

Avaliação do programa de imunização em região de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil

Evaluation of the immunization program in the health region of Fortaleza, Ceará, Brazil

DOI:10.34119/bjhrv4n1-301

Recebimento dos originais: 26/01/2020

Aceitação para publicação: 26/02/2021

Caroline Duarte Gonçalves Silva

Fisioterapeuta. Especialista em Saúde Pública
Hospital Geral de Fortaleza (HGF)-Ceará

Endereço: Rua Rosinha Sampaio, 2179, Bairro Quintino Cunha, Fortaleza - Ceará

E-mail: carolineduarte0@gmail.com

Surama Valena Elarrat Canto

Médica. Doutoranda em Saúde Coletiva

Assessora Técnica das Ações de Imunização da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE)

Endereço: Rua Oto de Alencar, 193, Bairro Jacarecanga, Fortaleza - Ceará

E-mail: suramaelarrat@hotmail.com

Ana Débora Assis Moura

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública

Assessora Técnica das Ações de Imunização da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE) e atua na Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza - CE

Endereço: Rua Oto de Alencar, 193, Bairro Jacarecanga, Fortaleza - Ceará

E-mail: anadeboraam@hotmail.com

Olga Maria de Alencar

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva.

Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-CE.

Endereço: Rua Prisco José de Sousa, 748, apto. 602, Bairro Recreio de Ipitanga, Lauro de Freitas - BA

E-mail: olgaalencar17@gmail.com

RESUMO

Introdução: o Programa Nacional de Imunizações (PNI) é considerado internacionalmente como um dos programas mais avançados do mundo, oferecendo o maior número de vacinas, de forma gratuita, aos grupos populacionais, com o objetivo de controlar, eliminar e erradicar as doenças imunopreveníveis em todo o país. **Objetivo:** avaliar o Programa de Imunização em uma Coordenadoria Regional de Saúde do município de Fortaleza, Ceará. **Métodos:** trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. Foram avaliadas 13 salas de vacinas, de 18 Unidades de Atenção Primária à Saúde, no ano de 2018. Destas, 23 profissionais de saúde das salas de vacinas. Para a coleta de dados utilizou-se o instrumento de supervisão em sala de vacinação disponível pelo Programa Nacional de Imunizações. **Resultados:** os

pontos críticos foram identificados, e enfatiza-se que os aspectos técnicos de manipulação e os preceitos de rede frio foram rigorosamente atendidos, porém nos aspectos relacionados ao CRIE, não foram atendidos. Conclusão: faz-se necessária a implantação sistemática do enfermeiro nas atividades de supervisão, monitoramento e avaliação das salas de vacinas. Além disso, organizar estratégias de educação permanente que proporcionarão o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais.

Palavras-chave: Imunização, programas de imunização, pesquisa sobre serviços de saúde, pessoal de saúde, vacinação.

ABSTRACT

Introduction: the National Immunization Program (PNI) is considered internationally as one of the most advanced programs in the world, offering the largest number of vaccines, free of charge, to population groups, with the aim of controlling, eliminating and eradicating vaccine-preventable diseases in All country. **Objective:** to evaluate the Immunization Program in a Regional Health Coordination in the city of Fortaleza, Ceará. **Methods:** this is an observational, cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. Thirteen vaccination rooms from 18 Primary Health Care Units were evaluated in 2018. Of these, 23 health professionals from the vaccination rooms. For data collection, the instrument of supervision in the vaccination room available by the National Immunization Program was used. **Results:** the critical points were identified, and it is emphasized that the technical aspects of handling and the cold chain precepts were strictly met, but in the aspects related to CRIE, they were not met. **Conclusion:** it is necessary to systematically deploy nurses in the activities of supervision, monitoring and evaluation of vaccine rooms. In addition, to organize permanent education strategies that will provide the technical and scientific development of professionals.

Keywords: Immunization, immunization programs, health services research, health personnel, vaccination.

1 INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é considerando internacionalmente como um dos programas mais avançados do mundo, sendo investidos anualmente dois bilhões de reais na aquisição de insumos, que oferece o maior número de vacinas de forma gratuita aos grupos populacionais, com o objetivo de controlar as doenças imunopreveníveis. Dispõe de calendário vacinal definido para a criança, adolescente, adultos, idosos e indígenas, oferecendo atualmente 45 tipos de imunobiológicos, sendo disponibilizados nos serviços públicos de saúde, 28 vacinas, 13 soros heterólogos e quatro soros homólogos.^{1,2}

O PNI é descentralizado desde o ano de 1988, ficando sob o encargo do gestor municipal, as imunizações. São utilizadas várias estratégias, como vacinação de rotina, campanhas, vacinação de bloqueio, atividades extramuro, dentre outras. Faz-se necessário um planejamento criterioso para conseguir que essas diversidades de

estratégias permitam melhorar a eficácia, eficiência e efetividade das ações em imunização.³

Com o avanço do PNI, novas ações de imunização foram incorporadas em seus conceitos e atualmente ele é parte integrante do Programa Ampliado de Imunizações da Organização Mundial de Saúde (OMS), com o apoio técnico, operacional e financeiro da Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e contribuições do *Rotary* Internacional e do PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, sendo reconhecidamente como uma das iniciativas em saúde pública mais bem sucedidas do Brasil.⁴

A vacinação está entre as principais conquistas da humanidade, representando o melhor custo-benefício em saúde no combate a doenças infecciosas que ameaçam a população há séculos.⁵ Estima-se que aproximadamente 3 milhões de mortes a cada ano sejam evitadas pela vacinação, segundo a OMS, e assegura ser a imunização um dos investimentos em saúde que oferecem o melhor custo-efetividade para as nações. A maior política de saúde pública em promoção da saúde adotada são os programas de vacinação em massa que possibilitam excelentes resultados de prevenção a baixo custo, quando comparadas com outras medidas, o que é muito formidável, principalmente nos países sem possibilidades adequadas para realizar diagnóstico e tratamento de doenças.⁶

No cenário nacional, seu alcance é universal e inclui na rotina dos serviços de saúde, vacinas contra várias patologias.⁷

As transformações sociais, econômicas e demográficas ocorridas nos últimos 50 anos foram fatores determinantes de mudanças significativas nos padrões de morbimortalidade em todo o mundo em Saúde Pública. No contexto de tais transformações, a expansão da cobertura de saneamento básico, a melhoria das condições de habitação e a introdução de novas tecnologias da saúde, particularmente as vacinas e antibióticos, foram decisivas para o rápido declínio da magnitude das doenças infecciosas.⁸

O desafio de concretizar os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS é um tema necessário para debates e estudos. Neste sentido, o papel da atenção primária como um foco de reorganização dos sistemas de saúde é fortalecido por meio de evidências científicas disponíveis sobre sua utilidade. Firmando-se como um dos pilares dos cuidados primários em saúde nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o campo profícuo para operacionalizar ações de educação e promoção da saúde, demonstrando à sociedade as evidências dos

benefícios da imunização para o alcance de metas preconizadas pelos órgãos internacionais.¹

Alguns estudos apontam, que entre os profissionais da ESF, a equipe de enfermagem é a responsável pelo gerenciamento e oferta de imunobiológicos à população adscrita, o que nos remete à necessidade de acompanhar o programa de imunização nas salas de vacinas e o trabalho desenvolvido por esses profissionais.^{9,10}

Diante do exposto, esse estudo objetivou avaliar o Programa de Imunização em uma Coordenadoria Regional de Saúde do município de Fortaleza, Ceará.

2 MÉTODOS

Pesquisa de abordagem quantitativa, transversal e descritiva. O estudo aconteceu com 18 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de uma Coordenadoria Regional de Saúde (CORES), no município de Fortaleza, Ceará, no ano de 2018.

O município de Fortaleza possui uma área de 314,930 quilômetros quadrados, uma população de 2.627.482 habitantes, população estimada de 2017, com Mortalidade Infantil em 2014 de 11,5 óbitos por mil nascidos vivos. Atualmente existem 2.358 salas de vacinas no estado do Ceará, sendo 18 na regional do estudo. Destas, foram avaliadas 13 salas de vacinas.¹¹

Os participantes desta pesquisa foram trabalhadores das salas de vacinas da CORES, entre enfermeiros, técnicos de Enfermagem e auxiliares de Enfermagem, num total de 23 profissionais. Dentre os profissionais, estavam: auxiliares de enfermagem (n = 2; 8,7%), enfermeiros (n = 3; 13,0%) e técnicos de enfermagem (n = 18; 78,3%). As 18 UAPS possuíam sala de vacina em funcionamento.

Os critérios de inclusão utilizados foram de profissionais de saúde que pertencem à equipe do programa de imunização e que atuam na estratégia saúde da família de Fortaleza; trabalhem em salas de vacinas da referida regional há mais de um ano; foram excluídos os trabalhadores que estivessem de licença saúde, férias e afastamento por motivos pessoais.

Para a coleta de dados, utilizou-se o instrumento elaborado baseado na supervisão em sala de vacinação padronizado pelo Ministério da Saúde, e foram analisados pelo Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação disponibilizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). Um instrumento que destaca os seguintes aspectos: 1. Identificação da unidade; 2. Aspectos gerais da sala de

vacinação; 3. Procedimentos técnicos; 4. Rede de frio; 5. Sistema de informação; 7. Imunobiológicos especiais; e 8. Educação em saúde.

Para a organização, codificação e análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, cálculo das frequências absolutas e percentuais, e medidas de tendência central, sendo utilizado o *Microsoft Excel Plus professional 2016*.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) e aprovado sob parecer de nº 2.168.029.

3 RESULTADOS

3.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS DAS SALAS DE VACINAS

O perfil dos participantes foi categorizado em faixas etárias, sendo encontrado: 21 a 30 anos (n= 4); 31 a 40 anos (n= 10); 41 a 50 anos (n= 5); 51 a 60 anos (n= 2); e 61 a 70 anos (n= 2).

Quanto à formação, 13 (56,5%) participantes não responderam; outros afirmaram ter realizado curso pós-técnico, sendo 8 (34,8%) com formação em outras áreas; um (4,3%) especialista em ginecologia; e um (4,3%) especialista em saúde da família.

Quanto ao tempo de formação, foi encontrado: um a 4 anos (n= 10); 5 a 9 anos (n= 3); 10 a 15 anos (n= 3); 16 a 20 anos (n= 5); e 20 anos ou mais (n= 2).

Sobre o tipo de contrato estabelecido no local de trabalho, foi encontrado: estatutários (n= 19); prestadores de serviço (n= 3); e celetista (n= 1).

Sobre o tempo de atuação dos profissionais em UAPS, encontrou-se: 1 a 5 anos (n= 10); 6 a 10 anos (n= 3); 11 a 15 anos (n= 5); 16 a 19 anos (n= 3); 20 anos ou mais (n= 2).

Quanto ao tempo de atuação na referida UAPS, encontrou-se: um a 5 anos (n= 15); 6 a 10 anos (n= 1); 11 a 15 anos (n= 3); 16 a 19 anos (n= 2); 20 anos ou mais (n= 2). Os participantes que não trabalhavam exclusivamente naquela UAPS foram encontrados em um maior número (n= 13) e 10 trabalhavam unicamente naquele serviço.

No que se refere aos participantes que receberam capacitação em sala de vacinas, verificou-se um total (n= 15) e os que não receberam capacitação naquele serviço (n=8).

Em relação ao tempo em que receberam capacitação em sala de vacinas na UAPS, 6 profissionais informaram que há 2 anos; há um ano, 5 profissionais; e há 3 anos ou mais, 4 profissionais.

No que diz respeito à capacitação ministrada aos participantes das salas de vacinas na UAPS, foram informadas as realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (n=

8); por outras instituições (n= 6); e Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP/CE) (n= 1). A carga horária dessas capacitações foi de 10 horas ou menos (n= 8); 20 horas (n= 3); 30 horas ou mais (n= 4).

Os participantes foram agrupados em como buscam a atualização em sala de vacinas, sendo encontrado: àqueles que aguardam informes técnicos da SMS (n= 11); outros (n= 4); pesquisas na internet (n= 4); com a enfermeira da unidade (n= 3); e um profissional informa não buscar atualizações.

Os participantes foram agrupados por turno de trabalho nas salas de vacinas, sendo encontrados àqueles que trabalham nos turnos manhã/tarde (n= 20); apenas manhã (n= 2); e apenas tarde (n= 1).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS SALAS DE VACINAS

Quanto à organização das salas de vacinas, dentre as 18 UAPS da CORES, apenas 13 concordaram participar.

Constatou-se que, das 13 salas de vacinas, como mostra a tabela 1, nem todas as vacinas do calendário básico de vacinação encontravam-se disponíveis, nem eram administradas por todas as unidades de saúde; outro ponto crítico identificado está com a ausência do SIPNI, porém o município de Fortaleza usa um sistema de informação próprio do município; e apenas 4 (30,76%) unidades não dispunham de proteção adequada contra a luz solar direta.

Tabela 1: Caracterização das salas de vacinas em relação a procedimentos técnicos. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

ASPECTOS GERAIS DA SALA DE VACINAÇÃO	SIM	NÃO
Sala exclusiva para atividade de vacinação	13	0
Sala de fácil acesso a população	12	1
Sala devidamente identificada	12	1
Sala possui acessibilidade	11	2
Sala de vacina possui ar condicionado em perfeitas condições de funcionamento	12	1
Sala de vacina recebe incidência da luz solar	4	9
Mapa de controle diário de temperatura está afixado em local visível	13	0
Sala possui caixa térmica de poliuretano com termômetro	12	1
Sala possui caixa térmica de poliestireno com termômetro	6	7
Faz o monitoramento da temperatura das caixas térmica ou do equipamento de uso diário	11	2
Possui computador na sala de vacina para utilização do Sistema de Controle da Prefeitura de Fortaleza	13	0
SIPNI está instalado	0	13
Profissionais da UAPS utilizam outra forma de registro das doses aplicadas	8	5
Oferta todas as vacinas do calendário básico	8	5
Apresenta organização dos impressos e materiais de expediente	10	3
Dispõe de material educativo sobre imunização para ação na comunidade	5	8
Horário de funcionamento da sala de vacina é matutino	13	0

A sala tem no mínimo 6m ² como preconiza a ANVISA	13	0
A sala de vacinação está em condições ideais de limpeza	13	0
A limpeza geral (paredes, teto, etc.) é feita no máximo a cada quinze dias	10	3
Tem objetos de decoração (papéis, vasos, etc.)	0	13

No item aspectos gerais da sala de vacinação, destaca-se o fato de que 4 (30,76%) unidades não possuíam colchonete ou similar revestido de material impermeável e protegido com material descartável; e 4 (30,76%) não recebem supervisão da coordenação municipal frequentemente.

Os pontos críticos analisados nas tabelas 2 e 3 nos mostram que em 9 UAPS (69,23%), o refrigerador encontrado é do tipo doméstico; em 6 (46,15%) destas, o refrigerador não possui porta no congelador; em 5 destas (38,46%), o refrigerador não tem a bandeja coletora de água; em 9 (69,23%) foi relatada a não existência de um programa de manutenção preventiva e/ou corretiva para o refrigerador da sala de vacinas; em 3 (23,07%), o degelo e a limpeza do refrigerador não são realizados a cada 15 dias ou quando a camada de gelo atingir 0,5 cm, como preconizado.

Tabela 2: Caracterização das salas de vacinas em relação a procedimentos técnicos. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

PROCEDIMENTOS TÉCNICOS	SIM	NÃO
ACS faz busca ativa de suscetíveis com a clientela que frequenta o UAPS	13	0
ACS possuem cartão espelho	13	0
Sala de vacina recebe supervisão do estado/regional frequentemente	11	2
Sala de vacina recebe supervisão da coordenação municipal frequentemente	8	5
Investiga ocorrência de eventos adversos à dose anterior	10	3
Existe o portfólio na Sala de vacina	12	1
Geladeira é exclusiva para as vacinas	13	0
As seringas e agulhas de uso diário estão acondicionadas adequadamente (em recipientes limpos e tampados)	13	0
As seringas e agulhas de estoque estão acondicionadas em embalagens fechadas e em local sem umidade	13	0
Tem mesa de exame clínico/similar e/ou cadeira para aplicação de vacina	11	2
Possui colchonete ou similar revestido de material impermeável e protegido com material descartável	8	5
Registra data e hora de abertura do frasco	13	0
Observa o prazo de validade após a abertura do frasco	13	0
Destino do lixo é adequado	13	0
Acondiciona separadamente os vários tipos de lixo	10	3
Observa o prazo de validade das seringas e agulhas	13	0

Tabela 3: Caracterização das salas de vacinas em relação à rede de frio. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

REDE DE FRIO	SIM	NÃO
Termômetro de Máxima e Mínima e/ou cabo extensor no refrigerador	12	1
Refrigerador é do tipo doméstico	9	4
Refrigerador é do tipo duplex	0	13
Refrigerador tem porta do congelador	7	6
Refrigerador tem bandeja coletora de água	8	5
Garrafas com corante em todo o espaço inferior interno no refrigerador	10	3
Garrafas com corante estão dentro da gaveta	7	6
Realiza troca dos corantes das garrafas	6	7
Imunobiológicos organizados por tipo, lote e validade	13	0
Mantida distância entre os imunobiológicos e as paredes da geladeira a fim de permitir a circulação do ar	12	1
Leitura e o registro corretos das temperaturas no início e no fim da jornada de trabalho	13	0
Refrigerador de uso exclusivo para imunobiológicos	13	0
Existência de um programa de manutenção preventiva e/ou corretiva para o refrigerador da sala de vacina	4	9
Existência de um plano de contingência	12	1
O degelo e a limpeza do refrigerador são realizados a cada 15 dias ou quando a camada de gelo atingir 0,5 cm	10	3
Há mapa diário de controle de temperatura	13	0

Em relação a tabela 4, os pontos críticos mencionados foram que 100% dos entrevistados desconhecem o fluxo para a solicitação dos imunobiológicos especiais; em 100% das salas não foi encontrado o manual de Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais; e em 3 destas (23,07%), não se utilizava a ficha de investigação de eventos adversos pós-vacinação.

Tabela 4: Caracterização das salas de vacinas em relação ao CRIE na rede pública. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

CRIE	SIM	NÃO
Tem o manual de Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais	0	13
Conhece o fluxo para a solicitação destes imunobiológicos especiais	0	13
Ficha de investigação de eventos adversos preenchida corretamente	10	3

4 DISCUSSÃO

Verificou-se que a maioria dos profissionais trabalhavam há mais de um ano e menos de 5 anos em UAPS; tinham até 4 anos de formação; e a faixa etária predominante foi de 31 a 40 anos de idade.

No Brasil, o adequado desempenho alcançado pelo PNI é consequência de um conjunto de políticas públicas amparadas por três pilares: a) equidade no acesso, b) segurança das vacinas utilizadas, e c) elevadas coberturas vacinais.¹²

As vacinas do calendário básico recomendado pelo PNI não estão disponíveis em todas as unidades, sendo uma barreira à oferta da vacinação para toda a população. Todas as salas funcionam no tempo recomendado, e são usadas exclusivamente para essa

finalidade. São problemas que causam a denominada ‘oportunidade perdida de vacinação’ (OPV). Uma oportunidade de vacinação acontece quando um indivíduo candidato a imunização, não portador de contraindicações, visita determinado serviço de saúde e não recebe a totalidade das vacinas de que precisa.¹³

Quatro são as categorias de causa de OPV: falsas contraindicações para imunização; atitude do profissional de saúde; problemas logísticos dos serviços; e atitudes da população.¹⁴ Embora este estudo não tenha por objetivo quantificar as OPV, os autores identificaram sua ocorrência. Sua eliminação é necessária, potencializando a elevação das coberturas vacinais e a promoção da homogeneidade, ou seja, a manutenção dos percentuais de cobertura nas diferentes localidades.

É importante ressaltar que ambiente destinado à manipulação e à administração dos imunobiológicos devem seguir rigorosamente as normas de conservação e limpeza, para garantir a máxima segurança de seus usuários, que em sua maioria, podem estar na condição de suscetibilidade, assim é necessário que sua estrutura ofereça condições apropriadas para manter a higienização adequada.¹⁵ Para que sejam cumpridas as normas estabelecidas pelo PNI, a higienização, a limpeza geral com lavagem do teto, paredes e piso deve ser realizada quinzenalmente.¹⁶

Quando questionadas se o serviço de vacinação é de fácil acesso, 22 (95,7%) profissionais responderam que sim. A dificuldade de acesso enumerada por uma participante da pesquisa foi o tempo de espera para ser vacinado. O principal entrave do acesso em relação à dimensão organizacional foi a falta do imunobiológico, também apontada em outros estudos^{17,18,19} e constitui um importante obstáculo para que se atinja uma adequada cobertura vacinal.

Algumas equipes da ESF superam a indicação de até 4.000 pessoas adcritas. Estudo realizado no Nordeste brasileiro apresenta situações similares ao discutir, como uma das maiores barreiras para uma boa atuação da equipe, o excesso de usuários vinculados por equipe da ESF, impedindo o trabalho adequado da equipe e o acesso aos cuidados dos quais os usuários precisam.²⁰

Estudo realizado em Minas Gerais, com o objetivo de compreender a percepção do enfermeiro sobre a supervisão das atividades realizadas em salas de vacinas da atenção primária à saúde (APS), demonstrou a ausência de supervisão do enfermeiro, sendo citada, como justificativa, a quantidade de ações assumidas por eles. Essa deficiência, na supervisão, pode comprometer a qualidade do cuidado em sala de vacinas.²¹

Pesquisa realizada com o objetivo de conhecer a atuação da equipe de enfermagem na sala de vacinação observou que em algumas unidades avaliadas, o enfermeiro comparecia tão somente para recolher os mapas de administração dos imunobiológicos, situação que descaracteriza o papel esperado desse profissional, que é o responsável técnico pela sala de vacinas.²²

Profissionais de saúde desatualizados podem apresentar condutas errôneas, levando à perda da oportunidade vacinal e danos à pessoa. A relevância do conhecimento atualizado dos trabalhadores de saúde está na garantia de uma imunização segura, porém, os treinamentos não acontecem na mesma proporção das mudanças ocorridas no calendário nacional.²³

As salas de vacinas funcionam durante todo o período de trabalho, inclusive no horário de almoço, com oferta de todas as vacinas; em outras, a unidade não realiza a vacinação de alguns imunobiológicos em determinados dias, com horários específicos. Um estudo corrobora com estes resultados, ao evidenciar a dificuldade dos responsáveis pelas crianças em comparecer ao serviço de vacinação devido à jornada de trabalho, em razão da incompatibilidade do horário e de disponibilidade com o de funcionamento da unidade de saúde. Sugere-se a abertura das unidades de saúde de ESF em horário noturno, para facilitar o uso por parte dos trabalhadores.²⁴

Os horários de funcionamento devem ser revistos, a fim de possibilitar, aos usuários, horários alternativos como nos fins de semana e após as 18 horas, maximizando o acesso à sala de vacinas.²⁵

Em todas as salas de vacina foi verificado que não se utilizavam o SIPNI, como no interior do estado o fazem, mas um programa específico que alimenta o sistema de informação do município de Fortaleza, e repassa indiretamente essas informações.

Pode-se observar que, das 13 UAPS, somente 8 administravam todas as vacinas do calendário vacinal. Dentre as vacinas não administradas estavam a BCG, febre amarela, a vacina antirrábica, e a HPV, que somente eram administradas em postos mais centrais da região.

Neste processo de formação, no processo de trabalho cotidiano dos serviços, o foco principal é produzir o cuidado em saúde a partir da prática profissional, construindo sentidos para a ação da enfermagem, para que se possa identificar a finalidade do trabalho e mobilizar os atributos de forma combinada, para a produção da ação em saúde e de enfermagem, de acordo com o projeto político que se tem em marcha.²⁶

Pesquisa de avaliação do Sistema Brasileiro de Notificação de EAPV (SI-EAPV), realizada em 2011, aponta grau apreciável de oportunidade na notificação. Contudo, identificou-se que, aproximadamente 50% das notificações demoram de 60 dias ou mais para o registro da notificação no SI-EAPV, forma pela qual a notificação atinge o nível central do sistema. Entender, ainda, que o fato de os profissionais de saúde mostrarem-se mais atentos à ocorrência do EAPV não tem implicado negativamente na adesão da população à imunização.¹² São dados que corroboram com esse estudo, em que 10 UAPS (76,92%) notificam os EAPV identificados, embora a alimentação do SI-EAPV seja realizada de forma indireta: os profissionais preenchem a ficha de notificação nas unidades de saúde, que encaminha os dados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para alimentar o sistema, justificando-se, dessa forma, a demora entre a ocorrência e a notificação no nível central.

Referente ao estoque excessivo, a conservação da temperatura ideal para o acondicionamento pode ser prejudicada e o sistema de reposição comprometido, acarretando a perda por vencimento e onerando o sistema público. Mensalmente, a unidade de saúde envia impresso confeccionado pela Secretaria Municipal de Saúde, contendo dados relativos ao estoque atual e a necessidade de reposição de acordo com a estimativa de utilização. O profissional responsável deverá realizar o controle de estoque dos imunobiológicos e insumos (seringas, agulhas), bem como conhecer os princípios das boas práticas de aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação dos imunobiológicos.¹⁶

O estoque de imunobiológicos na unidade de saúde local não deve ser superior ao cálculo de consumo para dois meses, para redução dos riscos de exposição de vacinas e soros a situações passíveis de comprometimento da qualidade dos produtos.²⁷

Ainda no quesito segurança, no item “imunobiológicos especiais” há uma aparente contradição nos dados, pois alguns profissionais relatam conhecer a disponibilidade, indicações e fluxo dos imunobiológicos especiais, porém 100% afirmam não conhecer o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE). Esse desconhecimento deve diminuir a sensibilidade da população quanto ao serviço, assim a SMS encaminha o impresso de solicitação de imunobiológico especial ao Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) estadual, sem solicitações.

Um elemento importante é que o estudo foi respondido, em sua maioria, pelas profissionais de nível médio, o que nos leva a pensar que alguns itens do instrumento podem ter sido respondidos por desconhecimento, e não por ausência do elemento. Por

exemplo, em uma unidade respondeu-se que não existia caixa térmica de poliuretano com termômetro, e que não possuía o termômetro de mínima e máxima com cabo extensor, o que sabemos é um requisito basilar para o manuseio correto destes produtos, que são termolábeis, e muito sensíveis a temperatura, o que sem dúvida inviabilizaria o funcionamento adequado da sala; outro questionamento levantado foi com relação ao plano de contingência, em que o profissional relatou a inexistência deste, e sabe-se que deve existir um plano de contingência para todas as salas de vacinas, assim por ser um macroprocesso de trabalho, pode ter passado por desconhecimento do trabalhador que está na parte operacional da sala. E por fim, somente 4 UAPS relataram possuir um programa de prevenção de manutenção dos refrigeradores.

5 CONCLUSÕES

As fragilidades detectadas no estudo foram a dificuldade de adesão dos coordenadores das salas de vacinas em colaborar com o mesmo, podendo trazer algumas informações inconsistentes; encontrar os enfermeiros que coordenavam as salas de vacinas, pois estavam demasiadamente ocupados com outras funções, e ficarem impossibilitados de acompanhar com mais proximidade os processos de trabalho e a organização das salas de vacinas.

Verifica-se uma maior necessidade de se implantar de forma sistemática a atividade de supervisão, monitoramento e avaliação nas salas de vacinas. Além disso, organizar estratégias de educação permanente que provavelmente proporcionarão o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais, facilitando assim, a implementação de atividades de promoção à saúde junto à comunidade, com a finalidade de provocar possíveis mudanças individuais, visando à manutenção do controle das doenças imunopreveníveis em toda a sociedade.

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- 2- Domingues CMAS, Teixeira AMS. Epidemiologia das doenças imunopreveníveis e coberturas vacinais no Brasil. Como estamos? *Revista Imunizações*. 2014; 7(3):16-21.
- 3- Santos CAPS et al. Conhecimento, atitude e prática dos vacinadores sobre vacinação infantil em Teresina-PI, 2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017, 26(1):133-40. DOI: 10.5123/S1679-49742017000100014.
- 4- Homma A et al. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(2): 445-58. DOI: 10.1590/S1413-81232011000200008.
- 5- Garcia LR et al. A importância da vacinação no combate ao sarampo. *Braz. J. Hea. Rev.*, v. 3, n. 6, p. 16849-16857, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n6-099.
- 6- Ballalai I, Bravo F (Organização). *Imunização: tudo o que você sempre quis saber*. Rio de Janeiro: RMCOM; 2016.
- 7- Carvalho AMC, Araújo TME. Conhecimento do adolescente sobre vacina no ambiente da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 2012; 65(2):229-35. DOI: 10.1590/S0034-71672012000200005.
- 8- Waldman EA, Sato APS. Path of infectious diseases in Brazil in the last 50 years: an ongoing challenge. *Rev. Saúde Pública*. 2016; 50(68):1-18. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050000232.
- 9- Oliveira VC et al. Avaliação da qualidade de conservação de vacinas na atenção Primária à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2014; 19(9):3889-98. DOI: 10.1590/1413-81232014199.12252013.
- 10- Ministério da Saúde (BR). Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações – CGPNI. Nota Informativa N° 135-SEI/2017. Brasil: Ministério da Saúde; [acessado em 2017 jul 15]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/vacinacao/calendario-nacional-de-vacinacao>.
- 11- IBGE. Panorama Fortaleza–Ceará–Brasil. Brasil: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; [acessado em 2017 dez 12]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>.
- 12- Monteiro SAMG, Takano OA, Waldman EA. Avaliação do sistema brasileiro de vigilância de eventos adversos pós-vacinação. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2011; 14(3):361-71. DOI: 10.1590/S1415-790X2011000300002.
- 13- Paulo EF. Oportunidades perdidas de vacinação em crianças menores de dois anos de idade, ocorridas nas salas de vacinação, das unidades de saúde da região norte do

município de São Paulo. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências. 2010. 151f.

14- França ISX, Simplicio DN, Alves FP, Brito VRS. Cobertura vacinal e mortalidade infantil em Campina Grande, PB, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009; 62(2):258-64.

15- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

16- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Rede de Frio. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

17- Santos GRD, Silva SS, Guimarães EAA, Cavalcante RB, Oliveira VC. Avaliação do monitoramento rápido de coberturas vacinais na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016; 25(1):55-64. DOI: 10.5123/S1679-49742016000100006.

18- Barrera L, Trumbo SP, Bravo-Alcántara P, Velandia-Gonzales M, Danovaro-Holliday MC. From the parents' perspective: a user-satisfaction survey of immunization services in Guatemala. *Public Health*. 2014; 6(14):231. DOI: 10.1186/1471-2458-14-231.

19- Lopes EG et al. Situação vacinal de recém-nascidos de risco e dificuldades vivenciadas pelas mães. *Rev. Bras. Enferm*. 2013; 66(3):338-44. DOI: 10.1590/S0034-71672013000300006.

20- Gomes FM, Silva MGC. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(S1):893-902. DOI: 10.1590/S1413-81232011000700021.

21- Oliveira VC, Gallardo PS, Gomes TS, Passos LMR, Pinto IC. Supervisão de enfermagem em sala de vacina: a percepção do enfermeiro. *Texto & Contexto Enferm*. 2013; 22(4):1015-21.

22- Queiroz SA, Moura ERF, Nogueira PSF, Oliveira NC, Pereira MMQ. Atuação da equipe de enfermagem na sala de vacinação e suas condições de funcionamento. *Rev Rene*. 2009; 10(4):126-35.

23- Marinelli NP, Carvalho KM, Araújo TME. Conhecimento dos profissionais de enfermagem em sala de vacina: análise da produção científica. *RevUnivap*. 2015; 21(38):26-35. DOI: 10.18066/revistaunivap.v21i38.324

24- Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(4):725-37. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000400015.

25- Barbosa SP, Elizeu TS, Penna CMM. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(8):2347-57. DOI: 10.1590/S1413-81232013000800019.

26- Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(2):313-20. DOI: 10.1590/S0104-07072009000200015.

27- Tregnaghi MW, Ceballos A. Manual de vacinas da América Latina. Genebra: Who; 2005.