas passa a idéia equivocada de que não é necessária a vacinação de rotina, além disto, as campanhas de vacinação determinam vacinação indiscriminada, independente da história vacinal anterior, mobilizam grande soma de recursos humanos e materiais em detrimento dos outros serviços de atenção primária em pessoas, muitas destas, já imunizadas. É fundamental que a população tome consciência de que é preciso ir regularmente à Unidade de Saúde, em qualquer dia do ano para se vacinar e manter o cartão de vacina em dia, como um documento importante.

Apesar dos municípios receberem recursos extras para as campanhas, estes são insuficientes para dar conta da complexidade das ações e ocorrem atrasos nos repasses. Os materiais para divulgação e de capacitação disponibilizados pelo MS, também chegam atrasados nos municípios, comprometendo a organização de estratégias antecipadamente. A falta de recursos financeiros nos municípios causa dificuldades e atrasos para o pagamento de horas extras, causando insatisfações nos trabalhadores que são convocados para atuar fora do horário de expediente e nos finais de semana.

Com a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde proposto pelo Governo do Estado de Minas Gerais para organização da APS, todo o processo de trabalho nas equipes deve ser planejado de forma a garantir os princípios da APS. No município todas as equipes estão trabalhando em prol da promoção à saúde e prevenção de doenças, com atividades educativas e nos grupos operativos. Todas as famílias cadastradas estão classificadas por condição de risco, para garantir equidade na distribuição dos recursos. As equipes estão implantando arquivos rotativos para trabalhar a demanda programada, e os atendimentos à demanda espontânea nas unidades são realizados de acordo com o risco individual e não por ordem de chegada como anteriormente. Para tanto os profissionais de saúde estão vivenciando um processo complexo com muitos cursos e capacitações em andamento, o que tem retirado os profissionais da assistência frequentemente, interrompendo o processo de construção de vínculo e causando desgaste para o gestor da SMS.

As novas ações que foram incorporadas no processo de trabalho das equipes sobrecarregam os profissionais, principalmente a equipe de enfermagem, que além das ações assistenciais, incorporou toda a questão administrativa e gerencial das Unidades de Saúde. A quantidade de profissionais técnicos capacitados em sala de vacina não são suficientes para a demanda do município, prejudicando a vacinação de rotina. Nas campanhas são adotadas estratégias de postos volantes, vacinação extra muros e convocação de profissionais para trabalho extra, além de maior divulgação e sensibilização da população, bem como apoio de funcionários do estado, para atingir melhores índices de cobertura, o que não acontece rotineiramente. Porém, neste período, as outras ações de atenção primária como as ações educativas, grupos operativos, procedimentos técnicos, curativos, pré-natal, puericultura, dentre outros, ficam interrompidas em decorrência das campanhas de vacina.

Para garantir os princípios da APS, e melhorar a cobertura vacinal rotineira serão necessários investimentos, como ampliação de salas de vacina e estruturação das existentes, contratação e capacitação de novos profissionais, educação permanente dos contratados, adoção de política de valorização dos RH e mudança nos contratos de trabalho que são temporários, além de educação em saúde para os usuários. A adoção desses princípios são importantes, pois historicamente as equipes de saúde tem pouca clareza de sua missão. Na verdade deverá haver uma mudança da cultura institucional que leva certo tempo para ser incorporada.

É importante destacar que o PSF trabalha com equipe multiprofissional, cada profissional deve participar com foco diferente em cada uma das ações, cada membro da equipe deve contribuir em função dos seus conhecimentos, habilidades e potencialidades, porém através de um projeto assistencial comum com complementaridade dos trabalhos, ou seja, um trabalho interdisciplinar. Porém isto não se observa nas ações de imunização, que ficam sobre a responsabilidade apenas dos profissionais de enfermagem e ACS, sem o envolvimento dos demais: médicos, equipe de saúde bucal e outros.

Neste contexto o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), através da estratégia de educação à distância, proporciona a interiorização da formação profissional, a valorização do SUS e da ESF. O material didático utilizado, confeccionado por especialistas, proporciona resolução de problemas vivenciados no cotidiano dos profissionais da equipe de saúde da família, tornando o curso um instrumento importante para a formação de profissionais preparados para sua área de atuação. A oportunidade de capacitação em serviço é uma modalidade importante para todos os profissionais e até mesmo para o serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

1. BENCHIMOL, J. L. (coord.). **Febre Amarela. A doença e a vacina, uma história inacabada.** RJ, Ed. Fiocruz, 2001.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações 30 anos.** Série C Projetos, programas e relatórios. Brasília, 2003.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde na Atenção Básica.** 2.ed.rev. Brasília: Ministério da Saúde 2008.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Brasil livre da rubéola: campanha nacional de vacinação para eliminação da rubéola, Brasil, 2008: relatório.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
5. BRICKS, Lucia Ferro. **Vacina contra poliomielite: um novo paradigma.** Rev Paul Pediatría 2007;25(2):172-9.
6. FARIA, Horácio Pereira de; et al. **Unidade Didática 1: Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde.** Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.
7. FUNASA. **Manual de Normas de Vacinação.** 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2001 72p.
8. GORCZYNSKI, RM; STANLEY, J. **Imunologia Clínica.** Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.
9. GUIMARAES, TMA; ALVES, JGB; TAVARES, MMF. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2009, vol.25, n.4, pp. 868-876.
10. LAFORGIA, G. **Rationale and Objectives.** São Paulo, Brazilian and international experiences in integrated care networks, 2006.
11. LEMOS, Maria Cristina Ferreira. **Vigilância de Eventos Adversos Após Vacinação Contra Difteria, Tétano, Coqueluche e *Haemophilus Influenzae* Tipo B no Município do Rio de Janeiro, 1998-2005.** ENSP/Fiocruz. 2007. Disponível em: <<http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/doonline/0/3/1030-lemosmcfm.pdf>> Acesso em: 20 de maio de 2010.
12. MENDES E.V. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA – REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE;** Guia do Tutor/Facilitador Oficina 01 PDAPS, SES-MG/ESP-MG: 2008.

13. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina II – Análise da Atenção Primária à Saúde.** Belo Horizonte: ESPMG, 2008.
14. OLIVEIRA, FL de. **Tratado de Metodologia Científica: projeto de Pesquisa, TGI, TCC, monografia, dissertações e teses.** 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1997.
15. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
16. TEMPORÃO, J. G.: **O Programa Nacional de Imunizações (PNI):** origens e desenvolvimento. História, Ciências, Saúde . Manguinhos, vol. 10 (suplemento 2): 601-17, 2003.
17. UGÁ, Maria Alicia Dominguez. **Instrumentos de Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde: Alcances e Limitações.** ENSP/Fiocruz. 1987.