

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARINA MORAES LOEPERT

**BUSCA ATIVA DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO COM ATRASO
VACINAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ZÉ ENFERMEIRO, SÃO
MIGUEL DOS CAMPOS.**

UNIFAL / ALAGOAS
2015

MARINA MORAES LOEPERT

**BUSCA ATIVA DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO COM ATRASO
VACINAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ZÉ ENFERMEIRO, SÃO
MIGUEL DOS CAMPOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof.^a Juliana Enders

MARINA MORAES LOEPERT

**BUSCA ATIVA DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO COM ATRASO
VACINAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ZÉ ENFERMEIRO, SÃO
MIGUEL DOS CAMPOS.**

Banca examinadora

Examinador 1: Profª Ms. Juliana Enders – Universidade Federal de Alagoas

Examinador 2: Profª Dra. Margarete Pereira Cavalcante – Universidade Federal de Alagoas

Aprovado em Belo Horizonte, em 27 de Novembro de 2015

RESUMO

O presente estudo é oriundo das necessidades elaboradas no diagnóstico situacional realizado por uma Equipe de Saúde de São Miguel dos Campos, Alagoas, sendo selecionado o atraso vacinal em crianças menores de 1 ano como principal problema a ser enfrentado dentro do âmbito de atuação.

A cobertura vacinal é um importante indicador de saúde das populações e da qualidade da atenção dispersada pelos serviços básicos de saúde (IBGE/2014).

O estudo desse indicador, além de apontar aspectos da saúde infantil e da atuação dos serviços, subsidia o processo de planejamento, especialmente a reestruturação das ações (IBGE/2014).

O principal objetivo é elaborar um Projeto de intervenção a fim de realizar a busca ativa das crianças menores de um ano e realizar a atualização vacinal.

O Projeto de Intervenção foi iniciado através de diagnóstico situacional. Definido o nó crítico, a Equipe de Saúde criou alternativas para solucionar o problema. Desta ação espera-se a atualização vacinal das crianças e conseqüentemente a diminuição da morbimortalidade e da transmissão de doenças infectocontagiosas.

Palavras-chave: Cobertura vacinal. Vacinação. Esquema de vacinação.

ABSTRACT

This study arises from the needs elaborate on situational diagnosis made by a team of Health of São Miguel dos Campos, Alagoas, being selected the delayed immunization in children under 1 year as the main problem to be tackled within the framework of action.

Vaccination coverage is an important indicator of population health and the quality of care for basic services scattered health (IBGE/2014).

The study of this indicator, while pointing out aspects of child health and performance of services, subsidizes the planning process, especially the restructuring of ações (IBGE/2014).

The main objective of this intervention project is preparing a draft of intervention to conducting active surveillance of children under one year and perform the Vaccine update.

The Intervention Project was initiated through situational diagnosis. Defined the critical node, the Health Team has created alternatives to solve the problem. This action is expected to update the vaccination of children and consequently to decrease morbidity and transmission of infectious diseases.

Key words: Vaccination coverag. Vaccination. Immunization Scheme.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BCG – Bacillus Calmette-Guérin

CV – Cobertura Vacinal

DTP – Vacina tríplice bacteriana contra difteria, tétano e coqueluche

ESF – Equipe de Saúde da Família

HiB – Vacina contra o vírus *Haemophilus influenzae B*

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PNI – Programa Nacional de Imunização

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SRC – Vacina tríplice viral contra sarampo, rubéola e caxumba

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VOP – Vacina oral contra poliomielite

SUMÁRIO

1 Introdução.....	8
2 Justificativa.....	11
3 Objetivos.....	12
3.1 Objetivos gerais.....	12
3.2 Objetivos específicos.....	12
4 Metodologia.....	13
5 Revisão bibliográfica.....	15
6 Projeto de Intervenção.....	21
7 Considerações finais.....	22
8 Referencias Bibliográficas.....	23

1 INTRODUÇÃO

1.1 Descrição do Município

O município de São Miguel dos Campos fica localizado no leste alagoano, distante 63 quilômetros de Maceió-AL. Sua população pelo censo de 2010 era de 54.577hab, com estimativa de 59.840hab em 2014.

As principais atividades econômicas da região baseiam-se no petróleo, gás natural, agricultura canavieira, pecuária, indústria açucareira e de cimento.

O município de São Miguel dos Campos possui área total de 360,793 km² com número aproximado de 14.027 domicílios e 14.953 famílias.

O índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,623 (IDH 2010) e a taxa de urbanização 96,32% (2010). A renda média familiar é de R\$847,48 na área rural e de R\$1420,17 na área urbana. A quantidade de água tratada no município é de 3380m³, a quantidade total de coleta de esgoto é de 54,5% e de esgoto tratado de 18,5%.

O Programa Saúde da Família foi implantado em 2002, faz cobertura de 87% da população. Possui 16 equipes da estratégia saúde da família, 2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 13 saúde bucal e não possui centro de especialidades odontológicas. O sistema de referência e contrarreferência para especialidades não funciona de forma adequada, necessitando de maior conscientização da comunidade de especialistas para de concretizar.

O município possui como redes de média complexidade o Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos. Não possui rede de alta complexidade, quando necessário, os pacientes tem como referência o Hospital Geral do Estado na capital do estado, Maceió.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Zé Enfermeiro está situada no Loteamento Canto da Saudade, na Rua Pastor José de Moraes Alves, nº 158, no Município de São Miguel dos Campos. A área de abrangência possui 1045 famílias cadastradas; 3919 habitantes (2014). Destes 88,48% da população maior de 15 anos, é alfabetizada. Apenas 4,4% possuem plano de saúde.

A unidade de saúde é nova, sua nova sede tem apenas 10 meses. É composta por uma sala de espera bastante espaçosa, recepção com sala para prontuários e materiais administrativos, sala da médica, sala da enfermeira, sala do dentista, sala para curativos, sala para esterelização, banheiros masculino e

feminino para os comunitários, banheiros masculino e feminino para os profissionais, cozinha, sala do NASF (ainda não está em funcionamento na unidade) e auditório.

Com o objetivo de estudar o perfil da área de abrangência, priorizando o enfrentamento dos problemas e o planejamento de ações, realizou-se uma análise situacional na qual foram observados problemas como registros inadequados, cadastros desatualizados, crianças com esquema de vacinação inferior ao esperado, média de atendimentos pré-natal inferior ao esperado, consultas de demanda imediata sem utilização de protocolo.

A ESF da UBS Zé Enfermeiro, segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento classificou o esquema de vacinação inadequado das crianças na população adstrita como principal problema a ser solucionado.

1.2 Processo de planejamento

Primeiro passo: Identificação dos Problemas

- Crianças com esquema de vacinação inferior ao esperado pelo MS
- Média de atendimentos pré-natal inferior ao esperado pelo MS
- Consultas de demanda imediata sem utilização de protocolo
- Registros inadequados nas fichas da UBS
- Cadastros desatualizados nas fichas A

Segundo passo: Priorização dos Problemas

Devido à grande importância para saúde pública de um esquema adequado de vacinação com conseqüente diminuição da morbimortalidade e diminuição de doenças na comunidade, a equipe decidiu por priorizar a adequação do esquema vacinal em menores de um ano de idade.

Terceiro passo: Descrição do Problema

Através de dados obtidos no SIAB e comprovados nas consultas de puericultura, foi observado que o esquema vacinal das crianças menores de um ano estava inadequado, apresentando ausência de vacinação ou inadequação na administração das doses, promovendo, assim, a suscetibilidade para doenças

imunopreviníveis. Além disso, foram observados registros desatualizados nas fichas dos ACS.

Quarto passo: Explicação do Problema

A vacinação de rotina consiste no estabelecimento de um calendário nacional de vacinações que deve ser aplicado a cada indivíduo a partir do seu nascimento, visando garantir, no âmbito individual, a prevenção específica das doenças imunopreviníveis; e, no âmbito coletivo, a indução da imunidade de massa, responsável pela interrupção da transmissão.

Quinto passo: Identificação dos nós críticos

Dentre as maiores causas relatadas para a não vacinação estão: falta de vacina na UBS, ausência do responsável para aplicar a vacina, falta de tempo, freezer desligado e esquecimento dos pais/responsáveis de levar à UBS para vacinação.

O trabalho aqui proposto, ao trazer um Projeto de Intervenção/Plano de Ação sobre a busca ativa de crianças menores de um ano com atraso vacinal, pode contribuir para que esta ação seja implementada também em outras comunidades, no intuito de adequar a cobertura vacinal e assim, melhorar os indicadores de saúde da população.

Além disso, o registro efetivo das vacinas realizadas nas salas de vacina das UBS consiste em estratégia importante, fornece informações fidedignas a cerca das doses aplicadas, contribui para o alcance das metas e permite realizar estimativa de retorno das crianças para as próximas doses. As atividades de educação em saúde proporcionam maior conhecimento da população acerca da importância da vacinação e provocam maior envolvimento e compromisso da equipe de saúde na realização desta atividade. A visita rotineira de ACS em todas as residências da área de abrangência consiste em atividade importante para monitorar a situação de saúde das crianças, realizando as orientações de acordo com cada caso, intensificando dessa forma o aumento da cobertura vacinal (CV) e diminuindo os atrasos para completar o esquema básico.

2 JUSTIFICATIVA

A cobertura vacinal é um importante indicador de saúde das populações e da qualidade da atenção dispersada pelos serviços básicos de saúde, além de apontar aspectos da saúde infantil e da atuação dos serviços, subsidia o processo de planejamento, especialmente a reestruturação das ações. (BRASIL, 2014)

Após análise situacional na qual foram observados problemas como registros inadequados, cadastros desatualizados, crianças com esquema de vacinação inferior ao esperado, média de atendimentos pré-natal inferior ao esperado, consultas de demanda imediata sem utilização de protocolo, a UBS Zé Enfermeiro, segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento classificou o esquema de vacinação inadequada das crianças na população adstrita como principal problema a ser solucionado.

O declínio acelerado de morbimortalidade por doenças imunopreveníveis nas décadas recentes, em nosso país e em escala mundial, serve de prova incontestável do enorme benefício que é oferecido às populações por intermédio das vacinas. (DATASUS, 2014)

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

Objetivo geral:

Promover a busca ativa às crianças menores de 1 ano, cadastradas na USF em situação de atraso vacinal

Objetivos específicos:

Atualizar vacinação das crianças

Esclarecer aos pais e/ou responsáveis sobre a importância da atualização do esquema vacinal

Atualização dos registros do paciente (Ficha A)

4 METODOLOGIA

Definido como nó crítico o esquema de vacinação inadequado das crianças, podemos citar alternativas para solucionar o problema através das seguintes medidas:

- Levantamento de crianças menores de 1 ano, cadastradas na USF, através dos ACS
- Disponibilização através dos ACS do endereço/moradia das crianças
- Utilização de instrumento de coleta de dados através de entrevista ao responsável da criança e transcrição de todas as vacinas;
- Identificação de situações de atraso;
- Convocação imediata para pacientes em situação de atraso e esclarecimento ao pai ou responsável a fim de que haja atualização da situação vacinal;
- Atualização dos registros dos ACS
- Atualização dos cartões espelho

Para realização da intervenção, é necessário:

- Realizar reuniões com profissionais da vigilância epidemiológica, Secretaria Municipal de Saúde, Conselho tutelar, Profissionais de saúde do município; a fim de promover uma rede eficiente de promoção;
- Reuniões com líderes comunitários; diretoras e professoras das escolas e creches do município; líderes religiosos para que haja melhor informação e incentivo ao uso das vacinas;
- Promover cursos de capacitação e atualização sobre o esquema básico de vacinação aos profissionais de saúde que prescrevem e aplicam as vacinas e dos agentes comunitários de saúde para que haja maior disseminação da informação sobre a importância da adequação do calendário vacinal;
- Desenvolver a Educação Permanente na ESF e executar Ações Educativas, através de palestras e dinâmicas de grupo, para informar a comunidade sobre a importância das vacinas e do esquema vacinal adequado. Esse processo se dará nos dias de atendimento de gestantes e puericultura, com ACS, enfermeira e médica, antes do atendimento, para que todos os pacientes

possam receber as orientações de forma completa. As palestras serão realizadas de maneira rápida e eficaz, com média de 40 minutos, através de linguagem simples, utilização de figuras, vídeos e peças teatrais a fim de facilitar a compreensão da comunidade envolvida. Além disso, serão executadas ações nas creches e nas escolas na sala de aula, em reuniões de pais e professores.

- Confeção dos cartões-espelho.
- Busca ativa das crianças menores de 1 ano, através de visitas domiciliares com agente comunitário, enfermeira e médica, afim de identificar atraso vacinal e orientação dos familiares. Neste momento serão anotadas as vacinas contidas no cartão da criança, no cartão espelho, para que possamos ter o controle das vacinas já realizadas e as em atraso;
- Os familiares serão orientados durante a visita através de conversa com os profissionais envolvidos. Serão utilizados dados epidemiológicos que serão transmitidos de forma simples e com figuras, a fim de comprovar a importância da atualização do calendário vacinal na vida das crianças a curto e longo prazo.
- Os pacientes detectados com inadequação vacinal, serão encaminhados/convocados em data oportuna à Unidade de saúde para que seja realizada a adequação do calendário vacinal;

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A cobertura vacinal (CV) é um importante indicador de saúde das populações e da qualidade da atenção dispersada pelos serviços básicos de saúde (BRASIL, 2014).

O estudo desse indicador, além de apontar aspectos da saúde infantil e da atuação dos serviços, subsidia o processo de planejamento, especialmente a reestruturação das ações (BRASIL, 2014). A CV no final dos anos 1980 ficava em torno dos 60%, como média nacional, chegou, a partir da metade da década de 1990, a estimativas iguais ou superiores às preconizadas – 90% para a BCG e 95% para as demais vacinas (MIRANDA et al., 1995). O declínio acelerado de morbimortalidade por doenças imunopreveníveis nas décadas recentes, em nosso país e em escala mundial, serve de prova incontestável do enorme benefício que é oferecido às populações por intermédio das vacinas (DATASUS, 2014).

No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi introduzido em 1973 com o objetivo de controlar e erradicar a poliomielite, o sarampo, a difteria, o tétano, a coqueluche e a tuberculose, mediante imunização sistemática (Ministério da Saúde, 1993). O modelo tecnológico no controle dessas doenças combina uma série de elementos: a vacinação de rotina, os dias nacionais de vacinação, as campanhas periódicas e a vigilância epidemiológica. Este modelo, em âmbito coletivo, conjuga, em suas diferentes estratégias, atuações individuais (capacidade de reação imunológica protetora) e atuações coletivas (redução ou eliminação dos suscetíveis na população). A cobertura vacinal, dessa forma, tanto pelas atividades de rotina quanto pelos dias nacionais de vacinação, constitui um dos principais elementos para garantir o impacto populacional dessas estratégias (Moraes et al., 2003). No Brasil, a vacinação passou a ser obrigatória para as crianças, no primeiro ano de vida, no ano de 1977. Nessa mesma época dispôs-se sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, o Programa Nacional de Imunização e o modelo da carteira de vacinação, válida em todo território nacional (Molina et al, 2007)

Para se alcançar e manter coberturas elevadas, um programa de vacinação tem de passar por avaliações frequentes, nas quais determinados indicadores devem ser medidos utilizando-se instrumentos e informações disponíveis nas comunidades (Guimarães et al, 2009). O impacto desse programa é identificado

através da cobertura vacinal, um indicador de saúde acerca do percentual de crianças menores de um ano de idade imunizadas segundo o tipo de vacina, em determinada localidade e no ano. O percentual relativo a cobertura vacinal serve para estimar o nível de proteção da população infantil contra doenças selecionadas, evitáveis por imunização, devido o cumprimento do esquema básico de vacinação (Ministério da Saúde, 1996).

A vacinação constitui-se numa das ações primordiais do programa, compreendendo atividades de treinamento e motivação da equipe para identificar as crianças não-vacinadas e vaciná-las, atividades comunitárias para sensibilizar a população da relevância do problema, vacinação casa a casa nas épocas de campanhas governamentais, vacinação sistemática de usuários, busca ativa de casos, avaliação mensal da cobertura vacinal por método administrativo (obtida com base no número de crianças vacinadas no mês e no número estimado de crianças na comunidade) e busca domiciliar a faltosos (Miranda et al, 1995).

‘ No Brasil as vacinas do esquema básico recomendadas para crianças menores de um ano podem ser analisadas no quadro 1.

Quadro 1: **Calendário da Criança (setembro, 2014).**

Ao Nascer	BCG Hepatite B	Dose única Dose ao nascer
2 meses	Pentavalente (DTP+Hib+HepB) Poliomielite (inativada - VIP) VORH Pneumo-10 conjugada	1ª dose 1ª dose 1ª dose 1ª dose
3 meses	Meningo-C conjugada	1ª dose
4 meses	Pentavalente (DTP+Hib+HepB) Poliomielite (inativada - VIP) VORH Pneumo-10 conjugada	2ª dose 2ª dose 2ª dose 2ª dose
5 meses	Meningo-C conjugada	2ª dose
6 meses	Pentavalente (DTP+Hib+HepB) Poliomielite (VOP)	3ª dose 3ª dose

	Pneumo-10 conjugada	3ª dose
9 meses	Febre amarela	Dose inicial
12 meses	Tríplice viral Pneumo-10 conjugada Hepatite A	1ª dose Reforço Dose única (MS)

Fonte: Ministério da Saúde, 2014

O BCG (bacilo de Calmette Guérin) vem sendo utilizado há várias décadas e tem por finalidade evitar a primo-infecção natural, causada por *Mycobacterium tuberculosis*, evolua para doença. O BCG-ID provoca a primo-infecção artificial, ocasionada por bacilos não virulentos, com o objetivo de que essa infecção artificial contribua para aumentar a resistência do indivíduo em face de uma infecção ulterior, causada por bacilos virulentos. O BCG é preparado com bacilos vivos de cepa *Mycobacterium bovis* com virulência atenuada, contendo glutamato de sódio. A vacina BCG-ID brasileira é reconhecida como de alta qualidade pelos laboratórios internacionais. No Brasil, seu uso durante muitos anos demonstrou a eficiência da vacinação, com o mínimo de reações indesejáveis, só raramente induzindo complicações sistêmicas e fatais que, quando ocorrem, quase sempre estão associadas à imunodepressão (Ministério da Saúde, 2005).

As vacinas contra hepatite B disponíveis no Brasil são produzidas por tecnologia DNA recombinante e vêm apresentando altos índices de segurança, sendo bem toleradas e pouco reatogênicas. A vacina recombinante é produzida pela inserção do plasmídeo contendo o gene HBsAg (antígeno de superfície do vírus hepatite B) no interior da levedura *Saccharomyces cerevisiae*. As células do levedo produzem, então, o antígeno recombinante de superfície (rHBsAg) que é purificado por vários métodos físico-químicos, adsorvido de hidróxido de alumínio e adicionado de timerosal como conservante (Ministério da Saúde, 2005).

A Vacina Oral contra a Poliomielite (VOP) é a vacina utilizada na rotina no Brasil, com base em considerações sobre riscos e benefícios como: simples de administrar, sendo bem aceita pelos vacinados; induz imunidade humoral (sistêmica) e de mucosa (local); resulta em imunização dos contatos das pessoas vacinadas; e está viabilizando a erradicação global da doença causada pelo poliovírus selvagem.

Apesar destas vantagens, alguns eventos indesejáveis podem ocorrer associados ao uso do VOP. Os vírus vacinais são derivados das cepas de vírus selvagens com neurovirulência e transmissibilidade extremamente reduzida. Durante a replicação, o vírus vacinal pode sofrer mutação reversa com aumento da neurovirulência, podendo ocasionar raros casos de paralisia associada à vacina, tanto no vacinado como nos contatos não vacinados. Se, além da neurovirulência também a transmissibilidade é readquirida, como ocorre com o poliovírus circulante derivado da vacina, surtos de paralisia associada à vacina podem ocorrer. A VOP é uma vacina de vírus atenuados, trivalente, contendo os três tipos de poliovírus (1, 2 e 3). A vacina atualmente usada no Brasil tem a seguinte composição, quanto à concentração de partículas virais: Poliovírus do tipo I – 1.000.000.000 DICT 50 (dose infectante em cultura de tecido); poliovírus do tipo II – 100.000 DITC 50; poliovírus tipo III – 600.000 DITC 50. O cloreto de magnésio (estabilizante) e o vermelho de amaranço ou o roxo de fenol (corantes-indicadores de pH) também estão presentes. Conforme o laboratório produtor, a vacina pode conter ainda traços de neomicina, streptomina, kanamicina ou polimixina (Ministério da Saúde, 2005).

A vacina DTP/Hib foi introduzida no calendário básico de rotina no Brasil a partir de 2002, sendo recomendada aos 2, 4 e 6 meses de idade. Pode provocar vários eventos adversos, em sua maioria de caráter benigno, ocorrendo nas primeiras 48-72 horas que se seguem à aplicação da vacina. Muitos dos eventos observados parecem conservar apenas associação temporal com a vacinação. A vacina tríplice DTP continua a ser utilizada para os reforços e/ou complementação de esquema, em crianças a partir de 1 ano (Ministério da Saúde, 2005).

A vacina tríplice viral é uma vacina combinada, contendo vírus vivos atenuados em cultivo celular, que protege contra sarampo, rubéola e caxumba. De maneira geral, a vacina tríplice viral é pouco reatogênica e bem tolerada. Os eventos adversos podem ser devidos a reações de hipersensibilidade a qualquer componente das vacinas ou manifestações clínicas semelhantes às causadas pelo vírus selvagem (replicação do vírus vacinal) geralmente com menor intensidade (Ministério da Saúde, 2005).

O Brasil deu mais um passo no avanço das ações de saúde pública para a população de todo o País com a introdução da vacina contra rotavírus no Calendário Básico de Imunizações para crianças. Esta nova vacina é administrada em crianças aos 2 e 4 meses de idade para proteger antecipadamente a faixa etária em que se observa a maior incidência de complicações decorrentes da infecção pelo rotavírus (6 meses – 24 meses). Dois tipos de vacina contra rotavírus estão disponíveis internacionalmente: uma vacina preparada com vírus humanos atenuados e outra por reagrupamento de rotavírus bovino e humano (pentavalente). A vacina utilizada no Brasil é a de rotavírus humanos denominada Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH). Trata-se de uma vacina elaborada com vírus isolados de humanos e atenuada para manter a capacidade imunogênica, porém não patogênica. A vacina é monovalente, ou seja, a cepa utilizada possui apenas um sorotipo em sua composição que é o G1[P8] da cepa RIX4414. A vacina é especialmente eficaz na prevenção de doença por rotavírus do sorotipo G1, mas os estudos mostraram que houve proteção cruzada para gastroenterite e gastroenterite grave causada por outros sorotipos não-G1 (G2, G3, G4 e G9) (Ministério da Saúde, 2005).

A possibilidade de que nem todas as pessoas estão imunizadas faz com que o PNI desenvolva estratégias de cobertura objetivando vacinar 100% das crianças menores de um ano com todas as vacinas elencadas no calendário básico. Para alcançar esta meta, ocorre pactuação entre os conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde e utiliza-se de estratégias de promoção da saúde para possibilitar à sociedade maior compreensão sobre os benefícios das vacinas para a saúde individual e coletiva (Sátiro Xavier et al, 2009).

A escolha dos esquemas de vacinação tem como base os estudos realizados durante a fase de desenvolvimento das vacinas, sendo adotados os esquemas para os quais existem as melhores evidências de eficácia; portanto, recomenda-se seguir o mais fielmente possível as recomendações para idade mínima de vacinação e intervalo entre as doses das vacinas (PEREIRA et al., 2009).

Para o MS, a taxa de abandono do programa de vacinação, expressa o percentual de crianças que não chegou a completar o número mínimo de doses necessário para se proteger, e tem como fatores mais comuns a falta de

esclarecimento, a presença de reações adversas maiores do que as esperadas, e o mau atendimento nos serviços de saúde. (PEREIRA et al., 2009).

6 Projeto de Intervenção: Promovendo a busca ativa de crianças menores de um ano com atraso vacinal

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico x” relacionado ao problema”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Zé Enfermeiro, em São Miguel dos Campos, Alagoas

Nó crítico 1	Crianças com atraso vacinal
Operação	Busca ativa de crianças com atraso vacinal
Projeto	Busca ativa de crianças com atraso vacinal em uma unidade básica de saúde da família
Resultados esperados	Atualização da carteira de vacinação; atualização dos registros/cadastros
Produtos esperados	Diminuição da morbimortalidade de crianças
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe
Recursos necessários	Estrutural: Disponibilização de carros para realização da busca ativa na comunidade Cognitivo: Capacitação da equipe de saúde quanto o esquema vacinal preconizado pelo MS. Financeiro: Confeção de carteiras de vacinação espelho; realização de cursos de capacitação. Político: Parceria com envolvimento com a comunidade e utilização de marketing para informações quanto à importância da cobertura vacinal adequada.
Recursos críticos	Organizacionais: organização da busca ativa; local das capacitações Políticos: mobilização social e intersetorial
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: equipe Motivação: atualização da cobertura vacinal
Ação estratégica de motivação	Orientação sobre os benefícios da atualização do esquema vacinal para saúde da criança e da comunidade
Responsáveis:	Equipe
Cronograma / Prazo	1 ano; 1 mês para cada ACS (unidade possui 9); 3 meses para ajustes.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Quatro tardes por mês (um período durante a semana) para realizar a busca ativa das crianças.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da elaboração do diagnóstico situacional pelos profissionais da ESF da UBS Zé Enfermeiro, foi possível um embasamento para o planejamento e enfrentamento dos principais problemas vivenciados pela comunidade adstrita. Dentre os problemas encontrados no diagnóstico situacional, a Equipe de Saúde considerou como principal nó crítico o atraso vacinal em crianças menores de 1 ano.

A partir destes dados, foi possível a elaboração de um Projeto de Intervenção a fim de solucionar o problema do atraso vacinal às crianças menores de 1 ano. Desta ação espera-se a prevenção e a redução da morbimortalidade e da transmissão de doenças infectocontagiosas. Ação esta que poderá repercutir em toda a saúde municipal.

Uma população com maior nível de conhecimento e informação, aliada a profissionais de saúde capacitados e atualizados, juntamente com análises frequentes do cartão vacinal, constitui-se numa ótima estratégia para redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis.

REFERENCIAS

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. IBGE Cidades@. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 29/09/2014.

DATASUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/indicadores/alagoas/SAO%20MIGUEL%20DOS%20CAMPOS.pdf>>. Acessado em: jan. 2014.

DATASUS. **Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)**. Ministério da Saúde. Disponível em: http://pni.datasus.gov.br/login_rel.php?pagina=CoberturaMenorUmAno.php Acessado em: set. 2014.

FRANÇA, I. S. X. et al. **Cobertura vacinal e mortalidade infantil em Campina Grande, PB**, Brasil. Rev Bras Enferm. 2009; 62(2):258-64.

GUIMARÃES, T. M. R. et al. **Impacto das ações de Imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil**. Cad Saúde Pública. 2009; 25(4):868-76.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Vacinação 2006** – Orientações técnicas –Circular Normativa Nº 08/DT de 21/12/2005.

MIRANDA, A.S., SCHEIBEL, I. M., TAVARES, M. R. G., TAKEDA, S. M. P. **Avaliação da cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida**. Rev Saúde Pública. 1995; 29(3):208-14.

MOLINA, A.C. et al. **Situação vacinal infantil e características individuais e familiares do interior de São Paulo**. Acta Sci. Health Sci. 2007; 29(2):99-106.

PEREIRA, D. R. et al. **Cobertura vacinal em crianças de 12 a 23 meses de idade: estudo exploratório tipo Survey.** Rev Eletr Enferm. 2009; 11(2):360-7

TEIXEIRA, A. M. S.; ROCHA, C. M. V. **Vigilância das coberturas de vacinação: uma metodologia para detecção e intervenção em situações de risco.** Epidemiol. Serv. Saúde. 2010; 19(3):217-26.