

VACINAÇÃO – O QUE O USUÁRIO SABE?

Vaccination – What does the user know?

Artigo original

RESUMO

A investigação objetivou a identificação do conhecimento do usuário sobre vacinação. Tratou-se de um estudo descritivo com 60 usuários, que freqüentavam os 04 postos de saúde selecionados. Os dados foram coletados através de entrevista, e analisados estatística e descritivamente. Na amostra pesquisada, predominaram as mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos. A maioria ocupava-se de prendas do lar. Cerca de 40% receberam informações sobre vacinação do auxiliar de enfermagem. Entretanto, o conhecimento sobre a vacinação (indicações, contra-indicações, esquema e reações vacinais) presente em algumas, era elementar e fragmentado. Nesse sentido, sugere-se a implementação de estratégias de educação em saúde que possibilitem conscientização da clientela sobre esta temática, gerando mudanças comportamentais em relação à promoção da saúde.

Descritores: Vacinação. Conhecimento. Prevenção primária.

ABSTRACT

The study aimed at investigating the user's knowledge about vaccination. It was a descriptive study with 60 users attended at the 4 selected health centers. Data was collected by means of an interview. The sample of users interviewed consisted predominately of women varying from 20 to 29 years of age, the majority of them being occupied as housewives. Nearly 40% of them received information about vaccination from nurse assistants. However, their knowledge about vaccination (indications, counter-indications, scheme and vaccine reactions) was elementary and fragmented. It is therefore suggested that health education strategies be implemented to increase the clientele's awareness of this matter, thus inspiring behavior changes in relation to health promotion.

Descriptors: Vaccination. Knowledge. Primary prevention.

Zélia Maria de Sousa
Araújo Santos⁽¹⁾
Vera Lúcia Montenegro
Albuquerque⁽²⁾
Francisco Hadson Sidor
Sampaio⁽³⁾

1) Enfermeira, professora titular do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Doutora em Enfermagem.

2) Química, Professora titular do Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Doutora em Educação.

3) Enfermeiro, aluno da Residência em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará – ESPCE

INTRODUÇÃO

A origem das vacinas ocorreu em 1796, quando o cientista e médico inglês Edward Jenner, por meio de suas observações sobre a varíola bovina, viu a possibilidade de proteger as pessoas contra a varíola humana. O cientista chegou a tal conclusão, observando que grande parte das pessoas que trabalhavam lidando com o gado não contraía a doença. Para a comprovação de sua hipótese, Jenner inoculou secreções de uma pústula de varíola bovina em uma criança. Dois meses depois, inoculou novamente, na mesma criança, secreção de varíola humana, sendo estas retiradas de um doente em estado grave, e mesmo assim a criança não desenvolveu as manifestações clínicas da doença. Surgiu assim, a vacina contra varíola, que só foi divulgada em 1798. O estudo de Jenner foi de fundamental importância para a prevenção de doenças, pois foi a partir de então que surgiu o interesse para criação de vacinas, prevenindo assim, outras doenças. Atualmente, existem várias vacinas, que desenvolvem no organismo a imunidade⁽¹⁾.

*Recebido em: 28/01/2004
Revisado em: 02/04/2004
Aceito em: 22/04/2004*

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi instituído no Brasil em 1973, por determinação do Ministério da Saúde, como parte de um conjunto de medidas que se destinavam a redirecionar a atuação governamental do setor, por meio da ampla extensão da cobertura vacinal, para alcançar adequado grau de proteção imunitária da população contra doenças transmissíveis. Este programa coordena as atividades de imunização desenvolvidas, rotineiramente, na rede de serviços de saúde; define as vacinas obrigatórias, as normas para cada uma delas, bem como os procedimentos; é responsável pela aquisição, controle de qualidade, distribuição de todos os imunobiológicos (vacinas e soros); além disso, proporciona assessoria técnica e apoio operacional e financeiro aos órgãos executores da vacinação⁽²⁾.

Imunidade é o estado de resistência geralmente associada à presença de anticorpos que possuem ação específica sobre o microrganismo responsável por determinada doença infecciosa ou sobre suas toxinas⁽³⁾.

A imunidade pode ser natural ou artificial, podendo ser natural passiva, adquirida por via placentária, natural ativa adquirida em conseqüência de uma infecção. A artificial também tem a mesma divisão, sendo que a passiva é obtida através da inoculação de soros e a ativa é obtida a partir da aplicação de vacinas.

Imunização significa a indução de forma natural ou artificial da resposta imune, em particular quando esta dá ao hospedeiro a capacidade de proteção contra a doença, já vacinação significa a imunização com antígenos administrados para a prevenção de doenças infecciosas. Portanto, a vacinação é uma imunização realizada de forma artificial⁽³⁾.

A imunização, que vem a ser uma proteção, é de fundamental importância na prevenção e controle das doenças: difteria, tuberculose, tétano, coqueluche, poliomielite, sarampo, hepatite B, febre amarela, rubéola e caxumba. A prevenção visa ao emprego de medidas profiláticas, a fim de impedir que indivíduos sadios adoçam. Portanto, esta afirmação leva-se a refletir o quanto um esquema vacinal completo e atualizado é importante para a promoção da saúde⁽¹⁾. Partindo desse pressuposto, enfatiza-se o quanto é importante uma rotina de orientação no serviço de imunização na redução da morbimortalidade, pois uma imunização bem sucedida acarretará em benefícios, tanto no contexto de saúde como no financeiro. Embora uma vacina tenha um custo relativamente alto, o seu valor ficará mínimo, diante de uma internação ou de um óbito.

Além de ampliar o rol dos imunobiológicos oferecidos à população, o PNI implantou a vacinação de adultos,

principalmente em mulheres, e a de idosos com 65 anos ou mais. Os idosos recebem vacinas contra gripe, tétano e difteria, em todos os postos de saúde do país, e atualmente é distribuída, em alguns postos, a vacina contra pneumonia para idosos. As mulheres são vacinadas contra o tétano com a vacina dupla bacteriana, para prevenir o tétano neo-natal e difteria⁽²⁾.

Atualmente, o programa é coordenado pela FUNASA, órgão de âmbito federal que atua em parceria com os governos estaduais, os quais coordenam as ações de vacinação, viabilizando a execução das mesmas por meio da rede de serviços, em articulação com prefeituras municipais e outras instituições. Portanto, a vacinação é responsabilidade institucional dos Governos Federal, Estadual e Municipal.

Campanhas de vacinação foram estabelecidas e dias nacionais de vacinação estão sendo realizados, duas vezes ao ano, desde 1980, visando à vacinação indiscriminada da população de zero a quatro anos completos. Como resultado destas campanhas, os últimos casos de poliomielite no Brasil, mais precisamente no Rio de Janeiro, foram em 1987 e 1989.

A administração de algumas vacinas para outros grupos, como adolescentes, adultos jovens, gestantes, mulheres em idade fértil, profissionais de saúde e idosos, já estão disponibilizados e fazem parte dos atuais programas de vacinação.

Crianças menores de dois anos passaram a receber, em caráter de rotina, a vacina contra a bactéria *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), uma das principais causadoras da meningite infantil. A vacina contra a Hepatite B está sendo implantada para menores de um ano de idade, em todo o País e para maiores de 15 anos de idade na Amazônia, Santa Catarina, Paraná e Distrito Federal. Também é papel da FUNASA, a coordenação das ações de vacinação de caráter nacional, além da aquisição, conservação e distribuição dos imunobiológicos que integram o programa⁽²⁾.

As vacinas têm suas contra-indicações, que muitas vezes não são esclarecidas à população, fazendo com que muitas crianças deixem de ser vacinadas, no momento oportuno, devido a falsas contra-indicações.

As contra-indicações gerais para todas as vacinas são: imunodeficiências congênitas ou adquiridas; pessoas acometidas de neoplasias malignas; pessoas em tratamento com corticosteróides por mais de duas semanas; pessoas em tratamentos de imunodepressores como quimioterapia e radioterapia; gravidez, salvo situações de alto risco para infecção e a vacina contra o tétano, que deve ser administrada para a prevenção de tétano neo-natal; doenças infecciosas agudas com febre elevada; crianças com peso inferior a 2500g

ou com desnutrição grave (até a correção do estado nutricional); transfusões sanguíneas dentro de dois a três meses antes da vacinação; reação alérgica anterior à mesma vacina e crianças com doenças neurológicas progressivas⁽²⁾.

Com o intuito de conhecer a situação de cobertura e registro de reações adversas das vacinas no Estado do Ceará e em Fortaleza, buscou-se informação no setor de imunização da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, onde, apesar de existir um impresso para notificação de reações adversas das vacinas, esta não era feita, e quando era feita, era de maneira incorreta e pouco confiável. O serviço está treinando pessoal para que as notificações sejam feitas de maneira correta, o que demonstra a importância das orientações na minimização das reações adversas e na adesão das mães ao esquema completo de imunização.

Os dados mostrados sobre a cobertura vacinal, tendo por base as vacinas básicas, no Estado do Ceará, no ano de 2001, demonstraram uma certa eficiência no serviço de cobertura vacinal, porém, questiona-se: as orientações estão sendo dadas? Será que as crianças não apresentaram nenhuma reação adversa? Quantas crianças não compareceram ao serviço para completar o esquema vacinal? O que o usuário sabe sobre vacinação?

Mediante esses questionamentos, optou-se por este estudo objetivando identificar o conhecimento do usuário sobre vacinação. Espera-se que os resultados deste estudo sirvam de subsídio para o planejamento e/ou implementação de estratégias administrativas e educativas, que propiciem desempenho satisfatório e condizente com a proposta ministerial, relacionada à vacinação, que preconiza quatro conjuntos de atividades: a triagem; a orientação específica; a administração dos imunobiológicos e o encerramento dos trabalhos.

Refletindo-se sobre esta recomendação, constata-se que seria o ideal se obter uma cobertura vacinal de 100%, pois só assim, poderiam ser feitos os registros adequadamente, com as buscas ativas de usuários que estivessem com esquema incompleto, mas é uma pena que tudo não passe de uma utopia, pois, de real, existem apenas os manuais de procedimentos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde sem preenchimento.

A escolha do tema vacinação justifica-se pela sua relevância para a saúde coletiva e por ser ele um campo de significativa atuação do enfermeiro, que possibilita desenvolver uma estratégia importante para a promoção da saúde. A promoção da saúde implica o estabelecimento de agendas públicas com a participação de diversos atores, envolvendo pessoas e comunidade para se alcançar mais saúde e uma melhor qualidade de vida⁽⁴⁾.

As atividades de promoção de saúde basicamente são de responsabilidade da rede básica. Entre as ações da rede básica de saúde, destacam-se os programas de combate à desnutrição e à diarreia na infância, de prevenção da AIDS, de imunização, de prevenção do câncer de mama, do aleitamento materno, do controle da hipertensão, do diabetes, etc⁽⁴⁾.

As atividades básicas a serem desempenhadas pelo Estado são: financiar e prover publicamente bens meritórios como educação para a saúde, imunização, atenção materno-infantil; subsidiar a atenção primária e serviços hospitalares para os pobres; estabelecer seguro nacional ou regional para o setor formal de trabalhadores e suas famílias; regular as falhas do mercado e monitorar sua performance; educar o público para que esteja informado sobre os serviços de saúde⁽⁵⁾.

MÉTODOS

Este estudo foi de natureza descritiva, no qual se pretendeu descrever, com exatidão os fatos e fenômenos relacionados ao conhecimento do usuário sobre vacinação.

Para ambiente de realização da investigação, foram selecionados quatro unidades básicas de saúde situadas em Fortaleza-CE, nas quais é desenvolvido o Programa Nacional de Imunização (PNI).

Participaram da pesquisa 60 usuários, dentre aqueles que acessaram o serviço durante o intervalo de tempo em que se trabalhou na coleta de dados. Os participantes apresentaram idade mínima de 15 anos, não tendo sido consideradas variáveis como sexo, raça, escolaridade e ocupação.

Esta investigação foi realizada durante os meses de agosto e setembro de 2003, e de acordo com a resolução 196/96 da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), que sugere observância aos princípios bioéticos – autonomia, não maledicência, beneficência e justiça. A aceitação da participação do cliente foi registrada em termo de consentimento informado, de acordo com a mesma resolução⁽⁶⁾.

O roteiro de entrevista constou dos dados sócio-demográficos e dos questionamentos: Você sabe o que é vacina? Para que serve? Quais as reações adversas? Que condutas você pode tomar mediante tais reações? De quem recebeu orientações sobre vacinação? Quais as contra-indicações?

Os dados coletados a partir das questões da entrevista foram agrupados em função das categorias analíticas – identificação do conhecimento dos usuários relacionados à vacinação; enquanto os dados sócio-demográficos foram

organizados em tabelas e cruzados, posteriormente, com as falas, traçando-se suas relações, como forma de favorecer os processos de análise e inferência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Caracterização sócio-demográfica dos usuários

Esta categoria contempla o cruzamento das informações, representando as variáveis: idade, escolaridade, renda familiar, ocupação, naturalidade e procedência.

Dentre os usuários entrevistados 42 (70%) eram do sexo feminino, sendo 21 (35%) casadas e com idade de 20 a 29 anos. Provavelmente, estes resultados estejam relacionados com a fase reprodutiva da mulher e seu maior envolvimento no cuidado com os filhos, que faz parte da cultura em nosso país. Acredita-se que isto se dá pelo fato de que as mulheres se preocupam mais com a busca da saúde, e que os homens buscam o serviço de saúde quando já estão com problemas de saúde em níveis avançados (TAB I).

Tabela I – Distribuição dos usuários segundo a idade, o estado civil e o sexo. Fortaleza-CE, 2003.

Idade (em anos)	Sexo			Total				
	Masculino			Feminino				
Estado civil*	1	2	3	1	2	3	n	%
15 – 19	01	-	-	03	07	05	16	26,7
20 – 29	01	01	01	09	08	04	24	40,0
30 – 39	01	01	-	08	01	01	12	20,0
40 ou +	01	01	-	03	01	02	08	13,3
Total	04	03	01	17	17	12	60	100

* 1 - casado; 2 - solteiro; 3 - outros (viúvo, união estável)

Dos usuários entrevistados, 40 (66,7%) ocupavam-se de atividades do lar, e cursaram o ensino fundamental, médio e superior, que na maioria era incompleto. Ressalta-se que a renda familiar entre os entrevistados variou entre 1 e 3 salários mínimos, exceto aqueles que tinham nível superior, cuja renda era acima de 4 salários mínimos (TAB II).

Esta realidade, constatada por meio do estudo, demonstra que, mesmo com as conquistas obtidas pelas mulheres nas últimas décadas, estas não podem trabalhar em outras atividades devido à falta de qualificação profissional (TAB II).

Tabela II – Distribuição dos usuários segundo a renda familiar, a escolaridade e a ocupação. Fortaleza – Ceará, 2003.

Renda familiar (SM)	Ocupação			Total				
	Escolaridade*			Outros **				
	1	2	3	1	2	3	n	%
< 01	01	04	-	02	02	-	09	15
01 – 03	-	24	07	-	07	05	43	71,7
04 ou +	-	04	-	-	-	04	08	13,3
Total	01	32	07	02	09	09	60	100

1 – Alfabetizado; 2 – Ensino fundamental; 3 – Ensinos Médio e Superior
** Vendedor; Garçoneiro; Estudante; Faxineira. SM – Salários Mínimos

Pode-se observar que a educação influi em todos os aspectos, ficando claro que, se uma pessoa não tem educação adequada, possivelmente não terá boas condições financeiras, o que acarretará em péssimas condições de saúde. Os conhecimentos de saúde que os indivíduos, por si sós, podem alcançar, são definidos por fatores como pobreza e desemprego, analfabetismo e sub-moradia, falta de serviços básicos, como saneamento, água e fatores sociais⁽⁷⁾.

A maioria dos usuários nasceu na Capital, e aqueles que eram naturais de outros municípios, residiam nesta. Isso é um fato que conota a migração de pessoas da zona rural para os grandes sítios urbanos, em busca de melhores condições de vida.

• Identificação do conhecimento dos usuários relacionados à vacinação

Esta categoria compreende as informações dos usuários relacionadas à vacinação: conceito de vacinação, fonte de orientações, tipos de vacinas, início do esquema, número de doses, reações vacinais, finalidades e contra-indicações.

Os usuários conheciam a finalidade da vacinação de modo geral, conforme ilustrado pelas falas:

“É um meio de ficar imune às doenças”.

“Para as pessoas ficarem boas, não ter doenças”.

“Um meio de prevenir muitas doenças”.

Quanto a terem recebido orientações prévias a respeito de vacinação, 25 (41,7%), usuários foram orientados, destes, 10 (16,7%) por auxiliares de enfermagem, os demais por enfermeiros, médicos e agentes de saúde (TAB III).

Tabela III – Distribuição dos profissionais que orientaram os usuários sobre vacinação. Fortaleza-CE, 2003.

Profissionais – fornecedores de orientação	N	%
Enfermeiros	08	32
Médicos	05	20
Auxiliares de Enfermagem	10	40
Agentes de Saúde	02	08
Total	25	100

A equipe multidisciplinar tem um papel fundamental no Programa de Imunização, porque é dela a responsabilidade de treinar o pessoal auxiliar para o desempenho das atividades de vacinação e de realizar a supervisão de pessoal. A qualidade do serviço prestado em sala de vacinas depende, basicamente, da forma de atuação dos profissionais e em especial de enfermeiros e auxiliares de enfermagem⁽⁸⁾.

Os entrevistados que disseram ter sido orientados por enfermeiros, na verdade, confundem os auxiliares de enfermagem com os enfermeiros, chamando a todos de enfermeiros. Isto foi observado visto que, nos postos, onde foi realizado o estudo, a presença marcante, dentro da sala de imunização, era de auxiliares de enfermagem.

Os próprios usuários, quando indagados a respeito de quem lhes deu alguma orientação respondem:

“A enfermeira, que aplica as vacinas”.

“A moça que dá as injeções, a enfermeira”.

Esta realidade contrasta com os manuais de vacinação preconizados pelo Ministério da Saúde, que trazem em suas diretrizes, que a equipe de imunização seja composta por um enfermeiro e dois auxiliares ou técnicos de enfermagem, sendo que o papel do enfermeiro seria o de supervisor e treinador em serviço dos demais.

As vacinas mais conhecidas pelos usuários eram: BCG, agrupamento DT e dT, que ficaram todas com 35 (58,3%) da amostra. Do agrupamento das duas vacinas, os usuários relataram conhecer a vacina contra o tétano, isto se dá devido à falta de familiaridade com o nome correto de cada vacina e que os meios de comunicação utilizados em campanhas utilizam apenas uma forma de abordagem, com chavões como “vacine-se contra tétano”, sendo que, na maioria das vezes, dependendo do tipo da vacina utilizada, os usuários não sabiam, que ao se vacinarem contra o tétano, também estavam se vacinando contra a difteria. Vale ainda ressaltar, que foi possível constatar que muitos sabiam que a vacina era contra o tétano, porém, a maioria destes não sabia o que era, pois afirmaram que esta vacina servia para evitar infecções, caso se tivesse uma perfuração por um objeto de metal enferrujado (TAB IV).

Tabela IV – Distribuição dos usuários segundo o conhecimento dos tipos de vacinas e escolaridade. Fortaleza-CE, 2003.

Conhecimento sobre vacinas	Sim						Não					
	1	2	3	4	5	%	1	2	3	4	5	%
Escolaridade*												
Tipos de vacinas												
Sabin	-	12	15	13	20	33,3	03	29	07	01	40	66,6
Anti Sarampo	-	11	05	03	19	31,6	03	30	07	01	41	68,3
BCG	02	23	07	03	35	58,3	01	18	05	01	25	41,6
Hepatite B	-	09	04	02	15	25,0	03	32	08	02	45	75,0
DTP	-	13	03	03	19	31,6	03	28	09	01	41	68,3
Dt, dT	01	22	08	04	35	58,3	02	19	04	-	15	25,0
Hib	-	02	-	02	04	6,6	03	39	12	02	56	93,3
Febre Amarela	01	13	04	03	21	35,0	02	28	08	01	39	65,0
MMR	-	-	-	02	02	3,3	03	41	12	01	58	96,6
Influenzae ou Gripe	-	06	06	04	16	26,6	03	35	06	-	44	73,3

As outras vacinas mais conhecidas foram respectivamente, em ordem decrescente: Febre Amarela, Sabin, Antisarampo e DTP. Sendo que estas foram bem destacadas, em decorrência das últimas campanhas realizadas, utilizando os mais variados meios de comunicação. Isto demonstra que um dos veículos mais eficientes de se atingir a comunidade é por intermédio dos meios de comunicação de massa, principalmente a televisão. Portanto, as autoridades competentes deveriam utilizar-se deste meio para fornecer mais informações sobre as vacinas, e não apenas jogá-las como se a população tivesse a obrigação de se vacinar. Ao invés disso, fazer com que a população ficasse conscientizada a procurar o serviço de imunização como uma opção de melhoria da saúde e do bem-estar.

O menor índice de conhecimento foi verificado nas vacinas MMR (triviral), em 2 (3,3%) entrevistados e a vacina Hib conhecida por 4 (6,7%). Acredita-se que índices tão baixos eram devido ao fato destas vacinas terem sido implantadas mais “recentemente,” no calendário básico de imunização do Ceará, isto é, não foram divulgadas adequadamente, pois, se todos soubessem as vantagens e a importância destas duas vacinas, certamente a procura por elas, nos Postos de Saúde, seria demasiadamente grande.

A maioria dos usuários era desprovida de informações básicas sobre as vacinas, isto é, início do esquema, número de doses, reações vacinais, contra- indicações e finalidades específicas, numa variação percentual de 63,3% a 100%. Ressalta-se que os usuários conheciam a finalidade da vacinação de modo geral, como foi relatado anteriormente, porém, de acordo com os resultados deste quadro, percebe-se o desconhecimento relacionado com a finalidade específica de cada vacina e quando conheciam a doença que estava sendo prevenida, nada sabiam informar acerca da mesma (TAB V).

Tabela V - Distribuição dos usuário segundo as vacinas conhecidas e as informações de cada uma. Fortaleza-CE, 2003.

Informações básicas	Início do esquema		Número de dose		Reações vacinais		Finalidades		Contra indicações	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Vacinas	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Sabin	11	49	12	48	05	55	14	46	06	54
Anti Sarampo	07	53	16	44	10	50	22	38	06	54
BCG	22	38	16	44	09	51	08	52	06	54
Hepatite B	08	52	06	54	09	51	09	51	03	57
DTP	05	55	07	53	12	48	04	56	04	56
Dt e dT	03	57	21	39	09	51	17	43	03	57
Hib	03	57	03	57	04	56	04	56	-	60
Febre Amarela	13	47	10	50	05	55	11	49	02	58
MMR (trivial)	03	57	04	56	03	57	02	58	01	59
Influenzae/ gripe	09	51	06	54	04	56	14	46	05	55

As falas abaixo ilustram o déficit de conhecimento detectado entre os usuários.

“... a hepatite B evita anemia”.

“A vacina contra febre amarela evita infecção grave”.

“A vacina contra febre amarela protege contra a doença do barbeiro e de ter febre”.

“A MMR serve para renovar todas as vacinas”.

“A reação da vacina Sabin é dor no local”.

“A vacina Influenzae influencia nas coisas”.

“A vacina Influenzae é para os idosos fortalecerem o organismo”.

As dificuldades para se alcançar metas de mudança de comportamento em saúde refletem a falta de investimentos na educação e na saúde, em nosso País, inviabilizando projetos e ações inter-setoriais, contínuos, articulados à comunidade e sistematicamente avaliados.⁽⁹⁾

Segundo o Boletim Epidemiológico da Secretária de Saúde do Estado do Paraná⁽¹⁰⁾, alguns eventos adversos são observados com frequência relativamente alta após vacinação, no entanto, as manifestações que ocorrem são geralmente benignas e transitórias. Raramente, porém, as reações são graves e, quando ocorrem, nem sempre são reconhecidos os mecanismos fisiopatológicos envolvidos nessas complicações. A grande frequência de quadros infecciosos e de alergia, bem como quadros neurológicos que eclodem usualmente na população, são muitas vezes atribuídos à vacina, portanto, é indispensável a criteriosa avaliação clínica e se possível laboratorial do caso, para busca rigorosa do diagnóstico etiológico com a finalidade de que o evento adverso, a seqüela, ou mesmo o óbito, não sejam atribuídos à vacina, sem fundamentação científica.

CONCLUSÕES

As orientações quanto à vacinação estão sendo dadas, principalmente, por meio das campanhas veiculadas nos meios de comunicação, utilizando-se de pessoas que desfrutam de grande popularidade, resultando em um chamamento e não numa mudança de comportamento em relação à vacinação.

As pessoas, nos dias indicados, comparecem aos postos para serem vacinadas, porém, muitas vezes, em busca da “gotinha,” desconhecendo possíveis reações adversas que poderão surgir e até mesmo que tipo de doença está sendo prevenida.

O desconhecimento das reações adversas fazia com que elas deixassem de ser comunicadas aos órgãos competentes, para que fossem tomadas as providências cabíveis. A incidência de reações indesejáveis provocadas pelas vacinas varia de acordo com as características do produto utilizado e peculiaridades da pessoa que o recebe.

Percebe-se a necessidade da capacitação de pessoal, o que é fundamental para a consolidação das normas de procedimentos, para orientar a população em geral e para o aperfeiçoamento do processo. Nesse sentido, sugere-se a sistematização das estratégias de educação em saúde com vista a mudança de comportamento dos usuários relacionada às ações de promoção de saúde, enfatizando a manutenção do esquema vacinal atualizado e reconhecendo a indicação, o calendário e as reações adversas das vacinas e as respectivas condutas de reversão das mesmas. Entre estas estratégias, destacam-se as palestras utilizando recursos de ensino – panfletos, fotos, filmes, slides, instrução programada; ensino em grupo por meio de oficinas; e reforço e acompanhamento objetivando a apreciação da aprendizagem.

Entretanto, enfatiza-se que, na educação individual em grupo, a escrita é fundamental e imprescindível, constituindo a etapa inicial para haver o diálogo, possibilitando ao educador conhecer o conhecimento da clientela, a fim de direcionar as práticas educativas⁽¹¹⁾.

É importante ressaltar que haja envolvimento da família no desenvolvimento das estratégias de educação em saúde, pois esta é uma colaboradora relevante em todas as ações de educação em saúde com vistas à promoção da saúde e bem-estar. A família é uma instituição privada, passível, neste mundo pós-moderno, de vários tipos de arranjos, mas basicamente tendo a função de socialização primária das crianças e dos adolescentes. Portanto, a família, uma das três fontes de socialização primária, ao construir vínculos saudáveis, comunica normas sociais salutaras para os seus membros⁽¹²⁾.

REFERÊNCIAS

1. Rouquayrol MZ. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 2001.
2. Ministério da Saúde. FUNASA. Capacitação de pessoal em sala de vacinação. Manual de treinamento. Coordenação de imunização e auto-suficiência em imunologia. Brasília (Brasil) : Ministério da Saúde; 1998.
3. Stites DP. Imunologia básica. Rio de Janeiro: Prelice-Hall do Brasil; 1992.
4. Campos CEA. O Desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(2):569-84.
5. Farias LO, Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8(2):585-98.
6. Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-CNS. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos, Brasília, (Out. 10, 1996).
7. Dilly CML, Jesus MCP. Processo educativo em enfermagem. São Paulo: Robe; 1995.
8. Marchionatti CRE, Dias IMAV, Santos RS. A produção científica sobre vacinação na literatura brasileira de enfermagem no período de 1973 a 1999. Rev Anna Nery. 2003 Abr;7(1): 57-68.
9. Jeolás LS, Ferrari RAP. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. Ciênc e Saúde Coletiva. 2003; 8(2):611-20.
10. Secretária de Saúde do Estado do Paraná. Boletim de Epidemiologia. Curitiba: SEPA; 2002.
11. Santos ZMSA, Barroso MGT. A interdisciplinaridade na fundamentação da promoção da saúde. In: Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV, organizadores. Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha; 2003. p.55-60.
12. Schenker M, Minayo MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(1):299-305.

Endereço para correspondência:

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos
Rua Gonçalves Lêdo, nº. 1635 – Aldeota
Fortaleza – Ceará CEP: 60110-261
E-mail: zeliasantos@unifor.br