MÁRCIA AP. NUEVO GATTI

CONCEPÇÃO SOBRE VACINAS E CONDIÇÕES DE VIDA: ESTUDO DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS FALTOSAS À VACINAÇÃO, BAURU (SP) - 2000

MÁRCIA AP. NUEVO GATTI

CONCEPÇÃO SOBRE VACINAS E CONDIÇÕES DE VIDA: ESTUDO DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS FALTOSAS À VACINAÇÃO, BAURU (SP) - 2000

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista – UNESP, Campus de Botucatu, para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto de Oliveira

Botucatu

2001

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ELZA NUMATA

Gatti, Márcia Aparecida Nuevo
Concepção sobre vacinas e condições de vida: estudo das famílias de crianças faltosas à vacinação, Bauru-SP, 2000 / Márcia Aparecida Nuevo Gatti. – 2001.
103f.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2001.
Orientador: Luiz Roberto de Oliveira

1. Vacinação de crianças – Epidemiologia

CDD 614.47

Palavras-chave: Faltosos à vacinação; Faltosos; Cobertura vacinal; Avaliação do programa de vacinação; Imunização

Ao meu esposo Rogério Gatti e ao meu filho Gabriel, certa de que isto não será suficiente para compensar as privações de minha presença, em vários momentos de suas vidas.
Agora, já posso subir novamente no trem e acompanhar vocês nessa viagem.

Com grande amizade, profunda admiração e gratidão, dedico este trabalho ao Prof. Dr. Luiz Roberto de Oliveira pela orientação, apoio e estímulo.

Agradecimentos

A Deus,

por Sua Presença constante em todos os dias de minha vida.

Aos meus pais, Grigório e Neuza,

pelo incentivo, amor e carinho.

Aos meus irmãos, Cris e Fábio:

o sangue nos fez irmãos, a confiança nos fez amigos.

Às minhas crianças, Gabriel, Isabela e Maria Cecília,

que vocês colham os frutos deste trabalho.

Ao Sérgio A. de Barros, meu caríssimo cunhado,

pela atenção e ajuda em tudo de que precisei.

À Leninha (Rosilene),

pela amizade que surgiu ao longo desses trinta meses. Sofremos juntas, nos alegramos juntas.... Obrigada pela sua amizade!

À Ir. Marisabel Leite,

pelo incentivo e carinho manifestado durante todos esses meses de estudo.

Aos professores do departamento de enfermagem da Universidade do Sagrado Coração, em especial à Coordenadora do Curso de Enfermagem, minha amiga e profª. Leila Maria Vieira Moreira.

À Marly Rodrigues Mendes Fernandes,

pela inestimável atenção, colaboração e estímulo, mas especialmente pela amizade.

Ao Eduardo e Cíntia,
pela especial atenção com o Gabriel. Tiveram a responsabilidade da paternidade mesmo sem ter filhos.

À Sueli,
Pela incansável aplicação dos questionários.

Aos meus familiares, pela ausência nos finais de semana, pelo cansaço nas reuniões de família. Em especial à Srª. Zilda de Lucca Gatti, que muito me incentivou. À Lucilene D. Caran, pela ajuda com o Gabriel.

Aos moradores da Pousada I e II, especialmente às crianças.

Aos alunos da USC, pela compreensão.

À UBS da Vila São Paulo, pela confiança.

A todas as pessoas que contribuíram com este trabalho, direta ou indiretamente, toda minha gratidão.

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

Sumário

LISTA DE SIGLAS viii
LISTA DE TABELAS ix
RESUMO xi

1 INTRODUÇÃO 13
1.1 Imunização: sua história 16
1.1.1 PNI - Programa Nacional de Imunizações 17
1.1.2 PAI – Programa Ampliado de Imunizações 17
1.2 Oportunidades perdidas em vacinação 21

2 JUSTIFICATIVA 26

3 OBJETIVOS 30
3.1 Objetivo geral 30
3.2 Objetivos específicos 30

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 33
4.1 Área de Estudo 34
4.1.1 Caracterização do Município 34
4.1.2 Crianças estudadas e local de moradia 35
4.1.3 Unidade Básica de Saúde Dr. Danilo Campana 38
4.2 Critérios de inclusão na pesquisa 39
4.2.1 Fonte de dados sobre as crianças faltosas 40
4.3 Procedimentos para a coleta de dados 41
4.4 Sistematização dos dados 44

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 50
5.1. Estudo das Perdas 50
5.2 Características Individuais, Familiares e Sociais das Crianças Faltosas 52
5.3 Situação Vacinal das Crianças Faltosas 61

6. CONCLUSÕES 71

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 77

ANEXOS 86

SUMMARY 103

LISTA DE SIGLAS

BCG-id	Vacina contra a tuberculose – intradérmica
COAS/CTA	Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico/Centro de Testagem Anônima
CPF	Cadastro de pessoa física
DAE	Departamento de Água e Esgoto
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos
DIR X	Direção Regional de Saúde
DPT	Vacina contra difteria, coqueluche e tétano
EMEI	Escola Municipal de Educação Infantil
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HIB	Vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo b
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OPV	Oportunidade perdida de vacinação.
PAI	Programa Ampliado de Imunização
PCV	Pesquisa de Condição de Vida
PM/SMS	Prefeitura Municipal/ Secretaria Municipal de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PROMAI	Programa Municipal de Atenção ao Idoso
SABIN	Vacina contra poliomielite
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SM	Salário Mínimo
SMN	Salário Mínimo Necessário
SMNpc	Salário Mínimo Necessário *per capita*
SOPC	Serviço de Orientação e Prevenção do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde (Núcleo de Saúde)
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USC	Universidade do Sagrado Coração

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo a localização e o sexo 51

Tabela 2 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo a localização e a idade 52

Tabela 3 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo a pessoa que respondeu ao questionário 53

Tabela 4 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo o tamanho familiar 54

Tabela 5 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo o tipo de família e ciclo de vida 54

Tabela 6 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo escolaridade e grupo de ocupação dos chefes das famílias 56

Tabela 7 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo escolaridade e grupo de ocupação das mães das crianças 56

Tabela 8 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo rendimentos familiares mensais em salários mínimos (SM) 59

Tabela 9 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo os rendimentos familiares mensais em salários mínimos necessários (SMN) 60

Tabela 10 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo os os rendimentos familiares mensais em salários mínimos necessários *per capita* (SMNpc) 60

Tabela 11 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo a pessoa entrevistada e sua opinião sobre a situação vacinal da criança. 62

Tabela 12 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo a situação vacinal e a orientação recebida na UBS. 62

Tabela 13 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo a opinião do entrevistado sobre a idade vacinal 63

(Continua)

(Continuação da Lista de Tabelas)

Tabela 14 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo o conhecimento do respondente sobre as vacinas administradas nas crianças 64

Tabela 15 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo a opinião do respondente sobre a importância das vacinas 65

Tabela 16 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, com atraso comprovado pela verificação da carteira, segundo opinião do respondente sobre o motivo do atraso 66

Tabela 17 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo o estado vacinal obtido pela comparação da carteira com o registro da UBS 67

Tabela 18 - Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo a opinião dos entrevistados, sobre a situação vacinal e a situação real 68

GATTI, Márcia Aparecida Nuevo. **Concepção sobre vacinas e condições de vida:** estudo das famílias de crianças faltosas à vacinação, Bauru (SP) - 2000. Botucatu, 2001. 103f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Câmpus de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

RESUMO

O presente estudo refere-se a 79 crianças menores de 6 anos de idade, residentes em um bairro periférico, Pousada da Esperança I e II, cadastradas na Unidade Básica de Saúde da Vila São Paulo, Bauru (SP), faltosas na ficha de registro existente na sala de vacina. Com o objetivo de identificar as características sócio-familiares, grau de conhecimento sobre vacinas, situação vacinal real e razões alegadas que possam estar relacionadas com o atraso no esquema de imunização, foi realizado um inquérito familiar no domicílio com o universo dos faltosos. Do total, foram localizadas 47 crianças, sendo que as perdas foram explicadas pela grande mobilidade das famílias, decorrente da precariedade social que as caracteriza. Trata-se de famílias numerosas do tipo conjugal, em constituição, cujos responsáveis têm baixo grau de escolaridade e encontram-se sem ocupação ou em atividades produtivas predominantemente manuais não qualificadas. Noventa e oito por cento das famílias encontram-se na condição de pobreza, com rendimentos mensais inferiores a 0,25 SMNpc. Encontrou-se uma boa concepção sobre a relevância das vacinas em geral e parte do calendário vacinal. Dentre as razões alegadas para o atraso vacinal, encontram-se: esquecimento, doença da criança, horário de funcionamento da UBS e distância da moradia em relação à UBS. Observou-se, por fim, que 64% das crianças tidas como faltosas pela UBS estavam em dia em relação ao calendário vacinal. Conclui-se que a ênfase educativa deveria incluir todas as vacinas do calendário e que deveria ser adotada a busca ativa na investigação dos faltosos, enquanto o serviço de saúde não for oferecido a todos e não estiver conectado a um sistema de informação integrado.

Palavras-chaves: Faltosos à vacinação, Imunização, Cobertura Vacinal, Condições de Vida e Saúde, Faltosos.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Vacinar é uma das maneiras de tornar o organismo imune a determinada doença. A imunidade pode ser ativa ou passiva e, ainda, natural ou artificialmente adquirida. Ativa, quando é conseguida através da formação de anticorpos elaborados pelo organismo e passiva, quando se transferem anticorpos a um indivíduo, formados em outros organismos. Imunização naturalmente adquirida é aquela que acontece em processos naturais, por doença anterior ou por transferência de anticorpos maternos para a criança através do leite ou placenta. A artificial é adquirida por meio de produtos elaborados em laboratório, transferidos a um indivíduo.

Na Conferência de Alma Ata (OMS, 1978), ficou definida a importância de proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo. Essa mesma conferência também sugeriu que uma das maneiras de se melhorar o quadro de morbi-mortalidade dos países em desenvolvimento, seria implantar serviços de atenção primária à saúde, estabelecendo que:

> ... uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social (OMS,

1978).

Dentre os cuidados primários com a saúde, consta a vacinação como forma de enfrentar as doenças transmissíveis. No conjunto de atividades de atenção primária, é ela que propicia uma resposta quase imediata, uma vez que uma criança que recebe todas as doses necessárias de vacina previstas para o primeiro ano de vida, dificilmente irá contrair uma das doenças por elas preveníveis, o que se refletirá nos indicadores de saúde, que contribuirão com um menor índice de mortalidade infantil.

Segundo Leavell & Clark (1976, p. 11-36), como parte das ações de saúde distribuídas em cinco níveis de prevenção, a vacinação se encaixa no segundo nível, o de proteção específica. Referem os autores sobre os níveis de prevenção:

> Inclui medidas para impedir o aparecimento de uma determinada afecção, em particular, ou de um grupo de doenças afins. São exemplos a vacinação com que se procura elevar a resistência específica do organismo contra uma dada doença.

As ações de vacinação em massa, rotineiras ou ocasionais, destinam-se, portanto, a reduzir a morbidade das chamadas doenças imunopreveníveis, tais como poliomielite, difteria, coqueluche, tétano, hepatite B, tuberculose, sarampo, visto que ainda continuam ocorrendo casos delas no mundo. Dados de 1996 revelam a ocorrência de 835 casos de sarampo, 963 de coqueluche, 101 de difteria, 85 de tétano neonatal e 8065 de hepatite B, todos confirmados (CENEPI, 1996). Cabe destacar que

se trata de casos notificados e que, sabidamente, encontram-se subestimados. No caso do sarampo, coqueluche, difteria e tétano a maior ocorrência é para os menores de cinco anos. No ano de 1997 houve uma epidemia de sarampo com 54.157 casos e 61 óbitos. Devido ao momento epidemiológico vivido, houve necessidade de uma intensificação de campanhas de vacinação contra o sarampo e a alteração transitória da idade vacinal, passando-se a vacinar as crianças no sexto mês de vida, com uma dose de reforço no nono mês. Em 1998, observou-se redução da incidência, que caiu para 2930 casos e um óbito e, até outubro de 1999, havia ocorrido 618 casos, sem óbitos (BRASIL, 1997).

Tais estatísticas, inegavelmente, destacam a importância de se buscar a máxima efetividade e eficiência em vacinação. O controle da epidemia de sarampo de 1997 é prova da eficiência do programa e de sua capacidade de resposta rápida. Dessa forma, o Ministério da Saúde estabeleceu metas de vacinação com o objetivo de alcançar níveis recomendados para a diminuição da transmissão das doenças imunopreveníveis. “De maneira geral, considera-se como ideais e satisfatórias as coberturas de $\geq$ 90% para a poliomielite, DPT, hepatite B e BCG e $\geq$ 95% para o sarampo” (SÃO PAULO, 1999, p. 1).

Ao se avaliar a cobertura vacinal em uma circunstância de epidemia em dois pequenos municípios do interior da Bahia, as coberturas de todas as vacinas giraram ao redor de 50% em crianças menores de um ano e 60% em mulheres em idade fértil (PORTO, 1998). No município de Nova Erechim (SC), em estudo sobre vacinação, foi constatado que 18,8% das crianças encontravam-se em atraso com alguma dose de vacina e que esse número aumentava, consideravelmente, com as

doses de reforço (CICHOSKI, 1986).

Conforme Martins (2000, p. 3), “A história das vacinações é um dos mais belos e bem-sucedidos capítulos da história da medicina. A evolução dos conhecimentos nessa área, as características das personalidades que lideram as descobertas fundamentais e o contexto histórico em que se realizaram constituem matéria rica para reflexão”.

1.1. Imunização: sua história

A história da imunização traz à tona o quanto já foi feito e o que ainda há por se fazer. Ao resgatá-la, depara-se com estudos sobre a varíola no final do século XVIII. Porém, só em 1904 a vacinação contra a varíola tornou-se obrigatória e apenas em 1961 iniciou-se, no Brasil, a produção da vacina liofilizada contra a varíola em substituição à tradicional, em forma de linfa, pouco estável. No ano de 1962 foi instituída a campanha nacional contra varíola, coordenada pelo Departamento Nacional de Saúde e seu resultado foi percebido onze anos mais tarde, após campanha de vacinação em massa, com o anúncio oficial da erradicação da varíola no Brasil, um fato marcante, ocorrido em 1973. Somente no ano de 1980, extinguiu-se a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola.

Para se obter o controle e a erradicação das doenças imunopreveníveis, por determinação do Ministério da Saúde, foi criado o Programa Nacional de Imunização e, sob a égide da Organização Mundial da Saúde, o Programa

Ampliado de Imunização (PAI).

1.1.1 PNI – Programa Nacional de Imunizações

No ano de 1973, deu-se a formulação do Programa Nacional de Imunização (PNI), como parte de um conjunto de medidas que se destinavam a redirecionar a atuação governamental no setor e com o objetivo de:

> ... contribuir para o controle ou erradicação da poliomielite, do sarampo, da difteria, do tétano, da coqueluche e subsidiariamente da tuberculose mediante a imunização sistemática da população exposta a essas doenças. Contribuir ainda, para o controle de outros agravos, coordenando a utilização e o suprimento de alguns imunobiológicos indicados para situações ou para grupos populacionais específicos (BRASIL, 1993, p. 8).

1.1.2 PAI – Programa Ampliado de Imunizações

Em 1974, foi instituído o Programa Ampliado de Imunizações (PAI), com o objetivo de vacinar todas as crianças do planeta contra as doenças preveníveis por vacinação e somente em 1977 definiram-se quais eram as vacinas obrigatórias para menores de um ano, em todo o território nacional, e deu-se a aprovação do modelo da Caderneta de Vacinações.

Em 1980, evidenciou-se o impacto epidemiológico dos “Dias Nacionais de Vacinação contra a Paralisia Infantil”, realizados em 14 de junho e 16 de agosto,

quantificando-se a drástica redução da incidência da doença em todas as regiões do país.

A partir de 1983, a estratégia de "Dias Nacionais de Vacinação" passou a ser recomendada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)[1], sendo adotada por diversos outros países. Em 1986 foi criado o "Zé Gotinha", personagem-símbolo da erradicação da poliomielite que aconteceu no Brasil no ano de 1989, quando o último caso foi registrado.

O PNI recebeu o prêmio "Criança e Paz 1991", outorgado pelo UNICEF, como entidade que se destacou na defesa e na promoção dos direitos da criança e do adolescente.

Em 1993, teve início a implantação dos Centros de Referência de Imunobiológicos especiais (hoje existentes em todos os Estados).

Essa breve história da vacinação no Brasil encerra-se com a implantação, no ano de 1997, da vacina contra rubéola no pós-aborto e pós-parto; a ampliação para todas as unidades da federação, em 1998, da obrigatoriedade de vacinação contra hepatite B e, em 1999, da *Haemophilus influenzae.* Todos os estudos e esforços convergem para a amenização e erradicação das doenças que ainda atingem muitas crianças menores de um ano de idade que mesmo tendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) à sua "disposição", não comparecem à sala de vacina.

Na medida em que os esforços se mantenham e sejam ampliados, poderá

[1] O Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF – foi criado no dia 11 de dezembro de 1946, por decisão unânime, durante a primeira sessão da Assembléia Geral das Nações Unidas. Os primeiros

> esperar-se que em futuro próximo todas as crianças (...) estejam a salvo do sofrimento, da deficiência e da morte que causam as doenças evitáveis pela vacinação (BRASIL ,1993, p. 23).

Diz Miranda *et al.* (1995, p. 208), informando sobre a situação vacinal no mundo:

> Nenhuma ação em saúde é tão efetiva e eficiente quanto vacinar crianças contra as principais doenças preveníveis por imunização. Anualmente morrem cerca de 3 (três) milhões de crianças e outras tantas tornam-se inválidas devido a essas doenças.

Conforme retratado, as vacinas aplicadas nas crianças menores de um ano de vida são de extrema importância para controle ou erradicação de doenças preveníveis por vacinação. "Para poder atingir os objetivos propostos, o PAI elegeu como grupos prioritários para execução das atividades de vacinação, as crianças menores de um ano de idade e as gestantes" (OMS *apud* GONÇALVES, 1994, p. 23).

Gonçalves (1994, p. 24) apresenta ainda, de acordo com a OPAS/OMS, dados que justificam dizer que as crianças menores de um ano estão mais suscetíveis a adoecer e morrer que outras crianças em maior idade:

- 30% ou mais dos óbitos por sarampo ocorrem em crianças com menos de um ano de idade;
- a letalidade e mortalidade por coqueluche, geralmente, são elevadas nos 3 a

programas do UNICEF forneceram assistência emergencial a milhões de crianças no período pós-guerra na Europa, no Oriente Médio e na China.

6 primeiros meses de vida;

- por volta de 70% dos casos de pólio paralítica, nos surtos, acontecem em menores de dois anos de idade;
- onde existem causas predisponentes para o tétano neonatal, este ocorre no primeiro mês de vida;
- a forma clínica de meningite tuberculosa ocorre principalmente em crianças com poucos anos de vida.

No entanto, vacinar não significa, necessariamente, imunizar. Condições adversas, como dose insuficiente, local de aplicação, técnica deficiente e temperatura de conservação inadequada podem alterar a composição e eficácia da vacina, tornando-a inócua. As práticas de vacinação exigem uma participação direta do enfermeiro e a necessidade de sua permanência na sala de vacinação para observar e sanar, na medida de sua ocorrência, problemas e dificuldades que envolvam tanto os funcionários da sala como a clientela. Esse aspecto, no entanto, nem sempre tem sido respeitado na atualidade brasileira, por força de políticas de saúde restritivas ao bom desempenho dos serviços públicos e dos programas de promoção e proteção específica da saúde da população.

Sobral (1978) afirma a importância de realização de campanhas como forma de melhorar a cobertura vacinal para as doenças preveníveis por vacinação, bem como da participação do enfermeiro nesses eventos “de maneira científica, abrangente, dinâmica e progressiva, apesar dos obstáculos existentes... e precariedade de recursos materiais e humanos” (p. 52-3).

1.2 Oportunidades Perdidas em Vacinações

Introdução

A responsabilidade pela vacinação da população de uma região pertencente a um núcleo de saúde não se restringe unicamente aos profissionais que fazem a vacinação. Tampouco deve ocorrer apenas quando a mãe ou responsável comparece ao serviço exclusivamente para vacinar a criança, mas sim em todas as ocasiões em que a criança é assistida no núcleo de saúde (atendimento, orientação, consulta médica e de enfermagem, curativos, atendimento odontológico, etc.). Os profissionais devem ter a preocupação de verificar o estado vacinal da criança, encaminhando-a para vacinação se necessário for, semelhantemente ao que propõe Mascaretti *et al.* (1996, p. 175).

> Em todas as etapas de permanência no Centro de Saúde Escola, falávamos da importância da vacinação e solicitávamos a carteira de imunizações para verificar necessidade de atualização. Os dados da carteira de imunizações referentes às vacinas, eram registrados na folha de rosto dos prontuários das crianças, o que facilitava também o trabalho dos médicos para o controle das vacinas.

É fundamental aproveitar todas as oportunidades para verificar e implementar o nível de vacinação da população susceptível. A "Cartilha de Procedimentos do PNI" (FNS) *apud* Ribeiro (1995, p. 137) conceituou e definiu como oportunidade perdida "toda circunstância de não aproveitamento do encontro de um receptor potencial de uma vacina com este produto". Aranda (2000) igualmente define como oportunidade perdida "quando uma pessoa candidata à imunização e que não tem contra-indicações visita um serviço de saúde e não recebe as vacinas necessárias".

Em 1990, a Escola Nacional de Saúde Pública, junto com a OPAS e UNICEF, realizaram inquéritos para investigar as oportunidades perdidas em vacinação (OPV) nos estados da Bahia e Ceará, onde os resultados revelaram outras causas de OPV e não somente o não aproveitamento do encontro de um receptor potencial de uma vacina com este produto, mas "falta temporária de vacina, ausência de vacinador, ausência de insumos, não trouxe cartão de vacinação, mãe não quer vacinar, porque o filho pode adoecer, não é dia de aplicação de vacinas, entre outros" (GONÇALVES, 1994, p. 34).

As oportunidades de se vacinar crianças na idade preconizada pelo calendário nacional de vacinação podem ocorrer durante a permanência em qualquer serviço de saúde dotado de um setor de vacinação, como retrata Rey (1996, p. 9):

> Crianças nunca vacinadas ou com esquema incompleto são freqüentemente levadas para consultas pediátricas. A não utilização dessas ocasiões para vacinar tais crianças é caracterizada como oportunidade perdida de vacinação.

Em Bauru, o PAI está implantado em todas as UBS, municipais e municipalizadas, desde a criação da rede de serviços de saúde. A rede de serviços municipais de saúde teve início em 1984, com a inauguração gradativa de unidades básicas. Em novembro de 1987 foram integrados a essa rede os centros de saúde Estaduais, quando a Prefeitura Municipal de Bauru assinou o *Convênio de Municipalização* com a Secretaria de Estado da Saúde. Pelos termos do convênio, o Governo Municipal, através da Secretaria de Higiene e Saúde, passava a gerenciar os Centros de Saúde do Estado. Foi a concretização da proposta da reforma sanitária,

incluída na Constituição de 1988, pela qual David Capistrano[2] tanto lutou:

> Para a Secretaria de Higiene e Saúde o combate à ociosidade, a organização do sistema de referência e contra-referência, a melhor resolutividade dos serviços, a adequação das equipes multiprofissionais para a atenção integral da população são objetivos que podem ser alcançados com a municipalização que defendemos há anos". (PIMENTA & PORTO, 1988, p. 35).

Mas o sucesso do PNI não depende só dos serviços de saúde. Ressalte-se a importância da condição social da família, especialmente a escolaridade materna. Barbosa *et al.* (1977) e Barbosa *et al.* (1978) já chamavam atenção para essa questão, recomendando elevação do número de doses do esquema básico da vacina Sabin para se contrapor ao menor comparecimento de crianças de nível socioeconômico baixo, evidente em seus trabalhos.

> É preciso salientar, inicialmente, que o grupo de crianças que mora em residências teve uma cobertura vacinal muito superior àquele que vive em favelas e cortiços, pois o primeiro grupo possui alta porcentagem de 79,9% de crianças que receberam três ou mais doses de vacina (838 crianças divididas por 1269) contra apenas 43,8% do segundo grupo mencionado (63 crianças divididas por 144) (BARBOSA *et al.*, 1977, p. 334).

Silva *et al.* (1999) observaram, em localidade urbana do nordeste

[2] David Capistrano da Costa Filho nasceu em 1948. Foi médico, especialista em Saúde Pública. Ativo participante da vida política e cultural do país, fundou jornais, revistas e instituições culturais. Publicou *São Paulo: PMDB no poder*, 1982, e organizou *Saúde para todos – um desafio ao município*, 1985 e *Há o que fazer*, 1986. Foi secretário de Higiene e saúde do município de Bauru de 1984 a 1986. Faleceu no ano de 2000.

brasileiro, coberturas vacinais médias aquém do recomendado pelo Ministério da Saúde e pela OMS, sendo que a estratificação por escolaridade, rendimentos e ocupação do chefe, revelou uma situação mais desfavorável ainda para os filhos de pais sem escolaridade, desempregados e com rendimentos menores que um salário mínimo.

A participação do Brasil no processo de globalização da economia trouxe alterações na estrutura familiar, nas suas condições de consumo, nas suas relações de poder e dos papéis reservados à mulher (CARVALHO, 1995; ROMANELLI, 1995; GOLDANI, 1994 E RIBEIRO, 1995). Esse aspecto deve ser considerado, na atualidade, ao estudar-se os faltosos em imunizações, pois os cuidados dessas crianças podem estar dependendo não mais das mães, mas de outros componentes, adultos ou não, das famílias. Portanto, conhecer a estrutura familiar, grau de responsabilidade, além das condições sociais, facilitaria a consecução de coberturas vacinais mais seguras.

Verifica-se, portanto, que as oportunidades perdidas e a cobertura vacinal têm estado presentes na produção científica de saúde pública desde a década de 80, destacando-se a importância dessa temática.

Justificativa

2 JUSTIFICATIVA

Ao vivenciar as atividades diárias das salas de vacina das UBSs do município de Bauru, como docente-supervisora de estágio de Saúde Pública do Curso de Graduação em Enfermagem da USC, foi possível observar um grande número acumulado de crianças "faltosas" à vacinação. Resolveu-se, então, fazer uma comparação entre o número de nascidos vivos e o de crianças que completaram o esquema básico de vacinação no primeiro ano de vida, ou seja, a vacina BCG-id (dose única, no primeiro mês de idade); a Hepatite B (três doses, realizadas no primeiro mês, 30 dias e 6 meses após a primeira dose); a DPT, a Sabin e HIB (três doses, aos dois, quatro e seis meses de idade); e, por fim, a contra sarampo (uma dose aos nove meses).

Dados do SEADE (1994), obtidos junto a DIR X – Bauru, deram uma idéia aproximada do que se passava no município de Bauru, em termos de cobertura vacinal, apresentando o número de nascidos vivos e de doses de vacinas do esquema básico, no período de 1991 a 1998. O documento apresenta uma análise de dados agregados que impede o estabelecimento da exata correspondência entre nascidos vivos e crianças vacinadas, permitindo apenas o cálculo de coberturas médias para o universo municipal. Mesmo assim, vêem-se coberturas de 91, 92 e 93% para as

vacinas Sabin, BCG-id e contra sarampo, respectivamente, no ano de 1995. Embora, do ponto de vista da saúde pública, sejam coberturas protetoras do risco de ocorrência de epidemias, não se pode negligenciar que elas correspondem, também, a aproximadamente 400 crianças não vacinadas e, provavelmente, distribuídas de modo concentrado em espaços geo-sociais precários, nas áreas de abrangência das UBSs. Não caberia localizá-las e garantir-lhes o direito constitucional à imunização contra aquelas graves doenças?

Apesar dos avanços no desenvolvimento dos imunobiológicos e das conquistas do Brasil no controle e erradicação de algumas doenças, ainda existem crianças que ficam excluídas desse benefício no espaço municipal. É sabido que a cobertura vacinal de uma determinada região depende também da acessibilidade oferecida pelos serviços de atenção primária à saúde. A cobertura não pode e não deve depender – somente – das campanhas de multivacinação, o que é muito oneroso. Portanto, serviços de atenção primária à saúde devem abranger toda a população.

Em vista dessas preocupações relacionadas com faltosos e coberturas, escolheu-se a Pousada da Esperança I e II como área de estudo, por se tratar de um núcleo residencial de formação relativamente recente e que não possui serviço de saúde próprio, obrigando a população a recorrer à UBS da Vila São Paulo, localizada em bairro vizinho**.**

Um recente levantamento realizado no bairro da Pousada I e II[3] mostrou que 32,8% da população considera prioridade número um a construção de

[3] Zonta, C. **Relatório de Pesquisa de Levantamento para fins de Intervenção no Núcleo da Pousada da Esperança Através de Políticas Comunitárias.** Unesp-Bauru. Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências, 1999 (não publicado).

uma UBS para a resolução dos problemas de saúde do bairro.

Pode-se imaginar que numa situação como essa, dentre as inúmeras dificuldades vividas pela população para a assistência à saúde, a vacinação de suas crianças seja uma delas. Era de se supor, portanto, que entre os faltosos em vacinação da UBS da Vila São Paulo encontre-se uma grande proporção de crianças procedentes da Pousada I e II.

Por essas razões, justificou-se a realização do presente estudo, que poderá contribuir para maior conhecimento dos motivos das faltas em vacinação, bem como traçar diretrizes para sanar tais deficiências.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Identificar características sociais que possam estar relacionadas com as oportunidades perdidas de vacinação e o correspondente atraso no esquema vacinal de crianças, instituído pelo Programa Nacional de Imunizações como mínimo obrigatório.

3.2 Específicos

- Descrever as crianças faltosas à vacinação segundo características pessoais (idade e sexo) .

- Identificar as características familiares e sociais das crianças faltosas segundo: tamanho familiar, tipo de família, ciclo de vida familiar, responsável pela criança, escolaridade dos chefes e mães, ocupação dos chefes e mães e rendimentos.

Objetivos

- Conhecer a opinião do entrevistado sobre: situação vacinal, idade de aplicação das vacinas, quais vacinas serão aplicadas, importância da vacinação e motivos do atraso.

- Estabelecer a correspondência entre os registros da sala de vacina da UBS e a carteira de vacinação da criança.

Procedimentos Metodológicos

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho é um estudo epidemiológico descritivo, realizado com crianças menores de 6 anos, residentes no Bairro Pousada da Esperança I e II, cadastradas na UBS da Vila São Paulo de Bauru (SP), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP em 07 de fevereiro de 2000.

De acordo com Pereira (1995, p.4):

> Os estudos descritivos informam sobre a freqüência e a distribuição de um evento. Como o próprio nome indica, têm o objetivo de descrever epidemiologicamente como se diz, os dados colhidos na população. Estes, em geral, referem-se à mortalidade e à morbidade, e são organizados de maneira a mostrar as variações com que os óbitos e as doenças se encontram no seio da própria população.

Um aspecto positivo nos estudos descritivos é que, com base neles, pode-se proporcionar uma nova visão do problema e a necessidade de novos estudos, visto que "a identificação dos fatores que determinam um fenômeno exige que este esteja suficientemente descrito e detalhado" (GIL, 1989, p.45-46).

4.1 Área de Estudo

4.1.1 Caracterização do Município

O estudo foi realizado no município de Bauru (Anexo A), localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo, a 345 km da capital. Segundo o Censo do IBGE -2000, a cidade conta com uma população de 315.835 habitantes, sendo 161.488 do sexo feminino e 154.347 do sexo masculino. A taxa de crescimento populacional anual de 1996 a 2000 foi de 1,93 (IBGE, 2000).

Sua população concentra-se na área urbana (98%), com atividade econômica concentrada no comércio, transporte e prestação de serviços. Possui duas Universidades particulares, duas Universidades Estaduais e duas Faculdades particulares.

A rede de Serviços Públicos Municipais de Saúde é composta de dezesseis UBS, três Unidades Integradas de Atendimento Ambulatorial e de Urgência, um Pronto Socorro Central Adulto, Infantil e Odontológico e sete Unidades Especializadas: Programa Municipal de Atenção ao Idoso (PROMAI), Divisão de Saúde Mental, Divisão de Saúde do Trabalhador, Seção de Moléstias Infecciosas, Banco de Leite Humano, Serviço de Orientação e Prevenção do Câncer (SOPC) e Centro de Testagem Anônima COAS/CTA – Bauru (PM/SMS, 1999). Encontra-se habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica, segundo a Norma Operacional Básica do SUS (BRASIL, 1997).

4.1.2 Crianças estudadas e local de moradia

O estudo abrangeu 79 crianças menores de seis anos de idade, faltosas à vacinação no ano de 1999, cadastradas na UBS Vila São Paulo e residentes na Pousada da Esperança I e II e que continuavam faltosas em dezembro de 2000.

A Pousada da Esperança é um bairro periférico, localizado ao Norte da cidade de Bauru e limita-se com os núcleos habitacionais Gasparini, Vanuire, Nova Bauru e Vila S. Paulo, estando próximo à rodovia Bauru-Iacanga (Anexo B). É formado pelas chamadas Pousadas I e II, denominações estas decorrentes de diferentes épocas de ocupação. Apesar disso, trata-se de um único bairro. Com início no princípio da década de 70, esta ocupação foi fruto da falta de planejamento urbano e de fiscalização pelos órgãos responsáveis, o que permitiu a especulação imobiliária e a comercialização de loteamentos sem infra-estrutura, não exigida pela legislação da época. Essa falta de planejamento reflete-se até hoje na qualidade de vida da população do bairro.

As duas Pousadas são separadas por uma enorme erosão do solo, problema ambiental cuja resolução tem sido reivindicação constante da população.

Segundo o Departamento de Água e Esgoto (DAE), 100% do bairro conta com o benefício de água e esgoto. A água é proveniente do poço artesiano do Núcleo Gasparini, que antes abastecia toda a Pousada e hoje abastece somente a Pousada I. O novo poço dos lotes urbanizados, desde novembro de 1999, passou a distribuir água para a Pousada II. Ambos têm suas águas tratadas e fluoretadas.

Apenas as duas ruas principais do bairro são asfaltadas. Embora seja servido por transporte coletivo, na época das chuvas as vias tornam-se intransitáveis para veículos, principalmente para ônibus.

O bairro caracteriza-se por possuir pequenas casas que, em sua grande maioria, têm um ou dois cômodos precariamente terminados ou em fase mais adiantada, mas, com características comuns: já habitadas, inacabadas e muito simples. É importante destacar que, apesar da simplicidade, a Pousada da Esperança não se caracteriza como favela.

Aos domingos, depara-se com trabalhadores que, com a ajuda de amigos, constróem suas casas em lotes adquiridos em parcelas de até sete anos. Esses lotes, onde as ruas não têm asfalto, guias ou sarjetas com valas e lixo (doméstico e de construção), representam o sonho da casa própria para muitas famílias que ali estão. Constróem, inicialmente, um ou dois cômodos e os ocupam para deixarem de pagar aluguel, ou de morar com algum parente. Dividem as pequenas casas com os filhos e, muitas vezes, com outras pessoas, o que por um lado garante a melhoria do orçamento e, por outro, torna precárias as condições de moradia, com a superlotação e a possibilidade de transmissão de doenças.

Ao adquirirem um lote, assinam um contrato que contém apenas o nome e CPF do comprador. O não pagamento da parcela do terreno acarreta multas e juros, havendo a oportunidade de renegociar a dívida, muitas vezes comprando o mesmo lote por até três vezes. No caso do não pagamento, os moradores são obrigados a devolverem os terrenos e recebem de volta 50% do valor pago até então. As benfeitorias não interessam à imobiliária, sendo comum ver “esqueletos” de casas,

de onde os antigos moradores retiraram portas, pias, tanque, deixando somente a alvenaria. Quando as casas são de madeira, retiram a madeira para vender. A Figura 1 apresenta uma casa entregue à imobiliária pelos moradores, por falta de condições de pagar a dívida assumida.

Figura 1 – Foto de uma casa abandonada pelos moradores, de onde foram retirados os melhoramentos feitos

Uma pesquisa realizada pela Faculdade de Ciências da UNESP – Bauru, cujo objetivo era produzir um relatório para fins de intervenção no Núcleo Pousada da Esperança (através de políticas comunitárias), revelou uma população de perfil jovem, constituída por trabalhadores na sua maioria de baixa renda, inseridos na economia informal, e também a existência de número elevado de crianças na faixa etária de 0 a 6 anos. A população estimada desse bairro é de aproximadamente 9000

mil habitantes.

A escolha das crianças faltosas residentes na Pousada da Esperança, deu-se em razão de o bairro agregar uma série de elementos que são considerados importantes para o tipo de estudo feito e por ele não possuir uma UBS, tendo a população que se deslocar para os bairros adjacentes, principalmente a Vila São Paulo.

4.1.3 Unidade Básica de Saúde Dr. Danilo Campana

O núcleo de Saúde da Vila São Paulo localiza-se na rua Gaudêncio Piola, quadra 4, a aproximadamente 1500 metros da região central do bairro Pousada da Esperança, atendendo à população dos bairros Vila São Paulo, Pousada da Esperança I e II, Jardim Ivone, Chácara das Flores, Chácara Gigo e parte da Quinta da Bela Olinda.

Essa unidade está instalada nesse prédio desde 27/03/99, com uma área física de 246,07 m^2 e 22 salas. Presta assistência médico-sanitária nas três áreas básicas (pediatria, ginecologia e clínica), além de serviços odontológicos, consulta de enfermagem e nutrição, tratamentos (injeções, inalações, curativos, aplicação de insulinas, etc.), vacinação, atendimento de enfermagem, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde, como: trabalhos de grupo, palestras e orientações gerais (BAURU, 2001[a]).

Conta atualmente com 10.000 prontuários familiares abertos desde sua inauguração e 1300 pessoas atendidas por folha avulsa no primeiro semestre de 2001.

Possui 19 funcionários municipais: dez trabalham 40 horas semanais, oito trabalham 20 horas semanais e um, 8 horas semanais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sextas-feiras das 7 horas às 17 horas. (BAURU, 2001[b])

Os programas implantados na Unidade são de: saúde do adulto, saúde da criança, saúde da mulher (BAURU, 2001[c]).

O número de atendimentos realizados na Unidade de Saúde da Vila São Paulo, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, no período de janeiro a junho de 2001, foi superior a 10 mil, sendo aproximadamente 3 mil de menores de cinco anos, em torno de 1500 de crianças de 5 a 14 anos e cerca de 6 mil de maiores de 15 anos (BAURU, 2001[b]).

4.2. Critérios de inclusão na pesquisa

Fez parte desta pesquisa toda criança menor de seis anos de idade, residente no bairro Pousada da Esperança I e II, cadastrada na UBS Dr. Danilo Campana, no bairro Vila São Paulo e que se apresentou faltosa na ficha de registro (Anexo C) que permanece na sala de vacina, segundo o conceito de faltoso utilizado pela unidade de saúde em estudo, definido pelo pessoal técnico. Criança faltosa à vacinação, "consiste em toda criança que não compareceu à UBS na data agendada para vacinação e para quem, passados 30 dias sem comparecimento, são enviados três aerogramas convocatórios com intervalos de 30 dias entre eles". Persistindo o não comparecimento para vacinar-se ou justificar-se, a ficha é transferida para o arquivo sem agendamento, organizado por ordem alfabética, onde permanece.

4.2.1 Fonte de dados sobre as crianças faltosas

Os dados obtidos para esta pesquisa foram levantados junto ao arquivo de agendamento, no qual constam as Fichas de Registros com os faltosos à imunização da sala de vacina da UBS Dr. Danilo Campanha, Vila São Paulo. Consta na ficha de registro: nome da criança e responsável, endereço e calendário vacinal, segundo Norma do Programa de Imunização (SÃO PAULO, 1998).

O quadro que segue apresenta o calendário completo, no qual algumas modificações podem acontecer em decorrência do momento epidemiológico vigente.

Calendário Nacional de Vacinação	
1 Mês	BCG e Hepatite B
2 Meses	DPT, Poliomelite, HIB e Hepatite B*
4 Meses	DPT, HIB e Poliomelite
6 Meses	DPT, HIB e Poliomelite
9 Meses	Sarampo e Hepatite B; Febre Amarela**
15 Meses	DPT, Poliomelite e Sarampo-Caxumba-Rubéola
5 ou 6 Anos	DPT e Poliomelite
15 Anos ***	DT
* O intervalo mínimo entre a primeira e a segunda dose da vacina contra a hepatite B é de 30 dias.	
** Nas regiões onde houver indicação, de acordo com a situação epidemiológica. Reforço a cada dez anos.	
***Reforço a cada dez anos, por toda a vida. Em caso de gravidez e na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimentos, deve-se reduzir este intervalo para cinco anos.	

Fonte: Norma Técnica do Programa de Imunização (SÃO PAULO, 1998, p.19).

4.3 Procedimentos para a coleta de dados

Inicialmente, foi realizada a separação das Fichas de Registro das crianças menores de seis anos que estavam em atraso com a vacina, totalizando 79 crianças. Para entrevista com os responsáveis pelas crianças faltosas e residentes na Pousada da Esperança I e II, elaborou-se um questionário (Anexo D) composto de quatro partes, a saber:

- **primeira parte:** dados de **identificação** do cliente, como: N.º do inquérito, data, nome da criança, nome da mãe, endereço, ponto de referência. Esses dados foram preenchidos na UBS e confirmados no momento da entrevista; constavam, ainda, o nome do responsável pela criança, nome do entrevistado e seu parentesco com a criança.

- **segunda parte:** chamada de **caracterização familiar**, solicitava informações tais como: nome dos moradores da residência, iniciando-se pelo chefe (pessoa reconhecida no âmbito familiar como tal), relação de parentesco, sexo, idade, escolaridade, qualificação profissional, ocupação, posição na ocupação e rendimentos dos ocupantes da residência da criança faltosa.

- **terceira parte:** nomeada de **inquérito vacinal**, era composta de sete perguntas que visavam identificar a situação vacinal da

criança e o conhecimento do respondente sobre o motivo do atraso. Nela indagava-se também orientação sobre a data do retorno, a idade em que a criança deveria ser vacinada, as vacinas que receberia na UBS e importância das vacinas.

- **quarta parte:** composta por um **quadro comparativo** da ficha registro e a carteira de vacinação da criança.

A elaboração do questionário se fez em atenção ao cumprimento dos objetivos do trabalho. Sua adequação final foi obtida por meio de realização de projeto piloto, que consistiu em:

a) Aplicação dos questionários na UBS da Vila São Paulo com a participação de dez mães que procuravam pelo serviço de vacinação.

b) Ajuste das perguntas em função de sua clareza, no sentido de cumprir seus objetivos.

c) Segunda aplicação, com o modelo ajustado, em dez domicílios.

d) Ajuste final com modificações no tópico “Identificação” e ”Inquérito vacinal”.

e) Elaboração do manual de preenchimento (Anexo E).

f) Treinamento da entrevistadora, uma auxiliar de enfermagem com experiência prévia e recente como recenseadora do IBGE: leitura

conjunta do questionário e manual de preenchimento; estudo do calendário vacinal; orientações sobre a técnica de entrevista (tais como: não indução de respostas, não visualização de opções de respostas), leitura do termo de consentimento, posse do manual do inquérito e uso de jaleco e crachá.

g) Início das aplicações com supervisão imediata nos primeiros questionários e, posteriormente, supervisão semanal para esclarecimento de possíveis dúvidas.

O inquérito familiar realizou-se nos meses de dezembro de 2000 e janeiro de 2001. As visitas foram feitas nos três períodos, inclusive aos sábados e domingos, possibilitando encontrar o maior número possível de famílias.

Iniciava-se a entrevista com a explicação do objetivo da pesquisa, garantia de sigilo das informações e destino dos dados levantados. Após a concordância, era solicitado o preenchimento de um termo firmando o consentimento por escrito (Anexo F).

Quanto às 32 crianças não encontradas, foram feitas tentativas de localização nas outras UBS do município por meio de solicitação da Secretaria de Saúde, através de ofício, com lista anexa contendo nome da criança, data de nascimento e nome da mãe. (Anexo G). Tentou-se ainda localizar as crianças, percorrendo-se o bairro, fazendo contato com a Associação de Moradores, creches e EMEIs.

4.4 Sistematização dos dados

As informações coletadas no inquérito foram codificadas pela autora no próprio questionário e digitadas segundo o programa estatístico Epi-info, versão 6.04, produzido pelo *Centers for Disease Control e Prevention.* (DEAN *et al.*, 1994)

Foi feita a distribuição de freqüência dos faltosos segundo as seguintes variáveis e respectivas categorias:

- **Responsável:** mãe, pai, irmã, avó e tia (Anexo E).
- **Tamanho da família:** número de pessoas moradoras do domicílio e respectiva estatística descritiva (média, desvio padrão e amplitude de variação).
- **Tipo de família:** de acordo com Bilac (1997), as famílias podem ser classificadas em conjugal, monoparental e outros arranjos.
  - ✓ Conjugal: casal sozinho ou com filhos;
  - ✓ Monoparental: um dos pais e filhos.

    Em ambos os casos a família pode ser ampliada por parentes ou não parentes.
  - ✓ Outros arranjos: não existe o núcleo de procriação, mas as pessoas possuem relação de parentesco.
- **Ciclo de vida familiar:** para a classificação do ciclo de vida, foi somada a idade do casal, dividida por dois e o resultado foi avaliado

baseando-se na tipologia de Montali (1990), tendo sido realizados alguns ajustes:

- ✓ Em constituição: composta por casal de até 34 anos de idade, com ou sem filhos, ou família monoparental na mesma faixa de idade;
- ✓ Em maturação: composta por casal com idade entre 35 a 49 anos e filhos com idade ao redor de 14 anos, ou família monoparental na mesma faixa etária;
- ✓ Em dispersão: caracterizada por casal ou um dos pais com idade igual ou superior a 50 anos e com alguns filhos adultos fora de casa;
- ✓ Misto: com características dos ciclos de vida anteriores, como por exemplo maturação e dispersão. Há combinação das faixas etárias anteriores;
- ✓ Outros arranjos: ciclos que fugissem às propostas anteriores.

- **Sexo:** Masculino e feminino.
- **Idade:** em meses, segundo as seguintes faixas etárias, baseadas no calendário básico de imunizações para menores de 7 anos (até 9 meses, 10 a 15 meses, 16 meses e mais).
- **Escolaridade:** foi analisada em anos de escola (0 a 3; 4 a 7; ≥ 8)

segundo média, desvio padrão e amplitude de variação. Consideraram-se as escolaridades do chefe e da mãe.

- **Ocupação:** as ocupações do chefe e da mãe foram classificadas segundo Caldas (2001) (Anexo H):

  0- Não ocupados.

  1- Atividades predominantemente intelectuais (liberais, gestão e planejamento, professor universitário).

  2- Atividade de gerência, direção, administração, comércio e escritório.

  21- Especializada

  22- Semi-especializada

  23- Não especializada

  3- Atividades de prestação de serviços de diversão, comunicação, educação, saúde, segurança.

  31- Especializada

  32- Semi-especializada

  33- Não especializada

  4- Atividades produtivas e/ou predominantemente manuais.

  41- Especializada

  42- Semi-especializada

  43- Não especializada

- **Posição na ocupação:** segundo classificação de Caldas (2001):

  00- sem informação

  01- aprendiz ou estagiário

  02- empregado

  03- autônomo

  04- proprietário

  05- desempregado

06- estudante

07- aposentado, pensionista ou inválido

08- do lar

09- menor que 07 anos de idade

10- membro não remunerado da família

11- membro remunerado da família

- **Rendimento familiar:** obtido pela soma dos rendimentos individuais, em reais (R$). Sua análise se fez em termos de salário mínimo necessário (SMN)[4].

  Nos meses de dezembro de 2000 e janeiro de 2001, o salário mínimo valia R$ 151,00 e o SMN para dezembro foi de R$ 1.004,26 e para janeiro, R$ 1.036,35.

- **Posição da família em relação à pobreza:** calculou-se o rendimento familiar em SMN *per capita* (SMNpc) de acordo com a seguinte fórmula:

$$\textbf{SMNpc} = \frac{\textbf{Rendimentos Familiares em SMN}}{\textbf{Tamanho da Família}}$$

A partir desse valor, as famílias foram classificadas segundo a

[4] "salário mínimo fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender as suas necessidades vitais básicas e as de sua família, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, reajustado periodicamente, de modo a preservar o poder aquisitivo vedada a sua vinculação para qualquer fim" (Constituição da República Federativa do Brasil, cap. 2, dos Direitos Sociais, artigo 7º, inciso IV). A família considerada é de dois adultos e duas crianças, sendo que estas consomem o equivalente a um adulto. (DIEESE, 2000).

proposição de Montali (1990), que estabeleceu a posição das famílias em relação à pobreza:

- Condição de Precariedade:
  - ✓ Rendimento familiar *per capita* menor que ¼ de SMN: Condição de Pobreza;
  - ✓ Rendimento familiar *per capita* de ¼ a ½ SMN: Limiar da Subsistência;
- Acima da condição de precariedade:
  - ✓ Rendimento familiar *per capita* acima de ½ SMN.

Resultados e Discussão

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a realização da pesquisa no Bairro Pousada da Esperança I e II, algumas observações foram feitas e merecem destaque: é um bairro de formação recente, de difícil acesso, habitado por famílias de baixa renda, havendo precariedade de estabelecimentos comerciais, ruas esburacadas, lixo nas imediações das casas, iluminação deficiente, escassez de transporte escolar, falta de serviços de saúde e muitas outras dificuldades. Porém, é um bairro em crescimento, com famílias em constituição, como mostram os resultados que seguem.

5.1 Estudo das Perdas

Devido aos fatores citados, existe no bairro uma mobilidade muito grande: dos 79 faltosos identificados, apenas 42 (53,16%) foram encontrados. Os 37 (46,83%) não localizados tiveram seus nomes enviados à Secretaria de Saúde, juntamente com as datas de nascimentos e os nomes das mães, compondo uma lista que foi encaminhada a todas as UBSs do município, na tentativa de localizá-los.

Apenas duas UBSs deram um retorno à solicitação feita, após aproximadamente vinte dias, tendo sido localizada uma criança no bairro Gasparini e quatro no bairro Bela Vista. Através do critério utilizado, recuperaram-se cinco crianças, sendo que as demais devem ter se mudado do município.

A realidade social adversa em que se encontram as famílias dessas crianças pode ser a explicação das perdas, constatando-se um intenso processo migratório das famílias ali residentes, devido a dificuldades financeiras.

A Tabela 1 apresenta o número de crianças faltosas à vacinação, localizadas e não localizadas, distribuídas por sexo.

Tabela 1 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo a localização e sexo. Pousada da Esperança, Bauru (SP) - 2000

SEXO	LOCALIZADAS		NÃO LOCALIZADAS		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
MASCULINO	20	42,55	20	62,50	40	50,63
FEMININO	27	57,45	12	37,50	39	49,37
TOTAL	47	100	32	100	79	100

p< 0,084

Embora, aparentemente, o sexo masculino estivesse em maior proporção entre as crianças não localizadas, a análise estatística demonstra que as perdas têm perfil semelhante ao das crianças localizadas, não devendo haver distorções significativas nos resultados.

A Tabela 2 apresenta o número de crianças faltosas localizadas e não localizadas, de acordo com a idade.

Tabela 2 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo a localização e a idade. Pousada da Esperança, Bauru (SP) - 2000

IDADE	LOCALIZADAS		NÃO LOCALIZADAS		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
= 9 meses	9	19,00	7	21,90	16	20,25
10 a 15 meses	19	40,00	8	25,00	27	34,18
=16 meses	19	40,00	17	53,10	36	45,57
TOTAL	47	100	32	100	79	100

p< 0,3554

Comparando as idades das crianças localizadas e não localizadas por ocasião do inquérito, observa-se que 80% dos faltosos pertenciam à faixa etária de dez meses e mais, não existindo diferença significativa entre as crianças não localizadas e as estudadas. Observa-se, ainda, a elevação da proporção de crianças faltosas a partir dos dez meses, período destinado às doses de reforço.

5.2 Características Individuais, Familiares e Sociais das Crianças Faltosas

Os resultados permitem observar que na grande maioria das vezes foram as mães das crianças que responderam às questões, como demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo a pessoa que respondeu ao questionário. Pousada da Esperança, Bauru (SP) - 2000

RESPONDENTE	*f*	%
Mãe	38	80,9
Pai	02	4,3
Avó	03	6,4
Irmã	02	4,3
Tia	02	4,3
TOTAL	47	100

Como se vê, em mais de 80% os dados sobre a criança foram fornecidos pelas mães, o que possibilitou descrever um quadro muito próximo da realidade, fato desejável em investigação desse tipo, uma vez que, em geral, cabe às mães a responsabilidade dos cuidados com os filhos. O pai foi responsável por 4,3% das respostas e aproximadamente 15% foram dadas por outras mulheres que assumem o cuidado da criança, enquanto a mãe trabalha. Essa característica da mãe de atribuir o cuidado da criança a outra mulher é chamada de maternagem[1], segundo Almeida (2001).

A Tabela 4 mostra os dados obtidos quanto ao número de crianças faltosas à vacinação, de acordo com o tamanho das famílias.

[1] ALMEIDA, M. A. S. **Maternagem**. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. Botucatu, 2001. Comunicação Oral.

Tabela 4 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo o tamanho familiar. Pousada da Esperança, Bauru (SP) - 2000

TAMANHO FAMILIAR	*f*	%
02	01	2,1
03	12	25,5
04	13	27,7
05	09	19,1
06	04	8,5
07	02	4,3
08	03	6,4
09	02	4,3
10	01	2,1
TOTAL	47	100

Média = 4,8 (2-10)

O tamanho familiar médio encontrado foi de 4,8 pessoas, sendo que o tamanho mínimo foi 2 e o máximo de 10 pessoas. Trata-se, portanto, de famílias mais numerosas do que as encontradas pela Pesquisa de Condição de Vida (PCV) – Interior (SEADE, 1998), cujo valor em 1998 girava em torno de 3,5 pessoas.

A Tabela 5 apresenta o número de crianças faltosas à vacinação de acordo com o tipo de família e o ciclo de vida.

Tabela 5 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo o tipo de família e ciclo de vida. Pousada da Esperança, Bauru (SP) - 2000

TIPO DE FAMÍLIA	CICLO DE VIDA									
	Constituição		Maturação		Dispersão		Misto		**TOTAL**	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	**%**
Conjugal	26	55,32	6	12,76	-	-	1	2,13	33	70,2
Monoparental	5	10,63	1	2,13	-	-	5	10,63	11	23,4
Outros arranjos	-	-	-	-	2	4,26	1	2,13	3	6,4
TOTAL	31	65,95	7	14,89	2	4,26	7	14,89	47	100

Como se pode observar, quanto ao tipo e ciclo de vida das famílias, 70,2 das famílias eram do tipo conjugal, sendo que 55,3% encontravam-se em fase de constituição. Vinte e três por cento eram do tipo monoparental e em todas ocorreu a presença exclusiva da mãe, cabendo destacar que metade dessas famílias eram do tipo ampliada, ou seja, contavam com outras pessoas além de mães e filhos. Quanto ao ciclo de vida, era esperado que a maioria das famílias estivesse em constituição, pela característica do estudo que envolve crianças lactentes e pré-escolares, o que se comprovou com dois terços delas.

O tipo de família predominante no estudo, a conjugal, teve uma porcentagem inferior àquela encontrada na PCV para o interior paulista, de 72,6%. Já o tipo monoparental foi discretamente superior aos 18,3% encontrados na mesma pesquisa nessa condição (SEADE, 1998). Tais características familiares representam indicadores de dificuldades de sobrevivência, com repercussões sobre a saúde e seus cuidados.

Com o intuito de caracterizar socialmente as famílias das crianças, foram consideradas a escolaridade e a ocupação de chefes e mães, bem como os rendimentos.

As Tabelas 6 e 7 apresentam dados relativos à escolaridade e grupo de ocupação dos chefes das famílias e das mães, respectivamente, entendendo que, para crianças que pertencem a “outros arranjos”, o responsável ficou como mãe.

Tabela 6 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo escolaridade e grupo de ocupação dos chefes das famílias. Pousada da Esperança, Bauru (SP) - 2000

GRUPO DE OCUPAÇÃO	ESCOLARIDADE DO CHEFE (ANOS)			TOTAL
	0 – 3	4 – 7	≥ 8	
Não ocupados	1	1	2	4
Atividades intelectuais	-	-	-	-
Atividades de gerência, administração e outros	-	1	2	3
Atividades de prestação de serviço	1	2	-	3
Atividades produtivas/manuais	12	19	6	37
TOTAL	14	23	10	47

Média = 4,75 anos

O número médio de anos de estudo no Brasil é de 4,5 anos entre os homens e 4,6 anos entre as mulheres, ou seja, um número muito próximo ao valor encontrado na população pesquisada, que foi em média 4,75 anos. Já as mães apresentaram escolaridade maior, sendo de 6,2 anos em média.

Tabela 7 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo escolaridade e grupo de ocupação das mães das crianças. Pousada da Esperança, Bauru (SP) - 2000

GRUPO DE OCUPAÇÃO	ESCOLARIDADE DA MÃE (ANOS)			TOTAL
	0 – 3	4 – 7	≥ 8	
Não ocupados	6	15	9	30
Atividades intelectuais	-	-	-	-
Atividades de gerência, administração e outros	1	1	1	3
Atividades de prestação de serviço	-	1	-	1
Atividades produtivas/manuais	2	6	5	13
TOTAL	9	23	15	47

Média = 6,17 anos

A maioria dos chefes tinha ocupações predominantemente manuais, como pedreiros, serventes de pedreiros e empregadas domésticas e as mães eram "prendas domésticas"; quando ocupadas, também exerciam atividades manuais. Embora chefes e mães estivessem em maior proporção na faixa média de escolaridade, observou-se uma diferença importante na escolaridade média dos dois grupos: 4,75 anos para o chefe e 6,17 anos para as mães.

A Figura 2 demonstra o quadro geral relativo à escolaridade dos chefes das famílias e das mães.

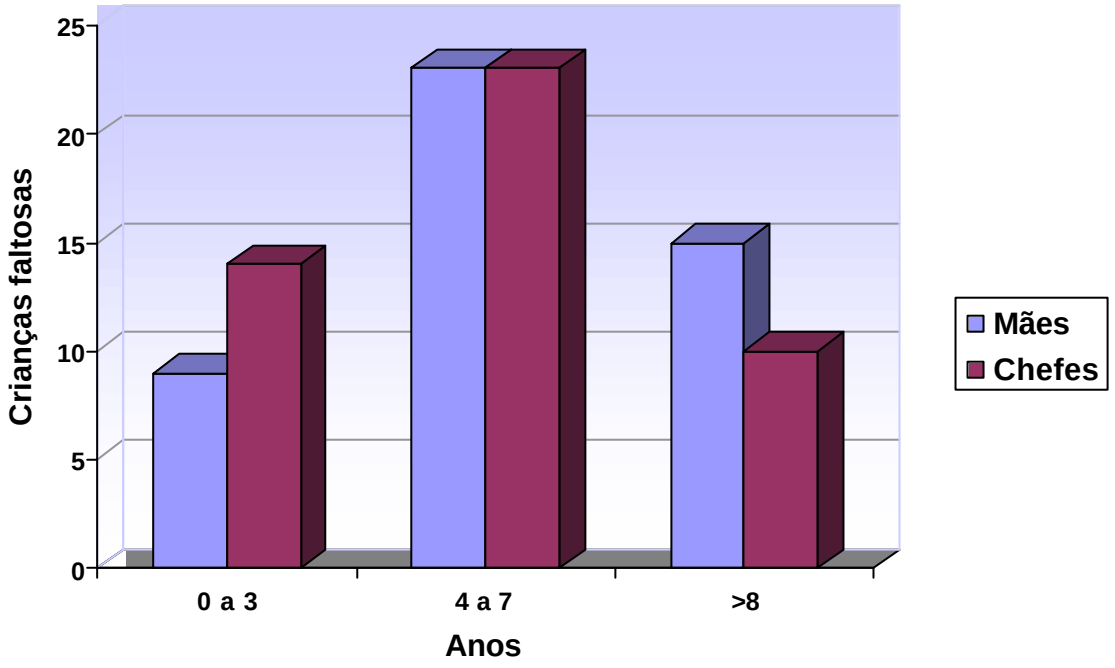


Figura 2 – Grupo de escolaridade dos chefes de famílias e mães das crianças faltosas

A escolaridade máxima observada nos dois grupos foi de 11 anos, não

se encontrando, portanto, ninguém com escolaridade de terceiro grau. A título de comparação: nenhuma mãe tinha escolaridade superior e apenas 4% possuíam onze anos de escola, enquanto que na cidade de São Paulo, em 1996, 26% das mães apresentavam essa condição ou maior que ela (MONTEIRO & FREITAS, 2001); por outro lado, a proporção de mães sem escolaridade ou com até três anos mostrou-se maior que a observada no citado estudo. Provavelmente, se essa comparação for feita para Bauru, mostrará disparidade semelhante, do bairro em relação ao município.

A Figura 3 apresenta o grupo de ocupação de mães e chefes de família.

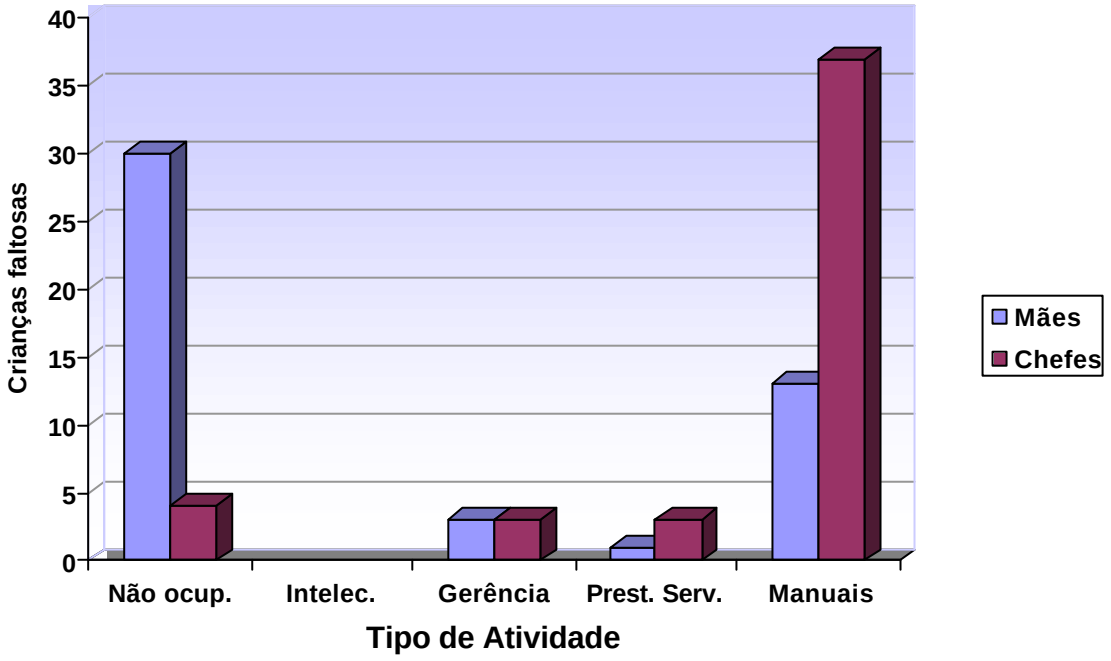


Figura 3 – Grupo de Ocupação a que pertencem as mães e chefes de família das crianças faltosas

A análise dos dados agrupados de “chefes e mães” deixa mais evidente o perfil ocupacional, mostrando o predomínio das ocupações manuais e dos “fora da

força de trabalho" .

A Tabela 8 apresenta o número de crianças faltosas, de acordo com os rendimentos familiares em salários mínimos.

Tabela 8 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo rendimentos familiares mensais em salários mínimos (SM). Pousada da Esperança, Bauru (SP) - 2000

Rendimentos (em SM*)	*f*	%
< 2**	10	21,27
2 – 2,99	12	23,53
3 – 3,99	14	29,79
≥ 4	10	21,28
TOTAL	47	100

*** Salário Mínimo (SM) = R$ 151,00 - Dez/2000.**
**** 1 família com rendimento zero**

O rendimento familiar médio mensal foi de R$ 521,60, tendo variado de zero a R$ 1.200,00, sendo de R$ 470,00 o valor mediano (3,1 SM). Quanto ao poder aquisitivo, observou-se que, aproximadamente metade das famílias tiveram rendimentos menores que três salários mínimos.

A Tabela 9 apresenta o número de crianças faltosas de acordo com os rendimentos familiares mensais em SMN.

Tabela 9 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo os rendimentos familiares mensais em salários mínimos necessários (SMN). Pousada da Esperança, Bauru (SP) – 2000

RENDA EM SMN	❍	%
Menos que 1	41	87,23
1 e mais	6	12,77
TOTAL	47	100

Média = 0,49

De acordo com o DIEESE (2000), que estabeleceu para dez/2000 um valor de R$ 1004,26 e para jan/01 um valor de R$ 1036,35 para o salário mínimo necessário (SMN), na população estudada observou-se que 41 famílias viviam com menos de um SMN ao mês e apenas seis famílias tinham rendimentos maiores que esse valor. O rendimento médio era de 0,49 SMN e a amplitude de variação foi de zero a 1,19.

A Tabela 10 apresenta os rendimentos familiares em SMNpc.

Tabela 10 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo os rendimentos familiares mensais em salários mínimos necessários *per capita* (SMNpc). Pousada da Esperança, Bauru (SP) – 2000

Rendimentos em SMNpc	❍	%
Condição de pobreza	46	97,87
Limiar de subsistência	1	2,13
TOTAL	47	100

Média = 0,104

Das famílias estudadas, 46 viviam com menos que ¼ de SMNpc, o que segundo Montali (1990), as identifica como em "condição de pobreza", não tendo o suficiente para a sobrevivência.

O rendimento médio foi de 0,104 e a amplitude de variação ia de zero a 0,390 SMNpc. Merece ser destacado, portanto, que nenhuma família apresentou rendimentos situados acima de 0,5 SMNpc, ou seja, acima da condição de precariedade, segundo Montalli (1990).

O quadro sociofamiliar descrito revela que as 47 crianças estudadas pertenciam a uma condição social marcada, provavelmente, por privações de consumo de bens básicos, como a moradia, alimentação, vestuário, limpeza pública, além de saúde, instrução e lazer.

5.3 Situação Vacinal das Crianças Faltosas

No estudo da situação vacinal das crianças, segundo a opinião do entrevistado, observou-se que as que ficam sob responsabilidade de outros adultos que não a mãe, aparentemente não eram prejudicadas em relação à vacinação.

A Tabela 11 apresenta dados relativos ao entrevistado, bem como a sua opinião sobre a situação vacinal da criança.

Tabela 11 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo a pessoa entrevistada e sua opinião sobre a situação vacinal da criança. Pousada da Esperança, Bauru (SP) - 2000

PESSOA ENTREVISTADA	OPINIÃO SOBRE A SITUAÇÃO VACINAL						TOTAL	
	em dia		atrasada		não sei			
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
MÃE	29	73,3	8	21,1	1	2,6	38	100
OUTRO *	6	66,7	1	11,1	2	22,2	9	100
TOTAL	35	74,5	9	19,1	3	6,4	47	100

*** Pai (2), Avó (3), Tia (2), Irmã (2).**
p=0,089

A Tabela 12 apresenta dados referentes à situação vacinal da criança e a orientação recebida na unidade de saúde utilizada.

Tabela 12 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo a situação vacinal e a orientação recebida na UBS. Pousada da Esperança, Bauru (SP)-2000

VERIFICAÇÃO DA CARTEIRA DE VACINA	MARCOU E ORIENTOU		MARCOU E NÃO ORIENTOU		NÃO MARCOU E NÃO ORIENTOU		TOTAL	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Em dia	16	57,0	10	58,8	1	50,0	27	57,4
Atrasada	8	28,5	6	35,0	1	50,0	15	31,9
Não verificada	4	14,2	1	5,2	-	-	5	10,6
TOTAL	28	100	17	100	2	100	47	100

p = 0,8545

Como se pode observar, a proporção de crianças com vacina em dia, ou mesmo atrasada, foi igual nos três grupos em relação à marcação de retorno e

orientação sobre vacina.

A Tabela 13 apresenta as opiniões dos entrevistados sobre a idade correta para a criança tomar vacina na UBS.

Tabela 13 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo a opinião do entrevistado sobre a idade vacinal. Pousada da Esperança, Bauru (SP) - 2000

IDADE	❍	%*
1 mês	27	57,4
2 meses	20	42,6
4 meses	13	27,7
6 meses	18	38,3
9 meses	14	29,8
15 meses	6	12,8
5 anos	2	4,3
Não sabe	15	31,9

***A porcentagem calculada foi sobre 47 crianças.**

Pelos resultados encontrados, percebe-se que 31,9% dos respondentes não souberam informar a idade em que a criança deveria receber a vacina na UBS. A opinião dos demais entrevistados sobre a idade vacinal ficou assim distribuída: 57,4% referiram que a criança deve tomar a vacina no primeiro mês, 42,6% no segundo mês e aproximadamente 30% sabiam a idade em que se deve vacinar contra o sarampo.

A Tabela 14 apresenta a opinião dos entrevistados sobre o tipo de vacina que a criança recebe.

Tabela 14 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo o conhecimento do respondente sobre o tipo de vacina. Pousada da Esperança, Bauru (SP) - 2000

TIPO DE VACINA	❍	%*
Sarampo	34	72,3
Sabin	32	68,1
BCG	28	59,5
Tríplice viral	27	57,4
DPT	16	34,0
Febre amarela	16	34,0
Hepatite B	14	29,8
HIB	8	17,0
Dupla	8	17,0
Não sabe	6	12,8

***A porcentagem calculada foi sobre 47 crianças.**

Observou-se que, segundo o conhecimento sobre o tipo de vacina que a criança recebe na UBS, foi lembrado por 72% dos respondentes a vacina contra o sarampo, por 68% a da paralisia infantil e por 59% a BCG. O que também chamou a atenção foi a elevada porcentagem para a vacina tríplice viral que é aplicada na criança aos quinze meses como primeiro reforço.

Provavelmente pela ameaça real que o sarampo representa à saúde e à vida das crianças, visto que continua ocorrendo e provocando óbitos no país na atualidade, esta foi a vacina mais lembrada. O acentuado número dos que lembraram da vacina em gota contra a paralisia infantil, embora a doença não mais ocorra, pode ser explicado pelas constantes campanhas publicitárias veiculadas pela mídia, fato que

se repete há duas décadas, contribuindo para que ela esteja gravada, portanto, na memória popular. Foram também bastante lembradas, a BCG – provavelmente por ser ligada à tuberculose, doença histórica e ainda presente na população – e a tríplice viral, talvez por ser reforço da vacina contra o sarampo.

Os respondentes foram quase que unânimes quando questionados sobre a importância das vacinas: 95% apontaram a prevenção de doenças (Tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo a opinião do respondente sobre a importância das vacinas. Pousada da Esperança, Bauru (SP) - 2000

IMPORTÂNCIA DA VACINA	❍	%
Prevenir doenças	45	95,8
Outros	02	4,2
TOTAL	47	100

No geral, os resultados obtidos demonstram um bom nível de conhecimento dos respondentes, os quais mostraram também elevado grau de consciência sobre a importância das vacinas como prevenção de doenças.

A Tabela 16 apresenta a opinião dos entrevistados sobre o motivo do atraso na vacinação da criança. Observa-se que, dos 47 tidos como faltosos, 27 (ou seja, 57%) não o eram (Tabela 17).

Tabela 16– Distribuição das crianças faltosas à vacinação, com atraso

comprovado pela verificação da carteira, segundo opinião do respondente sobre o motivo do atraso. Pousada da Esperança, Bauru (SP) - 2000

MOTIVO DO ATRASO	❍	%
Esquecimento	4	16,0
Doença da criança	3	12,0
Horário de funcionamento da UBS	3	12,0
Distância da moradia à UBS	2	8,0
Outros	13	52,0
TOTAL	25	100

Observe-se que 16% dos entrevistados apontaram o esquecimento como causa da não vacinação das crianças; 12% por motivo de doença da criança e horário do funcionamento da UBS e 8% relataram que a distância era a responsável pelo atraso. Mas, a inconsistência dos motivos alegados para o não comparecimento à vacinação evidencia-se, especialmente, pela grande variedade de razões alegadas: 52% no item "outros". Tais motivos apresentam-se fortuitos e incoerentes com os conhecimentos demonstrados quanto à importância da vacina como meio de prevenção de doenças, provavelmente pela condição social de exclusão em que vivem essas famílias, nas quais a saúde não é a primeira preocupação.

A Tabela 17 apresenta a real situação vacinal da criança pela comparação da carteira com o registro da UBS.

Tabela 17 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo o estado vacinal obtido pela comparação da carteira com o registro da UBS. Pousada da

Esperança, Bauru (SP) - 2000

VACINA	❍	%	% CORRIGIDA
Em dia	27*	57,4	64,3
Atrasada	15	31,9	35,7
Não verificada	05	10,6	-
TOTAL	47	100	100

*** Nas crianças com a vacina em dia, incluem-se 3 que foram vacinadas em outras UBSs.**

A Figura 4 apresenta a situação vacinal real encontrada.

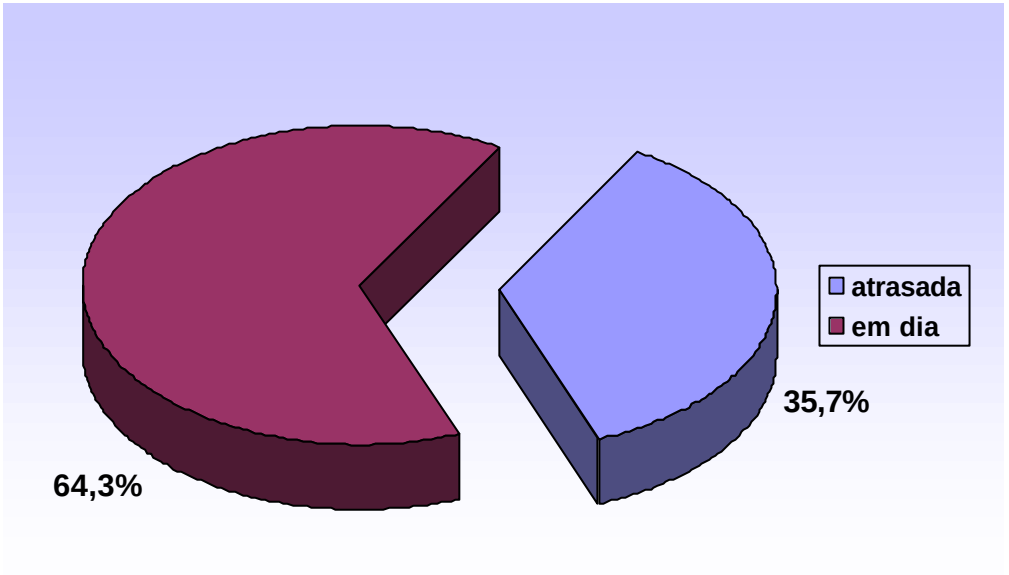


Figura 4 – Porcentagem corrigida da real situação vacinal encontrada

Constatou-se que das 47 crianças que constavam como faltosas à vacinação, mais da metade (64,3%) encontrava-se com a situação vacinal regular, por terem sido vacinadas em outra UBS e mesmo na própria UBS, contudo, sem constar na ficha registro da unidade. Ou seja, os dados de registro não correspondem à realidade

porque provavelmente não foram atualizados no ato da vacinação. Cabe comentar, no entanto, que embora as perdas tenham sido caracterizadas como casuais quanto ao sexo e idade das crianças, pode-se supor que, pela precariedade da situação econômica das famílias, obrigando-as à migração, o estudo tenha perdido, proporcionalmente, mais crianças com a vacinação atrasada, o que resultaria num quadro mais grave. Baixa renda e baixa escolaridade, relatadas em vários trabalhos como causa da não vacinação, neste estudo não se configuraram como tal. Mesmo diante de comprovada situação de pobreza e pouca instrução dos pais, os números encontrados demonstram que as crianças estavam em 64,3% das vezes, em situação vacinal regular. Mas, se todas as perdas se encontrassem em atraso, isso resultaria ainda em 34% de crianças em dia.

A Tabela 18 apresenta a opinião dos entrevistados sobre a situação vacinal da criança e a real situação em que ela se encontra em relação ao calendário de vacinas.

Tabela 18 – Distribuição das crianças faltosas à vacinação, segundo a opinião dos entrevistados, sobre a situação vacinal e a situação real. Pousada da Esperança, Bauru (SP) - 2000

OPINIÃO DO ENTREVISTADO	SITUAÇÃO REAL		TOTAL*
	em dia	atrasado	
Em dia	25	6	31
Atrasado	1	7	8
TOTAL	26	13	39

p= 0,0007
*** excluídos 5, cujas carteiras não foram verificadas e 3 que não souberam opinar.**

Para melhor visualização, a Figura 5 apresenta a comparação entre a

opinião do entrevistado sobre a situação vacinal da criança e a real situação encontrada.

Figura 5 – Comparação da opinião do entrevistado e a situação vacinal real da criança

Ao se confrontar a opinião do entrevistado com a situação vacinal real, há uma forte associação positiva entre ambos, ou seja, os respondentes revelaram elevado grau de consciência sobre a situação vacinal de suas crianças, expresso em 82%. Ao se calcular o valor preditivo positivo[2] da opinião do entrevistado, tendo-se a anotação da carteira como parâmetro de verdade, obtém-se o valor de 80,6%, ou seja, para cada 100 respostas positivas, 81 são verdadeiras.

[2] Proporção de doentes entre os considerados positivos ao teste (PEREIRA, 1995).Classificação correta = (a + d)/n = (25 + 7)/39. Valor preditivo positivo = a/(a+b) = 25/31.

Conclusões

6 CONCLUSÕES

Diante dos dados obtidos através desta pesquisa, é possível sintetizar que:

- ✓ 57,4% das crianças faltosas eram do sexo feminino e 80% tinham dez meses ou mais;
- ✓ 40,7% não foram localizadas;
- ✓ as famílias das crianças faltosas eram numerosas, com tamanho familiar médio de 4,8 pessoas, valor superior, portanto, ao encontrado para o interior paulista em 1998, igual a 3,5 pessoas (SEADE, 1998);
- ✓ 70% das famílias eram do tipo conjugal e 55% encontravam-se em fase de constituição, 30% eram monoparental e outros arranjos;
- ✓ 80% das informações foram obtidas através da mãe;
- ✓ o nível de escolaridade dos chefes de família foi em média de 4,75 anos e de 6,17 para as mães;
- ✓ houve predominância de trabalhos manuais na ocupação dos chefes, com a maioria das mães fora da força de trabalho;
- ✓ o valor médio da renda familiar ficou em torno de R$ 521,00, com aproximadamente metade das famílias com rendimentos menores do que três salários mínimos;

- ✓ 87,3% das famílias viviam com menos de um SMN ao mês e 97,8% viviam com menos que ¼ de SMNpc, ou seja, em condição de pobreza;
- ✓ 74,5% dos entrevistados opinaram que a vacinação da criança estava em dia e 19,1% que estava em situação de atraso;
- ✓ 31,9% não sabiam informar a ocasião correta da vacinação e 2/3 dos entrevistados tinham noção das principais idades de vacinação;
- ✓ a vacina mais lembrada foi a contra sarampo;
- ✓ 95,8% referiram a importância da vacina na prevenção das doenças e 52% verbalizaram os mais diferentes motivos para o atraso na vacinação;
- ✓ 64% das crianças estavam em situação vacinal regular, porém sem constar como tal nos registros da UBS.

Considerações Finais

Observou-se, nesta pesquisa, que as crianças faltosas pertencem a famílias pobres e que esta é uma característica predominante entre os moradores dos bairros Pousada I e II.

Inegavelmente, é um bairro que abriga famílias cuja renda mensal deixa muito a desejar. Tal situação invariavelmente implica a impossibilidade de cumprir com o pagamento regular dos lotes adquiridos e, conseqüentemente, contribui grandemente para a mobilidade verificada. Por isso, embora o número de faltosos à vacinação e cadastrados na UBS da Vila São Paulo fosse de 79 crianças, o fato de ter sido possível localizar apenas 47 delas foi um aspecto revelador desse

estudo: a importância que a questão social tem para a freqüência às salas de vacinas e, conseqüentemente, para a avaliação do programa de imunizações.

O quadro social das famílias se completa com os baixos níveis de escolaridade de chefes e mães, elevada proporção de chefes e mães excluídos do mercado de trabalho e outro tanto com ocupações manuais não qualificadas e, por fim, rendimentos familiares aquém do necessário para atender às básicas necessidades de sobrevivência. Noventa e oito porcento das famílias encontram-se na condição de pobreza, com poder aquisitivo que vai de zero a 0,39 salários mínimos necessários *per capita*. Trata-se, portanto, de uma condição social destacada na literatura como a mais prejudicada por baixos níveis de cobertura vacinal (SILVA, 1999; SILVA & MOTA, 1990; MIRANDA ET AL. 1995; REY, 1996)

Sobre a opinião dos entrevistados em relação à situação vacinal da criança, os resultados mostraram uma forte correspondência com a situação vacinal real verificada na carteira da criança. Trata-se de uma constatação valiosa pela sua aplicabilidade em inquéritos populacionais, dado o seu elevado valor preditivo.

O fato de que os entrevistados não conheciam as idades em que as crianças deveriam receber a vacina, com 1/3 não sabendo informar e os demais mencionando os dois primeiros meses, indica um considerável desconhecimento do calendário vacinal. No entanto, percebe-se, na conversa com eles, uma grande preocupação com a doença sarampo, que ainda tem casos registrados de óbitos. Referem, especialmente, que a vacina em gota contra a paralisia infantil sempre tem campanha para lembrá-los de ministrá-la e demonstram um elevado grau de consciência sobre a importância das vacinas como prevenção de doenças. Disso decorre a conveniência de se trabalhar com a prevenção como um todo e com todas

as vacinas, no dia-a-dia dos serviços de saúde e também nos dias nacionais de vacinação.

Finalmente, o estabelecimento do grau de concordância entre os registros da sala de vacina e a carteira de imunização da criança revelou a imprecisão dos dados registrados na UBS e o comportamento responsável das famílias em relação à proteção de suas crianças. No entanto, realmente, 36% são faltosos. Como encontrá-las? Sabe-se que próximo de 80% das crianças pré-escolares (5 a 6 anos) do bairro encontravam-se matriculadas em alguma escola municipal de educação infantil (EMEI)[1]. Esses valores indicam a relevância do tema e a importância das pré-escolas para o serviço de saúde, como centros privilegiados para a atualização da situação vacinal.

Diante das considerações feitas, seria inadmissível, portanto, permanecendo a organização dos serviços de saúde e a situação social excludente verificada neste estudo, que se pretenda conhecer o problema dos faltosos em vacinação sem o confronto entre os registros da unidade e os da carteira da criança, sob pena de se continuar atribuindo pseudofalhas das metas de cobertura ao exclusivo desempenho do serviço de saúde. Isso implica a adoção da prática de busca ativa no domicílio sempre que a criança estiver em atraso com a vacina, em lugar da prática vigente de convocação dos faltosos mediante aerogramas. Para populações como a que está em foco, o uso de correspondência não se aplica pelo caráter de transitoriedade em que vivem e moram aquelas famílias.

Esse aspecto remete à questão da integração do sistema de saúde municipal mediante um sistema de informação, visto que se houvesse tal sistema no

caso descrito, seria possível saber a real situação das crianças que deixaram de comparecer aos agendamentos por mudança de área.

Com o estudo, a autora iniciou um processo de reflexão sobre as ações e métodos desenvolvidos pelos serviços de saúde, com vistas a motivar a equipe a elevar os índices de cobertura vacinal nas UBSs, visto que os usuários entram em contato com os serviços ao longo de todo o ano.

Evidenciou-se, ao longo do trabalho, a necessidade de realizar inquéritos domiciliares periódicos e de avaliar a cobertura vacinal real, verificando-se, assim, se as ações básicas de saúde estão alcançando os objetivos desejados e implementando as ações nas localidades que mais necessitarem. Dentro desse contexto, cabe uma programação que oriente os agentes comunitários de saúde dentro do Programa de Saúde da Família a acompanharem o cumprimento do calendário de vacinação das crianças sob sua responsabilidade censitária.

Cabe ao enfermeiro, que vem ocupando o papel de gestor dentro da UBS, implementar um sistema de vigilância de faltosos que inclua visitas domiciliares, às escolas, bem como se esforçar para a implantação de um sistema de informação que integre todas as unidades do município. Enquanto isso não acontece, deveria trabalhar com a equipe o hábito de aproveitar todas as oportunidades de contato com os usuários para verificação da situação vacinal.

---

[1] Censo populacional realizado em 18/9/1999, executado pelo Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP e Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB) – USP, do qual a autora participou.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANDA, C. M. S. S. Oportunidades perdidas. *In:* FARHAT, C. K. *et al.* **Imunizações, fundamentos e prática.** 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 93-98.

BARBOSA, V.; STEWIEN, K. E.; ROSENBURG, C. T. Estado vacinal, tipo de habitação e nível cultural da mãe e sua relação com o estado imunitário à poliomielite, em uma amostra de escolares do município de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 11, p.330-337, 1977.

BARBOSA, V.; STEWIEN, K. E.; LIMA, O. S.; OSIRO, K. Nível de imunidade contra a poliomielite em um grupo de crianças vacinadas de acordo com o calendário oficial de imunização. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.12, p.326-332, 1978.

BAURU. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório Anual de Atividades.** Bauru, 1999. 71p.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Unidades Ambulatoriais. **Dados estatísticos.** Bauru, 2001ª.

Referências Bibliográficas

BAURU. Prefeitura Municipal de Bauru. Secretaria Municipal de Saúde. Núcleo de Informação. Departamento Administrativo. **Dados estatísticos.** Bauru, 2001[b].

_____. Prefeitura Municipal de Bauru. Secretaria Municipal de Saúde. Seção de Programas Especiais. **Número de atendimentos de pacientes da UBS – Vila São Paulo.** Bauru, 2001[c].

_____. Prefeitura Municipal de Bauru. Secretaria de Planejamento. **Mapa do município de Bauru, 2001**. Bauru, 2001[d]. Mapa color. Escala 1:5000

BILAC, E. D. Sobre as transformações nas estruturas familiares no Brasil. Notas muito preliminares. *In*: RIBEIRO, I. *et al.* **Famílias em Processos contemporâneos:** Inovações culturais na sociedade Brasileira. São Paulo: Loyola, 1995. p.43-65.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações, Coordenação de Imunizações e Auto-Suficiência em Imunobiológicos, **Programa Nacional de Imunizações**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 62p.

_____. Ministério da Saúde. Características dos domicílios e da população entrevistada. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde-1996.** Brasília, 1996. p. 18-37.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Dados sobre doenças infantis. Brasília, 1997. Acessível em <www.funasa.gov.br>. Acesso: 6 ago. 2001.

Referências Bibliográficas

CALDAS, M. L. N. L. **Perfil de produção e consumo de desempregados**. Estudo da clientela do posto de atendimento ao trabalhador em Botucatu, SP. 2001. 193f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2001.

CARVALHO, M. C. B. A priorização da família na agenda da política social. *In*: _____. **A Família Contemporânea em Debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 1995. p.11-21.

CENEPI. Ministério da Saúde. Dados sobre Difteria, Tétano neonatal, Sarampo, Coqueluche, Hepatite. Brasil 1996. Disponível em <www.datasus.gov.br>. Acesso: 6 ago. 2001.

CICHOSKI. L. V. Vacinação em Nova Erechim, Santa Catarina. **Arquivos Catarinense de Medicina,** v.15, n.1, mar. de 1986.

DEAN, A. G. *et al.* **Epi Info, Version 6:** a Word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta, Georgia, USA: Centers of Disease Control and Prevention, 1994. 589p.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos. **Preço da cesta recua em doze capitais.** São Paulo, 2000. Disponível em <www.dieese.org.br/re/rac/racjano01.htm>. Acesso em 12 mar. 2001.

GIL, C. G. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1989.

Referências Bibliográficas

GOLDANI, A. M. As Famílias Brasileiras: Mudanças e perspectivas. **Cad. Pesq.** São Paulo, n.91, p.7-22, nov. 1994.

GONÇALVES, M. L. **O programa de vacinação no processo de Municipalização da saúde, no Município de Ribeirão Preto, 1994**. 1994. 193f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1994.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000.** Rio de Janeiro: Fundação Brasileira de Geografia e Estatística, 2000. Disponível em:<http:\\www.ibge.gov.br>. Acesso em: 21 jul. 2001.

LEAVELL, H. R. E CLARK, E.G. **Medicina Preventiva.** Tradução Maria Cecíla Ferro Donnangelo *et al.* São Paulo: McGraw-Hill; Rio de Janeiro: Fename, 1976. 744p.

MARTINS, R. M. Breve história das vacinações. *In:* FARHAT, C. K. *et al.* **Imunizações, fundamentos e prática.** 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 3-18.

MASCARETTI, L. A. S.; FAHL, K.; PETTORUTI, L. I.; TENÓRIO, P. B.; TEIXEIRA, R. H. O. B. Situação de Imunização de Escolares em uma Área Urbana de São Paulo - Centro de Saúde ESCOLA "Professor Samuel B. Pessoa" - Faculdade de Medicina da USP. **Rev. Pediatria** (São Paulo), 18(4): 175-179, 1996.

MIRANDA, A.S. *et al.* Avaliação da cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida. **Rev. de Saúde Pública**. São Paulo, v.29, n.3, p.208-214, 1995.

Referências Bibliográficas

MONTALI, L. Arranjos familiares: o esforço coletivo para viver na grande São Paulo. **Cad. Pesq.**, São Paulo, v.72, p.58-69, fev. 1990.

MONTEIRO, C. A.; FREITAS, I. C. M. Evolução de condicionantes socioeconômicas da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 8-12, dez. 2000. (Suplemento)

OMS. Cuidados Primários de Saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata, URSS: Organização Mundial de Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1978.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PIMENTA, A. L.; PORTO, M. T. G. A municipalização dos Centros de Saúde do Estado. *In*: CAPISTRANO, D. F. **Saúde Para Todos:** Um desafio ao município. São Paulo: Hucitec, 1998.

PORTO, L. A. Cobertura vacinal nos municípios de Iguaí e Caldeirão Grande, Bahia, em 1997. **IESUS**, v.2, n.4, out/dez 1998.

REY, L. C. Oportunidades perdidas de vacinação em um hospital infantil de fortaleza. **Jornal de Pediatria,** São Paulo, v. 72, n. 1, p. 9-13, 1996.

RIBEIRO, C. T. D. Vacinas: Negócio de Estado*?* **Cadernos de Saúde Pública***.* Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.137-141, jan./mar. 1995.

Referências Bibliográficas

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. *In:* CARVALHO, M. C. B. (org.) **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 1995. p.73-87.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Norma Técnica do Programa de Imunização**. São Paulo: De Paula Print Artes Gráficas, 1998.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Indicadores para avaliação da atenção básica** – orientações e metas. São Paulo, 1999.

SEADE. **Pequisa de Condições de Vida**. 1999. Disponível em: <www.seade.gov.>. Acesso em: 10 jun. 2001

SILVA, A. A. M. *et al.* Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro, 1994. **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.2, p.147-156, 1999.

SILVA, L. M. C.; MOTA, E. L. A. Estudo por inquérito domiciliar da cobertura vacinal no Estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Publica**, v. 17, n. 1-4, p.45-79, jan/dez. 1990.

SOBRAL, S. Atuação da enfermeira em campanha de vacinação contra paralisia infantil e o sarampo. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v.31, n.4, p.449-465, 1978.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023:** Informação e documentação – Referências – Elaboração. Rio de Janeiro, ago. 2000.

BILAC, E. D. Sobre domicílios, famílias e mulheres... Uma comparação Nordeste – Sudeste. Relatório final de projeto integrado. Campinas, 1997, 42p. *In:* ALMEIDA, M. A. S. **Família**. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. Botucatu, 2001. 8p. (mimeo)

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **A Criança, a Vacina e o Município.** Todo dia é dia de vacinação. S.l.: CNBB/UNICEF/SBP/OPS/MS/Grupo de Defesa da Saúde da Criança. S.d.

MORAES, J. C. **Manual para inquéritos de cobertura vacinal.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1989. 65p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. **Normas para Publicações da UNESP**. Coordenadoria Geral de Bibliotecas e Editora UNESP. São Paulo: Editora UNESP, 1994. (Dissertações e Teses – Do Trabalho Cientifico ao Livro, 4v., v.4.)

Referências Bibliográficas

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde Pública. **Condições de vida e situação de saúde**. Botucatu, 1996. (mimeo).

_____. Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde Pública. **Proposta de inquérito de cobertura vacinal para o município de Botucatu em 1998.** Botucatu, 1998. (mimeo)

Anexos

ANEXOS

ANEXO A 87
ANEXO B 88
ANEXO C 89
ANEXO D 90
ANEXO E 94
ANEXO F 98
ANEXO G 99
ANEXO H 101

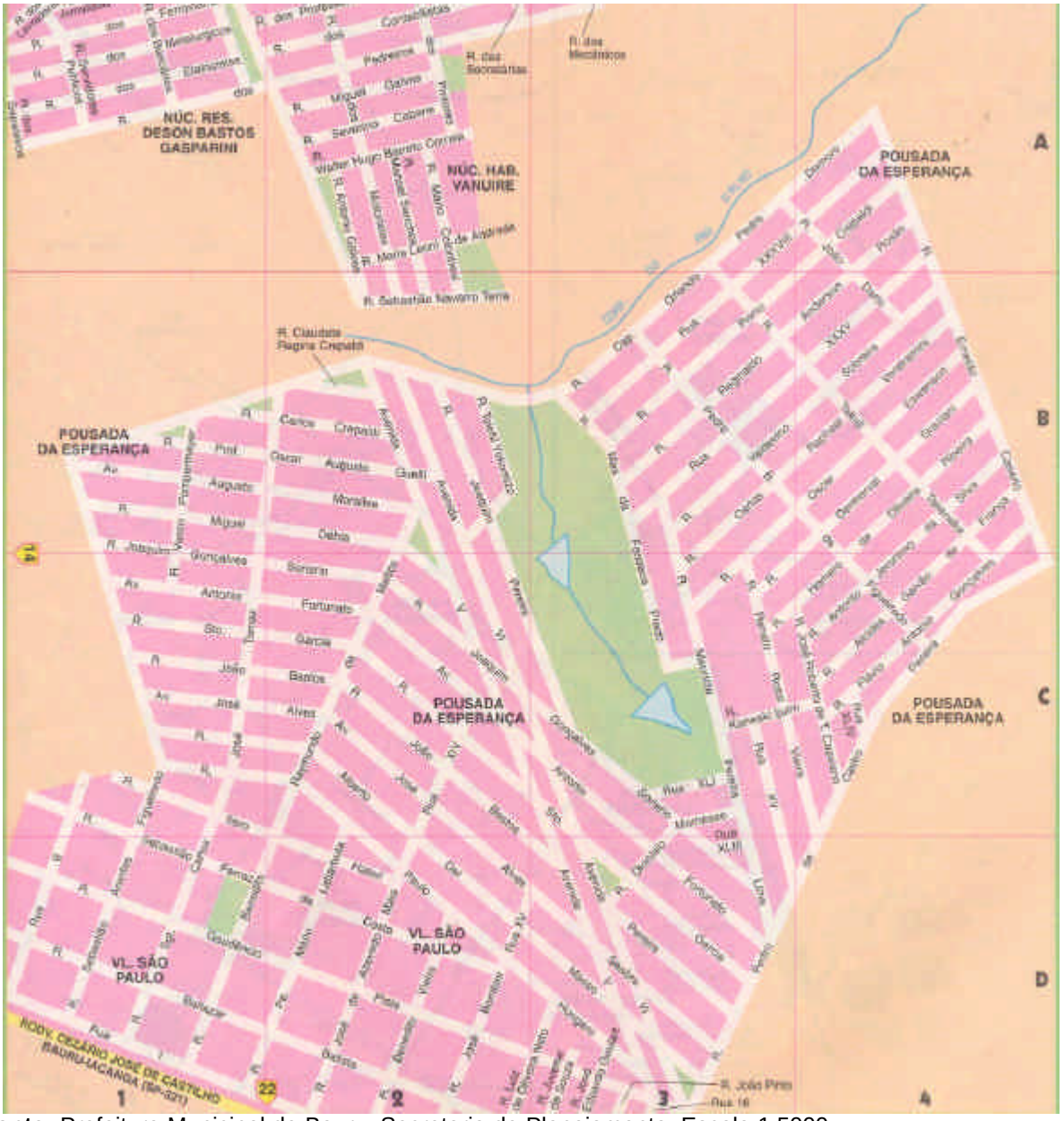
ANEXO A

Mapa geral da cidade de Bauru

Fonte: Prefeitura Municipal de Bauru. Secretaria de Planejamento. Escala 1:5000.

ANEXO B

Mapa do Bairro Pousada da Esperança



Fonte: Prefeitura Municipal de Bauru. Secretaria de Planejamento. Escala 1:5000.

ANEXO C

Ficha de Registro

NOME										DATA DE NASCIMENTO
MÃE OU RESPONSÁVEL										TELEFONE
ENDEREÇO										
BAIRRO					MUNICÍPIO					CEP
DOSES	PÓLIO (VOP)	DPT	HEPATITE B	HEMÓFILO (HIB)	SARAMPO	BCG	DUPLA	FEBRE AMARELA	OUTRAS VACINAS	OUTRAS VACINAS
1ª	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L
2ª	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L
3ª	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	SARAMPO CAXUMBA RUBÉOLA (S.C.R.)	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L
REFORÇO	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L
REFORÇO	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L	/ / L

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

CVE

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

FICHA DE REGISTRO

UNIDADE:	CÓDIGO DA UNIDADE:
MUNICÍPIO:	
REGIONAL:	
DATA DA EMISSÃO DA CADERNETA:	
NOME DO RESPONSÁVEL DA SALA DE VACINA:	CARIMBO DA UNIDADE:
OBSERVAÇÕES:	

ANEXO D

Inquérito

I - IDENTIFICAÇÃO: N.º Data: ____/____/____

CRIANÇA: _____ NOME DA MÃE:_____

R: _____ N.º _____ Bairro: _____ CEP. _____ - ___

Ponto de referência: _____ Responsável: _____

Nome do Entrevistado: _____ Parentesco: _____

II – CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR:

N.º	Nome	Relação de parentesco com a criança	Sexo	Idade	Escolaridade *	Qualificação profissional	Ocupação	Posição na Ocupação	Rendimentos (N.º salários)
1-									
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									

* EF : 1 – 8 (Ensino Fundamental)
EM: 1 – 3 (Ensino Médio)

III – INQUÉRITO VACINAL:

1 - Como está a vacina do seu filho?

EM DIA ☐ ATRASADA ☐ NÃO SEI ☐

2 - Poderia ver a carteira de vacina da criança?

SIM ☐ em dia ( ) NÃO ☐ Por que?_____

atrasada ( ) ( ) vacinou em outra unidade, por quê? _____

(Se a resposta for NÃO, dirigir-se à **pergunta n.º 5**; se a resposta for SIM e a vacina estiver em dia, dirija-se à **pergunta n.º 4,** resposta SIM e a vacina estiver atrasada**, pergunta n.º 3.**)

3 – Por que a vacina está atrasada?

( ) Acha que não está. _____ ( ) Esquecimento

( ) Distância ( ) Trabalho

( ) Internação da criança: _____ ( ) Horário de funcionamento da UBS

( ) Doença da criança: _____ ( ) Internação do responsável _____

( ) Doença do responsável: _____ ( ) Outros: _____

4- Recebeu orientação sobre a data do retorno?

SIM ☐ ( ) Marcou a data de retorno na carteira e orientou.

( ) Marcou a data de retorno na carteira e não orientou.

NÃO ☐ ( ) Não marcou retorno e não orientou.

( ) Não marcou, mas orientou.

5 – Você sabe com que idades a criança deve ser vacinada?

( ) Não sabe ( ) 1 mês ( ) 2 meses ( ) 4 meses

( ) 6 meses ( ) 9 meses ( ) 15 meses ( ) 5 anos .

6 - Você sabe quais as vacinas que a criança recebe na UBS?

SABIN ( ) HEPATITE B ( ) HIB ( )

SARAMPO ( ) DPT ( ) BCG ( )

DUPLA ( ) FEBRE AMARELA ( ) SCR ( )

NÃO SABE ( ) OUTRAS _____

7 - Qual a importância das vacinas para você:

( ) Prevenir doenças ( ) Faz parte do serviço de saúde ( ) Levo para dar vacina, porque todo mundo leva

( ) Tratamento ( ) Outros _____

8 – COMPARATIVO ENTRE A UBS E A CARTEIRA DA CRIANÇA.

QUADRO 1 – DADOS DE VACINAÇÃO QUE CONSTAM NA UBS.

Nome: _____ N.º ☐

QUADRO 2 - DADOS DA CARTEIRA DA CRIANÇA.

Nome: _____ N.º ☐

Dose	Sabin	DPT	Hep. B	Hib	Sarampo	BCG	Febre amarela	Dupla	**Dose**	Sabin	DPT	Hep. B	Hib	Sarampo	BCG	Febre amarela	Dupla
1.ª dose									**1.ª dose**								
2.ª dose									**2.ª dose**								
3.ª dose									**3.ª dose**								
1.º ref.					SCR				**1.º ref.**					SCR			
2.º ref.									**2.º ref.**								

Observações: _____

_____

ANEXO E

MANUAL PARA PREENCHIMENTO DO INQUÉRITO DOMICILIAR

1- Objetivo:

O objetivo do inquérito é conhecer os motivos pelos quais crianças menores de 2 anos de idade, cadastradas na UBS da Vila São Paulo e que residem no bairro Pousada da Esperança I e II, estão faltosas em relação às vacinas do esquema básico e caracterizar as condições sociais de suas famílias.

2- Instruções gerais:

Função do entrevistador: colher informações no domicílio para o qual foi designado, sabendo que de sua correta atuação e da fidedignidade das respostas depende o êxito deste trabalho.

Qualidades: bom senso, cordialidade, rapidez de raciocínio e responsabilidade.

Identificação: deve usar jaleco com crachá de identificação do nome. Deve apresentar-se gentilmente e agradecer ao término da entrevista. Registrar todas as informações que achar importante, mesmo que não constem no inquérito. Não prometer nada ao entrevistado.

Os entrevistadores receberão os inquéritos já com o endereço da criança registrado (nome da rua, número da casa, ponto de referência).

3- Inquérito:

Cada entrevistador receberá o inquérito com o número de identificação da criança, nome da criança e o endereço do domicílio já preenchidos. Cabe ao entrevistador analisar os endereços no mapa do bairro para organizar suas visitas.

Termo de esclarecimento:

a- ler pausadamente ou deixar o entrevistado ler;

b- estando de acordo, datar, assinar e pedir para o entrevistado assinar;

c- caso ele não saiba assinar, colher a assinatura de uma testemunha ou carimbar o polegar.

4- Entrevista domiciliar:

a- Identificação:

- Datar a entrevista;
- Criança: confirmar com o entrevistado o nome completo da criança;
- Responsável: anotar o nome da pessoa que responde legalmente pela criança;
- Anotar o nome da pessoa que está sendo entrevistada e qual é o grau de parentesco com a criança.

b- Caracterização familiar:

Para facilitar o preenchimento do quadro, perguntar quantas pessoas moram no domicílio que compõe o núcleo familiar.

- Quanto ao número: enumerar os moradores da residência por ordem hierárquica dos que residem na casa (pai, mãe, filhos ou enteados – em ordem de idade – e as outras pessoas: tios, sobrinhos avós, empregados, etc.);

- Nome: anotar apenas o primeiro nome seguindo a ordem do item anterior;

- Anotar qual a relação do entrevistado com a criança em questão (pai, mãe, avó, tia), sexo (M para masculino e F para feminino), dos residentes da casa. Registrar a idade em anos completos. No caso de crianças menores de 1 ano, registrar os dias ou meses de vida;

- Escolaridade: anotar o número de anos que a pessoa freqüentou a escola;

- Qualificação profissional: Registrar a qualificação que a pessoa adquiriu com a formação escolar. Ex.: enfermeiro, médico, analista de sistemas, auxiliar de enfermagem, etc.

- Ocupação: saber que tipo de trabalho os ocupantes da residência estão desempenhando no momento. Perguntar: O que faz no seu serviço? Registrar a ocupação de modo mais específico possível. A ocupação se

refere ao tipo de tarefa executada no local de trabalho. Para ser classificada, precisa estar bem caracterizada (ex.: em vez de bancário, especificar: caixa, gerente, digitador.; em vez de lavrador: tratorista, cortador de cana, administrador, etc.)

- Posição na ocupação: Registrar se os moradores da residência são empregados assalariados, autônomos, proprietários empregadores, profissionais liberais, etc.
  - Para as pessoas que estão fora da força de trabalho (estudantes, pensionistas, desempregados, do lar, inválido, menor, etc. – passar um traço);

- Rendimentos: anotar os rendimentos de cada componente da família em número de salários mínimos reais.

5- Inquérito vacinal:

*** As questões seguintes não devem ser lidas pelo entrevistado.***

Pergunta 1 **–** Fazer a pergunta sem sugerir resposta, anotando com um **X** a resposta do entrevistado. Se necessário, consultar o quadro do esquema vacinal que segue.

1 MÊS	BCG e HEPATITE B
2 MESES	DPT, POLIOMELITE, HIB e HEPATITE B*
4 MESES	DPT, HIB e POLIOMELITE
6 MESES	DPT, HIB e POLIOMELITE
9 MESES	SARAMPO e HEPATITE B; FEBRE AMARELA**
15 MESES	DPT, POLIOMELITE e SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA
5 ou 6 ANOS	DPT e POLIOMELITE
15 ANOS ***	DT

Fonte: Norma Técnica do Programa de Imunização, 1998, p. 19.

*O intervalo mínimo entre a primeira e a segunda dose da vacina contra a hepatite B é de 30 dias.
**Nas regiões onde houver indicação, de acordo com a situação epidemiológica. Reforço a cada dez anos.
***Reforço a cada dez anos, por toda a vida. Em caso de gravidez e na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimentos, deve-se reduzir este intervalo para cinco anos.

Pergunta 2 – Para a resposta Sim, analisar a carteira e marcar com um X se “em dia” ou “atrasada”. A vacina estando em dia, dirija-se à pergunta número 4. Se

estiver atrasada, prossiga com a pergunta 3. Para a resposta Não, pergunte o motivo e se dirija a pergunta número 5.

Pergunta 3 – Poderá haver mais de uma resposta. Assinalar, procurando ser claro nas respostas que exigem complementos.

Pergunta 4 – Ao realizar a pergunta número 4, ser claro quanto ao retorno à sala de vacina e não à UBS. O objetivo dessa questão é saber se houve orientação verbal ao responsável pela criança quanto ao retorno à sala de vacina.

Pergunta 5 e 6 – Agir com discrição para que o entrevistado não leia as respostas e copie o que haveria de ser respondido. Deixar o entrevistado falar sobre as vacinas; assinale o que for coerente. Caso ele responda que é uma vacina contra meningite e não fale o nome da vacina, considerar a resposta.

Pergunta 7 – Procurar saber do entrevistado se ele, realmente, sabe por qual motivo a criança recebe as vacinas e qual sua importância. Não sugerir respostas, porém, pode-se adequar as respostas. Ex. O entrevistado diz: Para não ficar doente. Pode assinalar “prevenir doenças”.

Pergunta 8 – O entrevistador receberá o inquérito com o quadro das vacinas que constam na ficha de registro da UBS. Deverá anotar as vacinas que estão na carteira da criança no quadro 2.

ANEXO F

TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E CONSENTIDO.

O objetivo deste trabalho é conhecer as características assistenciais e sociofamiliares que possam estar relacionadas com a falta à vacinação e o motivo do atraso no esquema básico de imunização das crianças menores de 6 anos de idade.

As respostas fornecidas neste questionário têm a finalidade de levantar essas informações. Para isso, é necessária sua permissão e colaboração com respostas exatas. A decisão de participar do questionário é sua e será totalmente respeitada. Esclarecemos que as informações serão mantidas em sigilo, utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa, não acarretando prejuízo à criança e ao Serviço de Saúde, se a decisão for a não participação.

Declaro estar ciente dessas informações e, de livre e espontânea vontade, consinto em responder a este questionário, autorizando o uso das informações nele contidas para a pesquisa e posterior publicação dos resultados.

Bauru, ____/____/____.

De acordo,

_____ _____

Entrevistado Entrevistador

ANEXO G

OFÍCIO PARA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Bauru, 07 de fevereiro de 2001.

A/C Drª. Eliane Fetter Telles Nunes
Secretária Municipal de Saúde de Bauru.

Como trabalho de Mestrado do Programa de Pós Graduação de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp, estou estudando as Características Assistenciais e Sociofamiliares das crianças menores de 2 anos, residentes na Pousada de Esperança I e II, cadastradas na UBS da Vila São Paulo que estão faltosas à vacinação.

Das 79 residências visitadas, 32 não foram encontradas por motivos de mudança, talvez devido ao problema social por que passam aquelas famílias. Porém, encontrar essas crianças e conhecer sua situação vacinal seria muito importante. Suponho que essas crianças tenham sido vacinadas nas UBSs dos bairros para onde suas famílias mudaram-se.

Pensando em racionalizar a localização dessas 32 crianças e devido ao grande número de Unidades Básicas de Saúde existentes em Bauru, venho pedir a colaboração de V.S. no sentido de encaminhar às Unidades Básicas de Saúde a lista anexa de nomes das crianças para serem procurados no fichário da sala de vacina.

Na expectativa de ser atendida e de que este estudo repercuta favoravelmente no conhecimento da real cobertura vacinal do Município, desde já agradeço,

Atenciosamente,

Márcia Ap. Nuevo Gatti

Ao Pronto Socorro Bela Vista.

Nome da Criança	**NOME DA MÃE**	DN	UBS	Endereço Atual da Criança
1.		13/06/99		
2.		23/03/00		
3.		19/06/00		
4.		06/12/98		
5.		30/09/99		
6.		04/03/99		
7.		02/12/98		
8.		04/11/98		
9.		04/11/99		
10.		26/08/99		
11.		10/06/00		
12.		15/04/00		
13.		5/06/00		
14.		18/04/00		
15.		11/06/99		
16.		18/11/98		
17.		9/04/00		
18.		21/04/99		
19.		22/11/99		
20.		15/10/99		
21.		16/04/00		
22.		25/11/99		
23.		18/10/99		
24.		10/01/00		
25.		18/08/99		
26.		08/12/98		
27.		10/03/00		
28.		7/04/00		
29.		04/12/99		
30.		30/04/99		
31.				
32.				

Anexo H

CLASSIFICAÇÃO DE OCUPAÇÃO E POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO DE CHEFES E MÃES.

Sexo	Ocupação	Código	Posição na Ocupação	Código
M	Agricultor		Autônomo	
M	Ajudante geral		Empregado	
F	Auxiliar de Enfermagem		Empregada	
F	Auxiliar de Enfermagem		Desempregada	
M	Balanceiro		Empregado	
F	Balconista		Empregada	
F	Caixa de Supermercado		Empregada	
M	Coletor de lixo		Empregado	
F	Comerciante		Proprietária	
M	Digitador		Empregado	
F	Do lar		----------	
F	Do lar		Licença gestante	
F	Doméstica		Empregada	
F	Doméstica		Diarista	
F	Doméstica		Desempregada	
M	Eletricista		Empregado	
F	Faxineira		Diarista	
F	Faxineira		Empregada	
F	Manicure		Autônoma	
M	Mecânico		Autônomo	
M	Metalúrgico		Encostado pelo INSS	
F	Montadora de jóias - bijuterias		Empregada	
M	Motorista		Empregado	
M	Operador de guincho		Empregado	
M	Operador de Máquinas		Empregado	
M	Pedreiro		Empregado	
M	Pedreiro		Autônomo	
M	Pedreiro		Desempregado	
F	Pensionista		Pensionista	
M	Pintor		Autônomo	
M	Pintor de Cartazes		Empregado	
M	Porteiro		Empregado	
M	Servente de Pedreiro		Empregado	
M	Serviços Gerais		Empregado	
M	Vigia		Empregado	
M	Vigia Noturno		Empregado	

Summary

SUMMARY

APPREHENSION ON VACCINES AND LIVING CONDITIONS

The present study is from 79 children under 6 years of age living on the outskirts of Bauru and surveyed at Unidade Básica de Saúde da Vila São Paulo, who were absent on the vaccine room survey. Aiming to identify social characteristics, vaccines knowledge degree, actual vaccinal situation and referred reasons that could be related to immunization scheme delay, a home inquest was done with the absent ones. In general, 47 children were found, and the absences were explained concerning the great family mobility due to social precariousness. It is a question of a great number of individuals in the family, connubial type, whose responsible individuals have low educational level and are unemployed or in manual unqualified activities. Ninety-eight per cent of families are poor with incomes lesser than 0.25 SMNpc. A good apprehension of vaccine relevance in general and the ones part of vaccinal calendar was found. Among delay reasons are the following: inattention, child disease. UBS working time and distance from their homes. One observed at the end that 64% of children referred to as absents by UBS were updated concerning vaccine calendars. One concluded that emphasis on educational work should include all vaccines from the calendar as well as the need to adopt an active practice of searching the absent ones, while health service is not offered for everyone and the service is connected to a data system.

Key words: absents to vaccination, immunization, vaccinal coverage, absents, living conditions and health