

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA
E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
ÁREA DE SAÚDE E SERVIÇOS
TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

**CONHECENDO OS MOTIVOS DA NÃO ADESÃO DOS IDOSOS A CAMPANHA
DE VACINAÇÃO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORDESTE DE SANTA CATARINA**

**CAMILA MARCIA PHILIPPE DOS SANTOS
DANIELA DOS SANTOS
EMILIA DO CARMO SCHMIDT**

JOINVILLE, 201

**CAMILA MARCIA PHILIPPE DOS SANTOS
DANIELA DOS SANTOS
EMILIA DO CARMO SCHMIDT**

**CONHECENDO OS MOTIVOS DA NÃO ADESÃO DOS IDOSOS A CAMPANHA DE
VACINAÇÃO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORDESTE DE SANTA CATARINA.**

JOINVILLE, 2016

**CAMILA MARCIA PHILIPPE DOS SANTOS
DANIELA DOS SANTOS
EMILIA DO CARMO SCHMIDT**

**CONHECENDO OS MOTIVOS DA NÃO ADESÃO DOS IDOSOS A CAMPANHA
DE VACINAÇÃO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORDESTE DE SANTA CATARINA.**

Trabalho submetido ao Instituto Federal de
Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina
como requisito para conclusão do curso Técnico de
Enfermagem

Professor Orientador: Josiane Steil Siewert

JOINVILLE, 2016

RESUMO

Justificativa/objetivos: A meta da campanha de vacinação contra a influenza era atingir 80% da população alvo até abril de 2014. No entanto, até o mês de maio apenas 69,2% foram vacinados, sendo necessário estender o período de vacinação. Desta forma, este trabalho foi desenvolvido com o objetivo de conhecer os motivos da não adesão dos idosos a campanha de vacinação do vírus da influenza. **Método:** Foi realizada pesquisa exploratória, com 381 idosos das nove regionais de saúde do município, nos meses de abril a junho de 2015. A amostra foi calculada para ser representativa entre as regionais e grupo populacional pesquisado. A coleta de dados foi feita através de questionário semi-aberto. **Resultados:** Dentre os participantes da pesquisa 85% relataram ter tomado a vacina. Entre os 56 idosos que não se vacinaram, os principais motivos foram medo de reação a vacina (19), acreditar que a vacina é desnecessária, pois a gripe é uma doença comum (13) e não querer tomar a vacina (9). Para aumentar a adesão a campanha os entrevistados relataram que é necessário melhorar o esclarecimento da população sobre os efeitos da vacina (26%), ampliar a divulgação das datas e locais para a vacinação (25%), ampliar o atendimento nas unidades de saúde (20%) e 20% relataram que não há nada a ser melhorado. **Conclusões:** Percebe-se a necessidade de aprimorar o conhecimento da população acerca dos benefícios da vacinação, da diferença entre a gripe comum e a influenza e melhorar o acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Imunização, Saúde Pública, Enfermagem.

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição faixa etária De Joinvile.....	19
Gráfico 2 – Distribuição faixa etária dos idosos pesquisados	20
Gráfico 3 – Total de vacinados x Não se vacinaram	20
Gráfico 4 – Por que você não se vacinou?	22
Gráfico 5 – Porcentagem de idosos que se vacinaram por regional.....	23
Gráfico 6 – Idosos vacinados e grau de escolaridade.....	24
Gráfico 7 – Divulgação da campanha	25
Gráfico 8 – Como você ficou sabendo da campanha de vacinação?.....	25
Gráfico 9 – Divulgação da campanha pelos Agentes Comunitários de Saúde.....	26
Gráfico 10 – O que poderia ser feito para melhorar a campanha nos próximos anos?	27

TABELAS

Tabela 1 – Regionais de Saúde e Unidades Básicas e PSFs de sua abrangência	16
Tabela 2 – Regional de Saúde e numero de idosos que foram entrevistados.....	17
Tabela 3 – Numero de entrevistados por Regional de Saúde.....	19
Tabela 4 – Total de vacinados em Joinville junho/2015.....	21
Tabela 5 – População x Gêneros.....	21
Tabela 6 - Faixa etária de vacinados x não vacinados.....	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Justificativa.....	8
1.2 Definição do problema.....	9
1.3 Objetivo Geral.....	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 Vacinas.....	10
2.2 Vacina da influenza e H1N1.....	11
2.3 Campanhas da Vacinação.....	12
3 METODOLOGIA	15
3.1 Tipo de pesquisa.....	15
3.2 Participantes da pesquisa.....	15
3.3 Local da pesquisa.....	16
3.4 Coleta de dados.....	17
3.5 Análise dos dados.....	18
3.6 Questões Éticas.....	18
4. RESULTADOS	19
4.1. Entrevistas por regional.....	19
CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30
ANEXOS	32
Apêndice I.....	34
Apêndice II.....	36

1 INTRODUÇÃO

A história da vacinação começou há mais de mil anos. No início do séc. XX foram desenvolvidas vacinas contra doenças infecciosas como a tuberculose, a difteria, o tétano e a febre amarela. Após a 2ª Guerra Mundial, desenvolveram-se vacinas contra a poliomielite, o sarampo, a papeira e a rubéola.

Um dos maiores sucessos das campanhas de vacinação foi a eliminação da varíola, declarada como erradicada em todo o mundo pela OMS em 1976. A medida em que as doenças mais graves foram desaparecendo por causa das vacinas, as pessoas deixaram de tomar, pois achavam que não precisavam mais se proteger contra essas doenças infecciosas e se tornaram menos vigilantes.

Hoje em dia existem mais de 50 vacinas pelo mundo. Várias campanhas de vacinação foram lançadas em diversas partes do mundo permitindo a proteção contra doenças infecciosas que, em tempos, mataram milhões de pessoas. A importância dessas campanhas é a redução da mortalidade e morbidade relacionadas à doença e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida da população. (SANOFI PAUSTER MSD, 2014)

O motivo que leva algumas pessoas a não tomar a vacina é o medo. Elas relatam o medo da agulha e da dor que poderá sentir na hora da injeção, assim como existem pessoas com medo do escuro, de altura, de bichos, tem as pessoas com o medo de injeções. O medo é um sentimento natural dos seres humanos. Algumas pessoas deixam de tomar a vacina porque se consideram fortes e que tem a saúde ótima sendo assim não precisam se prevenir, outras por outro lado acham que só precisam tomar a vacina quando realmente estão com algum sintoma da doença. Existem alguns que relatam que após tomarem vacina ficam com certo mal estar, indispostas e algumas acabam ficando até mesmo gripada. Devido a esses fatores elas evitam tomar a vacina. (GOMES et al, 2012).

A meta de vacinação contra a gripe do ano de 2014 no Município de Joinville era atingir 131.086 pessoas. Em 21 de maio de 2014 segundo os dados pelas Unidades de Saúde e Regionais foram vacinadas 90.662 pessoas entre crianças de 6 meses até 5 anos, gestantes, puérperas, idosos, trabalhadores na área da saúde e doentes crônicos, alcançando até essa data 69,2 % da meta de 2014.

São vários os motivos para certas pessoas não se vacinarem, muitos acreditam que a vacina no lugar de oferecer proteção, oferece riscos, sendo assim trazendo dificuldades para a execução das campanhas. Esse estudo tem como objetivo de identificar os motivos da não adesão do público alvo a campanha de vacinação do vírus influenza e H1N1 em um município da região nordeste de Santa Catarina.

1.1 Justificativa

Como futuros profissionais da saúde, os alunos do curso técnico em enfermagem tem presenciado a dificuldade que o setor de imunização tem encontrado, para atingir a meta de 80% de vacinação da população alvo.

A campanha foi organizada para atingir a meta até o dia 09 de abril de 2014. Porém, até o dia 06 de abril de 2014, apenas 39,6% da meta, sendo que os idosos foram a população que mais participou. (PJ NOTÍCIAS, 2014). A campanha foi estendida até o dia 30 de maio, no entanto, até o dia 09 de julho a meta não havia sido atingida. (ANOTICIA, 2014)

A enfermagem é uma profissão que atua de diversas formas, em especial de forma preventiva, pois quando a doença se instala onera os gastos públicos, tendo em vista que a família quando tem um doente, passa por um período de stress muito grande levando aos demais membros a desenvolverem estados doentios.

Desta forma, este trabalho tem como principal objetivo conhecer os motivos que dificultam a adesão da população a campanha de vacinação, e com os dados obtidos, promover formas de aumentar esta adesão já no início da campanha.

1.2 Definição do problema

A dificuldade encontrada pela Secretaria de Saúde do município em atingir a meta de vacinar 80% dos idosos, acima de sessenta anos, meta esta preconizada pelo Ministério da Saúde.

1.3 Objetivo Geral

Identificar os motivos da não adesão dos idosos a campanha de vacinação do vírus influenza e H1N1 em um município da região nordeste de Santa Catarina.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Um dos maiores sucessos das campanhas de vacinação foi a eliminação da varíola, declarada como erradicada em todo o mundo pela OMS em 1976.

No entanto, à medida que as doenças infecciosas mais graves praticamente *desapareceram*, as pessoas *deixaram de as temer e tornaram-se menos vigilantes*.

Um dos grandes marcos no Brasil sobre vacinação em massa, iniciou com o médico e microbiologista Albert Sabin que ficou famoso por desenvolver a vacina oral contra a poliomielite. Sabin foi quem convenceu o governo brasileiro, em 1980, a adotar a vacinação de toda a população infantil em apenas um dia, começando no Brasil o chamado dia "D". Desde então esteve várias vezes no Brasil para participar da campanha de combate à doença. Naquela época de 2 mil a 3 mil crianças brasileiras contraíam poliomielite todos os anos. Após os primeiros anos de vacinação em massa as notificações tiveram uma redução drástica e caíram para 45 casos. A doença era fatal e causava lesões em um terço das pessoas atingidas. Antes da descoberta da vacina em 1960, anualmente no Brasil, 6 mil pessoas morriam ou eram condenados a andar de muletas ou de cadeira de rodas.

O médico abriu mão dos direitos de patente da vacina contra a pólio, para permitir que crianças de todo o mundo fossem imunizadas. Pelos esforços para erradicação da pólio o cientista recebeu do governo brasileiro, em 1967, a Grã-Cruz do Mérito Nacional. Antes de trabalhar na vacina da pólio, Sabin chegou a isolar o vírus da dengue, além de deixar importantes estudos sobre a toxoplasmose, câncer e a encefalite japonesa.

Uma das mais antigas vacinas ainda hoje é utilizada em todo o Brasil para a prevenção de formas sistêmicas e graves da Tuberculose (Meningite tuberculosa, Tuberculose miliar, etc.), com eficácia de quase 100%.

Para a vacinação ser bem sucedida é necessário haver uma mobilização concertada de vários intervenientes: Autoridades, profissionais de saúde, políticos e sociedade. Ou seja, a mobilização de todos!

Em 1804 chega ao Brasil a primeira vacina, por iniciativa do Barão de Barcelona que enviou escravos a Lisboa para serem imunizados contra a varíola. Os escravos retornaram e a vacinação continuou de braço em braço.

Em 1992, o Instituto Vacino Lógico fundado pelo próprio Barão Pedro Afonso foi transferido para o Instituto Oswaldo Cruz, porém o episódio histórico mais marcante ocorreu no Brasil envolvendo varíola, se deu no ano de 1904 com a revolta da vacina. Indignamente com a lei proposta por Oswaldo Cruz que tornava obrigatório a vacinação contra a varíola e estimulada pela imprensa a população promoveu cenas de vandalismo pela cidade do Rio de Janeiro que provocaram estado de sítio e uma rebelião que quase derrubou o então presidente Rodrigues Alves.

2.1 Vacinas

No século XVIII, Edward Jenner descobriu a vacina antivariólica, a primeira de que se tem registro. Ele fez uma experiência comprovando que, ao inocular uma secreção de alguém com a doença em outra pessoa saudável, esta desenvolvia sintomas muito mais brandos e tornava-se imune à patologia em si, ou seja, ficava protegida. Jenner desenvolveu a vacina a partir de outra doença, a cowpox (tipo de varíola que acometia as vacas), pois percebeu que as pessoas que ordenhavam as vacas adquiriam imunidade à varíola humana. Conseqüentemente, a palavra vacina, que em latim significa "de vaca", por analogia, passou a designar todo o inóculo que tem capacidade de produzir anticorpos. Mas foi só em 1796, que o médico inglês, estabeleceu as primeiras bases científicas.

Esta era a única vacina até chegar Louis Pasteur, 90 anos depois, já no final do século XIX. Pasteur foi o primeiro a compreender o papel dos microrganismos na transmissão das infecções. Usou processos variados para atenuar a virulência, isto é, reduzir a infecciosidade dos microrganismos que utilizava para inocular os animais das suas experiências iniciais. Assim, ao provocar uma doença de forma muito atenuada, Pasteur ajudava o animal a defender-se das formas graves dessa doença.

Uma primeira vacina contra a raiva foi testada por Pasteur em 1885, num rapaz mordido por um cão. Foi a primeira pessoa a sobreviver à doença!

A vacinação é uma das medidas mais importantes de prevenção contra doenças. É melhor e mais fácil prevenir uma doença do que tratá-la, e é isso que as vacinas fazem, elas protegem o corpo humano contra os vírus e bactérias que provocam vários tipos de doenças graves, que podem afetar seriamente a saúde. A vacinação não apenas protege aqueles que recebem a vacina, mas também ajuda a comunidade como um todo, quanto mais pessoas de uma comunidade ficarem protegidas, menor é a chance de qualquer uma delas – vacinada ou não – ser contaminada.

No início do séc. XX, foram desenvolvidas vacinas contra doenças infecciosas como a tuberculose, a difteria, o tétano e a febre amarela. Após a 2ª Guerra Mundial, desenvolveram-se vacinas contra a poliomielite, o sarampo, a papeira e a rubéola.

2.2 Vacina da influenza e H1N1

A pandemia de gripe de 2009, inicialmente designada como gripe suína e em abril de 2009 como gripe A, foi um surto global de uma variante de gripe suína cujos primeiros casos ocorreram no México em meados do mês de março de 2009. Veio a espalhar-se pelo mundo, tendo começado pela América do Norte, atingindo em pouco tempo depois a Europa e a Oceania. O vírus foi identificado como uma nova cepa do já conhecido Influenza A subtipo H1N1, o mesmo vírus responsável pelo maior número de casos de gripe entre humanos, o que tornou possível também a designação nova gripe A, em oposição à gripe A comum. Ele contém ADN típico de vírus aviários, suínos e humanos, incluindo elementos dos vírus suínos europeus e asiáticos. Os sintomas da doença são o aparecimento repentino de febre, tosse, dor de cabeça intensa, dores musculares e nas articulações, irritação nos olhos e fluxo nasal.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em 25 de Abril de 2009 que a epidemia é um caso de "emergência na saúde pública internacional", passando rapidamente do nível 1 ao nível 6, sendo designada como uma pandemia, visto existir em mais de 75 países e em vários continentes.

Em 10 de agosto de 2010, a diretora-geral do organismo da Organização Mundial da Saúde, Margaret Chan, anunciou o fim da pandemia de gripe A (H1N1). "O mundo não está mais na fase seis de alerta pandémico. Passamos para a fase pós-pandémica", disse a diretora-geral do organismo. Segundo as últimas estatísticas da OMS, o vírus causou a morte de mais de 18 mil pessoas desde o seu aparecimento, em abril de 2009, mais de uma em cada cinco pessoas foram infectadas com o vírus H1N1 durante a pandemia gripal, o que confirma que o vírus é altamente contagioso.

O procedimento de produção de vacinas de Influenza segue quase o mesmo desde a década de 1950, com o uso de ovos embrionados. Para produzir o vírus que será inoculado nas pessoas, é necessário um ambiente estéril e favorável ao Influenza. O ovo oferece ambos. Como o embrião ainda não tem o sistema imune desenvolvido, não há resposta contra o vírus, e seus tecidos e sua casca garantem que o interior é isolado e só contém células do pinto.

Em teoria, parece algo bem simples. Agora imagine que, além de precisar lidar com centenas de milhares de ovos dentro de um ambiente controlado e não contaminado, é necessário utilizar os ovos no período certo. Ovos muito novos não possuem a cavidade alantóide – local onde o vírus crescerá – bem formada, e ovos muito velhos já têm o embrião muito desenvolvido e conseqüente imunidade. Por causa disso, os ovos não podem ser simplesmente estocados, eles precisam ser trazidos continuamente na fase certa, entre 7 e 19 dias, serem abertos para o vírus ser inoculado, fechados e incubados pelo período certo.

Tais detalhes fazem com que a produção seja um processo lento e custoso, difícil de escalar para uma produção maior e com uma grande inércia. Se o vírus errado for inoculado, pode ser tarde demais para recomeçar. Após as primeiras doses serem produzidas, começam os testes para verificar se a vacina será eficaz.

Sua fórmula é readequada anualmente em decorrência das mutações genéticas que ocorrem no Vírus da Influenza em todo o mundo. É constituída de fragmentos virais, portanto não causa a Gripe em qualquer pessoa. Pode ser aplicada a partir de 6 meses de vida. É recomendada anualmente, preferencialmente nos meses que antecedem o inverno. (BVS, 2009)

Onde foi parar o vírus de 1918, e de onde vieram os vírus atuais?

A pandemia que assustou o mundo em 2009 tem perguntas sobre a relação entre este H1N1 e o H1N1 de 1918, o causador da gripe espanhola.

[Autor des1] Comentário: Retirar esses links. Todo o trabalho deve estar com as letras em preto.

E ainda, qual a diferença dele para outros vírus como o H2N2 e o corriqueiro H3N2? Eles são muito mais íntimos do que você imagina.

O Influenza A tem o seu material genético organizado em pedaços. São 8 genes, em 8 fragmentos de RNA, que produzem 11 proteínas. Tudo o que ele precisa para invadir uma célula, dominar a maquinaria celular para produzir cópias suas e partir para a próxima. Sua patogenia, os sintomas e a virulência, são diretamente dependentes destes genes e da combinação entre diferentes linhagens deles, que vêm e vão através do rearranjo, a mistura dos genes de vírus diferentes que infectam uma mesma célula.

O primeiro registro certo e confiável que temos do H1N1 é o isolado de 1918, de corpos preservados no gelo do Alaska e em amostras de tecido em formol. Sabemos agora que ele já circulava em humanos desde pelo menos 1907, e que o vírus suíno detectado em 1931 que se imaginava ter se originado do vírus da gripe espanhola circulava paralelamente a ele, e uma origem comum.

Embora a chamada gripe espanhola tenha acabado em 1919, o vírus não sumiu. Ele se tornou a linhagem predominante em humanos, e continuou circulando e mudando durante os próximos 38 anos. Mudou o suficiente para escapar do sistema imune dos hospedeiros, mas não o suficiente para causar grandes estragos como antes.

Mas algo ocorreu em 1957. Neste ano, o H1N1 que havia mudado entre 3 e 6 anos antes explodiu. Ele adquiriu 3 de seus 8 genes de um vírus aviário, Hemaglutinina, Neuraminidase e um dos integrantes da polimerase viral – enzima que faz a cópia do seu material genético – o PB1. Com isso, o recém formado H2N2, que ainda carregava grande parte do H1N1 mas escapava do sistema imune das pessoas, infectou milhões no mundo todo, causando a chamada Gripe Asiática. O H2N2 substituiu completamente o H1N1 e seria o vírus dominante pelos próximos 11 anos.

Em 1968, mais um evento marcante na história do Influenza. O vírus havia recebido dois novos genes, a Hemaglutinina e PB1 novamente, em 1966 [2]. Agora ele explodia na Gripe de Hong Kong como H3N2. Ainda carregava genes do H1N1 de 1918 e a Neuraminidase 2, mas sua nova Hemaglutinina garantiu mais uma vez o passe pelo sistema imune e a consequente pandemia. Embora os genes compartilhados devam ter contribuído para alguma imunidade de fundo, suficiente para a pandemia de 1968 ser menos severa do que a de 1957.

Agora, em 1977, um novo incidente. E desta vez, inédito. O H1N1 voltou a circular, causando a pandemia da Gripe Russa. Mas não precisou adquirir nenhum gene novo para isso. A linhagem de 1977 era idêntica ao H1N1 de 1951. Em algum teste de vacinas, provavelmente na União Soviética ou no Leste Asiático, o vírus H1N1 vazou do laboratório. Os 26 anos até então foram suficientes para uma geração toda sem imunidade. – Aviso aos conspiracionistas de plantão: quando um vírus vaza de um laboratório, como nesse caso, isso fica bem evidente pela grande semelhança com a linhagem original. E não é o caso da gripe atual.

O H1N1 de 1951 reintroduzido em 1977 e o H3N2 de 1968 circulam até hoje, e talvez coexistam porque temos uma população grande o suficiente para manter a transmissão de ambos. Foi esse H3N2 e duas linhagens suínas de H1N1, uma delas derivada diretamente do vírus suíno de 1918, que deram origem ao novo H1N1, causador da gripe suína de 2009 (INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS, 2014).

2.3 Campanhas da Vacinação

Atualmente existem mais de 50 vacinas em todo o mundo. As várias campanhas de vacinação lançadas em diversas zonas do mundo permitiram a proteção contra doenças infecciosas que, em algumas épocas, mataram milhões de pessoas.

A vacina mais recentemente incluída no calendário de vacinação, é a contra o HPV, é composta de partes do HPV – o Vírus do Papiloma Humano - responsável por 70% dos casos de Câncer de Colo Uterino e Verrugas Genitais. Recomenda-se o uso em mulheres de idade entre 9 e 26 anos, de preferência naquelas que ainda não mantiveram relações sexuais. Ainda não existem estudos que justifiquem o seu uso em homem. O esquema de vacinação consiste em 3 doses.

Mas uma doença ainda intriga os pesquisadores e cientistas de todo o mundo, a Aids, apesar de ter sofrido um impacto importante com o aparecimento dos medicamentos específicos con-

tra o vírus HIV, ainda não conseguiram desenvolver uma vacina que proteja a pessoa não infectada contra este vírus.

No Brasil, pode-se dizer que o conceito de campanhas de vacinação surgiu com a criação do (PNI) Programa Nacional de Imunizações em setembro de 1973 e institucionalizado pelo decreto nº 78.231 de 12 de agosto de 1976.

A utilização de imunobiológicos antes do PNI, era destinada apenas a doenças específicas, como por exemplo, a febre amarela ou a varíola. Com a criação do programa, mais vacinas foram introduzidas e a vacinação foi incorporada na rotina dos serviços de saúde ampliando sua cobertura.

No Brasil, o SUS não possui exatamente uma hierarquia, mas sim um conjunto de competências para administrar todas as suas atividades. Dentre essas competências destacam-se:

Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS, que tem como principais ações os programas nacionais à dengue, à malária e outras doenças transmitidas por vetores.

Programa Nacional de Imunização, a prevenção e controle de doenças imunopreveníveis, como o sarampo, o controle de zoonoses; e a vigilância de doenças emergentes.

Responsabilidades na esfera nacional:

Na esfera nacional, o PNI integra a estrutura da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), instituída pelo Decreto nº 4.726, de 9 de Junho de 2003. Esta Secretaria, por intermédio do Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), ao qual está vinculada a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) tem por competência coordenar a gestão do Programa com atribuições relativas à:

- proposição do esquema básico de vacinas de caráter obrigatório;
- coordenação da investigação de eventos adversos temporalmente associados à vacinação;
- normatização, coordenação e supervisão da utilização de imunobiológicos; assessoria técnica e cooperação a estados, municípios e ao Distrito Federal em imunizações.

Responsabilidades na esfera estadual:

o provimento de seringas e agulhas, também considerado como insumos estratégicos; a gestão do SI-PNI, incluindo a consolidação dos dados, o envio ao nível federal dentro dos prazos estabelecidos, a análise dos dados e a retroalimentação das informações;

a coordenação do componente estadual do Programa.

Além dessas atribuições específicas, a Portaria estabelece ainda para a União, os Estados e o Distrito Federal a atuação complementar ou suplementar, a cooperação técnica e a capacitação. Um aspecto importante que também consta do documento é a suspensão do repasse dos recursos do Teto Financeiro da Vigilância em Saúde (TFVS), transferidos via Fundo Nacional de Saúde (FNS), como penalidade para estados e municípios que não enviam os dados do SI-API (Sistema de Informação-Avaliação do Programa de Imunizações), conforme pactuado nas três esferas de gestão.

Responsabilidades na esfera municipal:

A vacinação, ao lado das demais ações caracterizadas como de vigilância epidemiológica, vem, ao longo do tempo, perdendo o caráter verticalista do início do Programa e se incorporando ao conjunto de ações da atenção primária em saúde, sendo, portanto, realizada no contexto global da oferta de serviços de saúde, como atribuição de uma equipe de saúde. As campanhas, intensificações e operações de bloqueio – atividades extramuros – são tratadas também como responsabilidade dessa equipe, recebendo o reforço dos níveis distrital, regional e estadual e, muito eventualmente, da esfera federal.

Para isso, o fortalecimento da gestão municipal no âmbito da vigilância em saúde vem sendo fundamental, especialmente a partir de 1999 quando foram definidas formalmente as responsabilidades dos gestores do SUS em relação a essas ações. O principal produto desse processo foi a certificação dos 5.567 municípios brasileiros e do Distrito Federal, representando em relação ao PNI, a responsabilização pela oferta da vacinação à população, recebendo vacinas e recursos financeiros da esfera federal. Esses recursos são transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Estadual de Saúde (FES) e para o Fundo Municipal de Saúde (FMS).

Para os municípios a Portaria nº 3.252 aponta, no tocante ao PNI, as seguintes atribuições:

coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacina-

ções de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

gestão e/ou gerência do SI-PNI, incluindo a coleta e consolidação dos dados provenientes das unidades, o envio ao nível estadual dentro dos prazos estabelecidos, a análise e a retroalimentação dos dados.

Pensar o PNI a partir do planejamento e programação local é uma necessidade, considerando que é neste lócus que está o público alvo e é aí que este serviço, ao lado de outros, é ofertado, com qualidade e oportunidade, exigindo pessoal capacitado, infra-estrutura e insumos.

EVOLUÇÃO DA VISÃO DA POPULAÇÃO

Em meados de 1908, uma epidemia de varíola leva milhares de pessoas a procurar pela imunização, demonstrando a todos a importância da vacinação para o combate a este tipo de doença uma vez que a febre amarela foi erradicada de forma semelhante.

De lá para cá, as campanhas de vacinação apenas ganharam força com destaque para o trabalho bem sucedido de Oswaldo Cruz, primeiramente a frente da diretoria geral de saúde pública e mais tarde através do Instituto Manguinhos que passou a se chamar Instituto Oswaldo Cruz.

Ao passar dos anos observou-se o aumento do número de vacinas e conseqüentemente a quantidade de campanhas com crescente adesão da população brasileira.

Pelo fato de não ser possível a aquisição de número suficiente de vacinas para imunizar toda a população, o Ministério da Saúde, assessorado por especialistas de diversas áreas, selecionou os grupos de maior risco para serem vacinados, baseado em dados da doença em 2009 no Brasil e no mundo, incluindo a partir deste ano no calendário de vacinação.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Foi realizada uma pesquisa exploratória “visa tornar explícito o problema, construir hipóteses a serem pesquisadas ou conhecer os fatos e fenômenos relacionados ao tema. (CANZONIERI, 2010), que tem o objetivo de realizar um estudo preliminar dos motivos que levaram a população alvo a não procurar as Unidades Básicas de referência, no primeiro período da campanha de vacinação no ano de 2014.

Para Maria Helena Michel citado por (GIL, 1993, pág 45), as pesquisas exploratórias visam “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torna-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições”.

E importante destacar que essa é uma parte de uma pesquisa maior, realizada no município de Joinville, com todos os grupos de população-alvo para a vacinação da gripe, no entanto neste trabalho serão apresentados apenas os resultados referentes a população idosa.

[Autor des2] Comentário: Alterações que eu fiz no texto. Manter.

3.2 Participantes da pesquisa

O município apresentou no ano de 2014 uma população idosa em torno 46.375 habitantes, mas como em todo o mundo vem crescendo vertiginosamente, tem como meta atingir no mínimo 80% deste total.

Determinação do Tamanho da Amostra

Para determinar o tamanho das amostras que foram analisadas na pesquisa levou-se em conta um método baseado na estimativa da proporção populacional, considerando uma população finita. Para calcular o tamanho da amostra por este método utiliza-se a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E}$$

Onde:

n = número de elementos da Amostra.

N = Número de elementos da População.

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico correspondente ao grau de confiança desejado.

\hat{p} = Estimativa da proporção populacional de indivíduos que pertence a categoria que se interessa em estudar.

\hat{q} = Estimativa da proporção populacional de indivíduos que NÃO pertence a categoria que se interessa em estudar, ou seja, $\hat{q} = 1 - \hat{p}$.

E = Margem de Erro ou Erro Máximo de Estimativa.

Como as proporções populacionais não são conhecidas a priori utilizou-se $\hat{p} = \hat{q} = 0,5$, conforme indicado por Levine (2000). Para o presente estudo utilizou-se grau de confiança de 95% e margem de erro de 5%, conforme se apresenta na maioria dos trabalhos atuais. Desta forma, aplicou-se a fórmula a cada um dos grupos que se deseja estudar, chegando-se ao tamanho da amostra de 380 idosos, que foram divididos entre as regionais de Joinville. Como se conheciam as

populações de cada um destes grupos por Regional, foi feita uma divisão proporcional do tamanho da amostra para cada Regional, conforme quadro a seguir:

Tabela 1 – Entrevistados x Regionais de Saúde

Grupos	Idosos
Pirabeiraba	18
Vila Nova	30
Aventureiro	61
Costa e Silva	52
Floresta	43
Centro	54
Jarivatuba	28
Comasa	46
Fátima	49
TOTAL	381

Fonte: Autoras, 2014.

3.3 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em todo o município, respeitando-se a amostra estabelecida para cada Regional de Saúde do município. O objetivo era vacinar o total de 131.086 pessoas no ano de 2014, considerando todos os grupos de risco elencados pela Secretaria Municipal de Saúde.

O município é um dos principais polos industriais da região sul do país, conhecida como Manchester Catarinense, cidade das bicicletas e da dança. É o município mais populoso de Santa Catarina, e o controle de uma enfermidade tão grave é uma questão de saúde Pública.

Os pesquisadores abordaram os possíveis entrevistados em locais públicos, em diferentes bairros de cada regional, com o objetivo de conseguir uma boa distribuição da amostra. A tabela 2 a seguir traz as regionais de saúde com seus respectivos bairros.

Tabela 2 – Regionais de saúde e Unidades Básicas e PSFs de sua abrangências sua abrangência

Regional de Saúde:	Unidades Abrangentes:
Regional Centro	Bucarein, Nova Brasília, Morro do Meio, Lagoinha, São Marcos
Regional Comasa	Comasa, Bakitas, Caic Vila Paranaense, Da Ilha, Dom Gregório, Moinho Dos Ventos Espinheiros, Jardim Iririu e Roraima
Regional Costa e Silva	Costa e Silva, Bom Retiro, Jardim Sofia, Willy Schosslund, Jardim Paraíso I- II- III-IV e V
Regional Fátima	Fátima, Petropolis, Itaum, Ademar Garcia
Regional Floresta	Floresta, Boehmerwaldt I e II, Itinga, Itinga Continental, Km 4, Profipo
Regional Jarivatuba	Jarivatuba, Estevão de Matos, Jardim Edilene, Paranguamirim, Parque Guarani
Regional Pirabeiraba	Pirabeiraba, Canela, Rio bonito, Rio da Prata
Regional Vila Nova	Vila Nova, Estrada Anaburgo, Gloria, Vila No va Rural
Regional Aventureiro	Saguaçú, Leonardo Schilikmann, Parque Joinville, Rio do Ferro, Santa Barbára, Aventureiro I e II, Cubatão.

Fonte: <https://saude.joinville.sc.gov.br/> _ acessado em 31 de agosto de 2014

No entanto, nem todos os bairros estavam discriminados nas regionais, sendo que as autoras fizeram algumas adaptações, sendo necessário acrescentar os seguintes bairros: Jativoca, Atiradores e Anita Garibaldi (regional centro), Santo Antônio (regional Costa e Silva), Guanabara (regional Fátima), Escolinha e Santa Catarina (Regional Floresta), Morro do Amaral (regional Jarivatuba) e América (regional Aventureiro). As decisões quanto a regional que o bairro foi relacionado foram baseadas na geolocalização e cobertura das unidades de saúde.

[Autor des3] Comentário: Inclusão minha

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de março a julho de 2015, através de questionário quantitativo semi aberto (APENDICE 1). A abordagem dos participantes foi a livre escolha, o único requisito era estar no grupo de risco e concordar em participar da entrevista mediante o preenchimento do termo de consentimento lido e assinado em duas vias.

Foram entrevistado pessoas idosas, que conforme a legislação vigente, são todas as pessoas que tiverem 60 anos ou mais.

3.5 Análise dos dados

Devido o questionário ser do tipo quantitativo semi aberto a análise foi analítica descritiva, feita a partir da leitura de todos os questionários respondidos.

Para Maria Helena Michel, citado por (GIL, 1993, pág. 46) define análise descritiva dos dados da seguinte maneira, "Análise descritiva de dados têm como objetivo primordial analisar as descrições das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis

A estatística descritiva é um ramo da estatística que envolve a coleta e a análise de um conjunto de dados com o objetivo de descrever as características desse conjunto (LEVINE,2000).

Após a realização das entrevistas, os dados foram tabulados em planilha eletrônica e gerados gráficos e tabelas. A análise foi feita através destes gráficos e tabelas, e apresentados de forma descritiva.

3.6 Questões Éticas

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, através da Plataforma Brasil e esteve de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, contidas na Resolução CNS n 466 de 12 de dezembro de 2012. Foi aprovada mediante o parecer numero CAAE 40040414.4.0000.5365

Para atender as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, cada participante assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE 2).

Será garantido o esclarecimento, antes e durante a pesquisa, sobre a metodologia, assim como o direito do sujeito em se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

As atribuições do CEP são de papel consultivo e educativo, visando contribuir para a qualidade das pesquisas, bem como a valorização do pesquisador, que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada.

4. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados e discussão sobre os dados quantitativos e qualitativos encontrados nesta pesquisa.

[Autor des4] Comentário: Fazer uma pequena introdução ao capítulo.

4.1. Entrevistas por regional

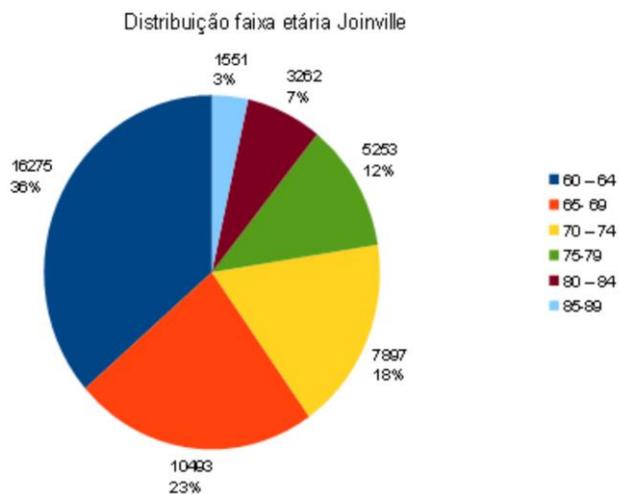
[Autor des5] Comentário: Corrigir toda a numeração..

Tabela 3 – Numero de entrevistados por Regional de Saúde

Grupos	Idosos
Pirabeiraba	18
Vila Nova	30
Aventureiro	61
Costa e Silva	52
Floresta	43
Centro	54
Jarivatuba	28
Comasa	46
Fátima	49
TOTAL	381

Fonte: Autoras/2014

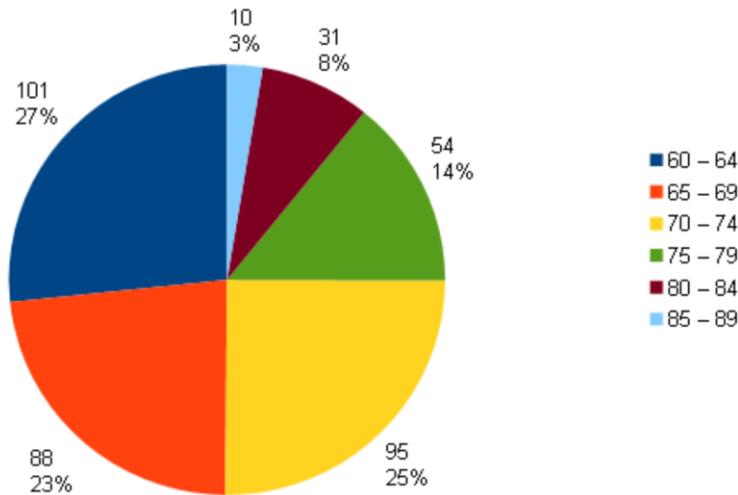
Gráfico 1 – Distribuição faixa etária de Joinville



Fonte: IBGE, 2010

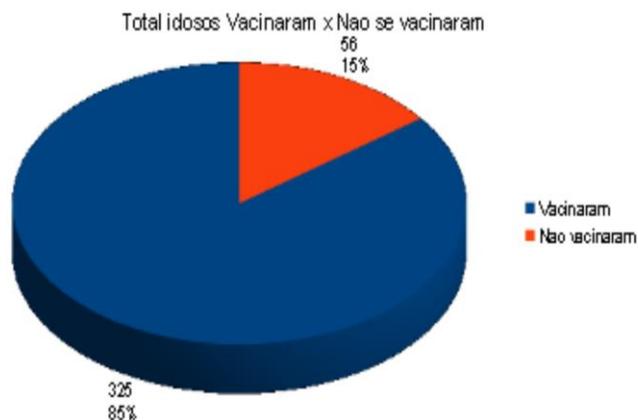
Gráfico 2 – Distribuição faixa etária dos idosos pesquisados

Distribuição faixa etária idosos pesquisados



Os resultados obtidos em nossa pesquisa apresentou um percentual de 27% de idosos entre 60 a 64 anos, 23% entre 65 a 69 anos, 25% entre 70 a 74 anos, 14% entre 75 a 79 anos, 8% entre 80 a 84 anos e 3% entre 85 a 89 anos. Este resultado aproxima-se dos percentuais identificados no último censo do IBGE no ano de 2010, onde foi identificado 515.288 moradores na cidade, deste total 44.731 indivíduos estavam com 60 anos ou mais, distribuídos em 36% entre 60 a 64 anos, 23% entre 65 a 69 anos, 18% entre 70 a 74 anos, 12% entre 75 a 79 anos, 7% entre 80 a 84 anos e 3% entre 85 a 89 anos. (IBGE, 2010)

Gráfico 3 – Total de vacinados x Não se vacinaram



Dos 381 idosos entrevistados, identificamos uma cobertura vacinal de 85% contra 15% que preferiram não se vacinar. Este resultado corrobora com a divulgação dos dados da Secretaria de Saúde do Município, que no dia 03 de junho de 2015 divulgou os dados parciais da campanha, onde foi verificado um percentual de 82% da meta.(PMJ,2015)

Tabela 4 – Total de vacinados em Joinville junho/2015

Total a ser vacinado	Vacinados	Genero	Meta Atingida
32.003	21.712	Crianças	67,7%
5.884	3.360	Gestantes	57,1%
965	1.245	Puérperas	129%
46.375	41.012	Idosos	88%
10.273	7.397	Trabalhadores da saúde	72%
27.048	25.426	Pacientes crônicos	94%

Fonte: PMJ, 2015

Tabela 5 – População x Gêneros

Genero	Vacinaram	Nao se vacinaram	Total
Masculino	116 (86%)	18 (14%)	134
Feminino	209 (85%)	38 (15%)	247
	0	0	381

Observamos em nossa amostra um percentual de 64,8% de mulheres e 35,2% de homens. O que corrobora com os dados do último censo do IBGE de 2010, onde apresentou uma população de 44.731 indivíduos com 60 anos ou mais residentes na cidade, com um percentual de 56,8% do sexo feminino e 43,2% do sexo masculino.(IBGE,2010) Considerando que as mulheres são a maioria em Grupos de Terceira Idade e que elas também são a maioria dos frequentadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois, se preocupam mais com a saúde, e tendo em vista que as entrevistas foram realizadas em diversos Grupos de Terceira Idade e em locais próximos as UBSs, chegou-se ao índice alcançado.(WICHMANN, COUTO, AREOSA, MONTAÑES,2013)

Tabela 6 – Faixa etária de vacinados x não vacinados

Faixa Etária	Vacinaram	Vacinaram (%)	Não se vacinaram	Não se vacinaram (%)
60 – 64	82	81,00%	19	19,00%
65 – 69	76	86,00%	12	14,00%
70 – 74	80	84,00%	15	16,00%
75 – 79	49	90,00%	5	10,00%
80 – 84	28	90,00%	3	10,00%
85 - 89	9	90,00%	1	10,00%
90 – 94	1	100,00%	0	
95 – 99	0		1	100,00%

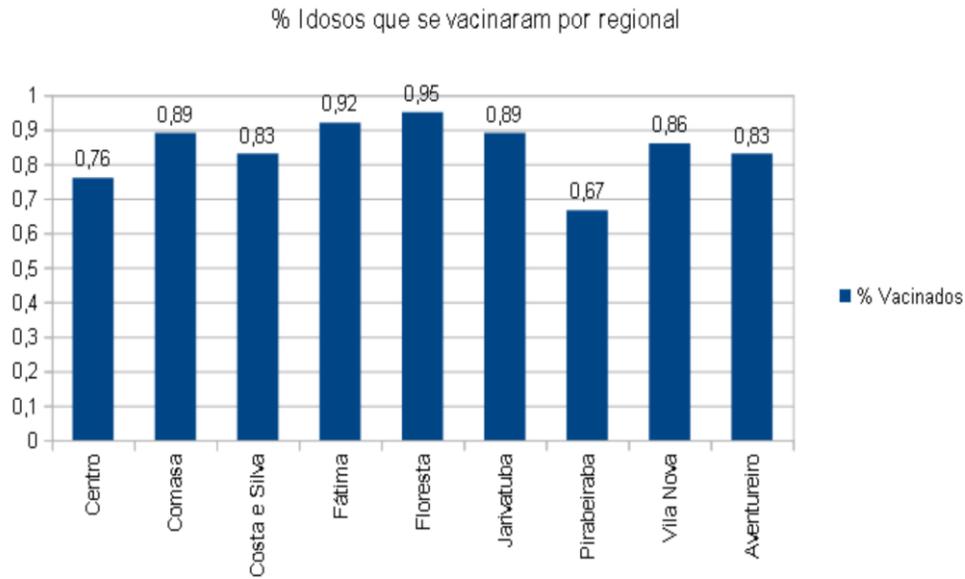
A faixa etária predominante entre os idosos que se vacinaram, em nossa pesquisa foi a de 75 anos de idade ou mais, chegando a um percentual de 90% de indivíduos vacinados contra 10% de não vacinados. Nos indivíduos abaixo de 74 anos apesar de atingir o percentual acima da meta, foi identificado uma diferença de quase vinte pontos percentuais, o que nos leva a infundir o pensamento de que o idoso classificado como jovem, ainda não se sente debilitado e não acha necessário se prevenir contra doenças como a gripe. Este resultado também foi verificado em uma pesquisa realizada no município de Cambé/PR, nos anos de 2008 e 2009, onde foi encontrada maior adesão em indivíduos de 70 anos ou mais. (CAMPOS, SUDAN, MATTOS, FIDELIS, 2012)

Gráfico 4 – Por que você não se vacinou?



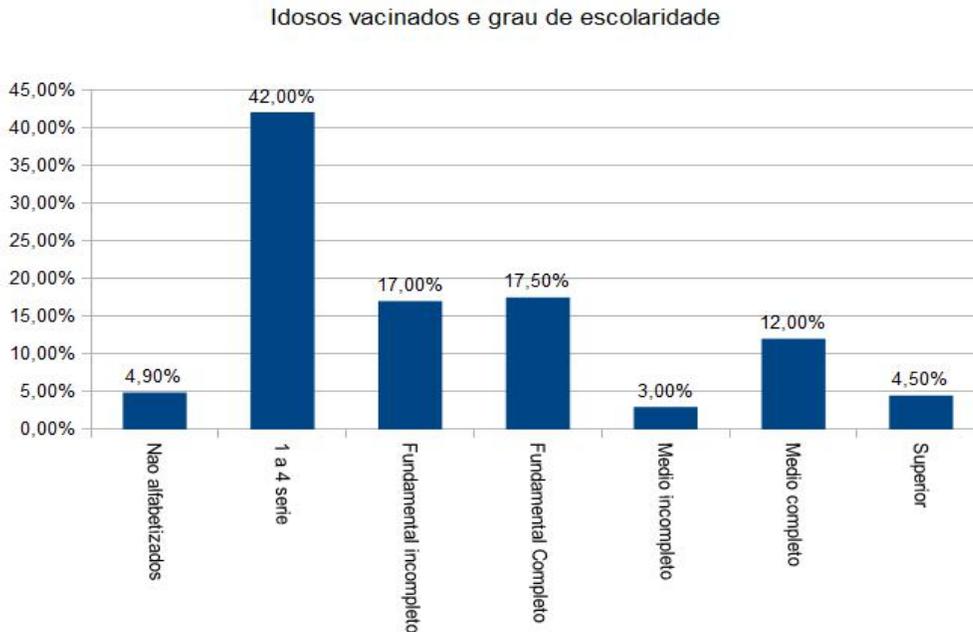
Os principais motivos que levaram os idosos a não se vacinarem foram: medo da reação a vacina (19 respostas), não achar necessário tomar a vacina (13 respostas) e não ter vontade de tomar a vacina (9 respostas). Podemos destacar a semelhança da nossa pesquisa com outra realizada no município de Cambé/PR, onde também apresentou resultado de que o medo das reações adversas foi a maior queixa apresentada pelos idosos que não aderiram a campanha de vacinação no ano de 2008 a 2009, seguida por descrédito sobre a eficácia da vacina e a crença de que a gripe é uma doença banal. (CAMPOS, SUDAN, MATTOS, FIDELIS, 2012)

Gráfico 5 – Porcentagem de idosos que se vacinaram por regional



A meta era alcançar o mínimo de 80%, preconizados pelo MS. Observa-se em nossa pesquisa que apenas duas regionais ficaram abaixo deste índice, sendo a Regional Centro com 76% e Regional Pirabeiraba com 67%, mas, no contexto geral o município conseguiu atingir sua meta nesse grupo de risco, conforme dados da Secretaria da Saúde. (PMJ,2015) Na discriminação por grupos, o dos idosos foi o único que passou da meta, atingindo 85,4% de vacinados.

Gráfico 6 – Idosos vacinados e grau de escolaridade



Observamos em nossa pesquisa que a escolaridade não influencia a não adesão da campanha, sendo que o maior percentual de vacinados foi atingido entre os entrevistados de 1º a 4º série

- Entre os 325 idosos que se vacinaram, todos o fizeram na rede pública.

Foram entrevistados ao total 381 idosos, destes 325 se vacinaram, e apenas 56 idosos não quiseram receber a vacina. Todos que se vacinaram receberam a vacina na rede pública, e nenhum optou por receber em rede privada.

Os sistemas público e privado se completam, a ideia é somar esforços no intuito de proteger o indivíduo e a comunidade à qual ele pertence.

Cabe ao sistema público vacinar o indivíduo com foco na saúde coletiva.

Cabe ao sistema privado vacinar o indivíduo com foco na proteção individual, contra todas as doenças preveníveis por vacinas, utilizando produtos licenciados, por vezes mais modernos e oferecendo mais conforto e segurança. As vacinas de ambas são seguras e protegem a saúde, contudo há benefícios na rede privada.

Algumas vacinas importantes não são aplicadas na rede pública, embora sejam testadas, aprovadas e recomendadas pelas sociedades médicas.

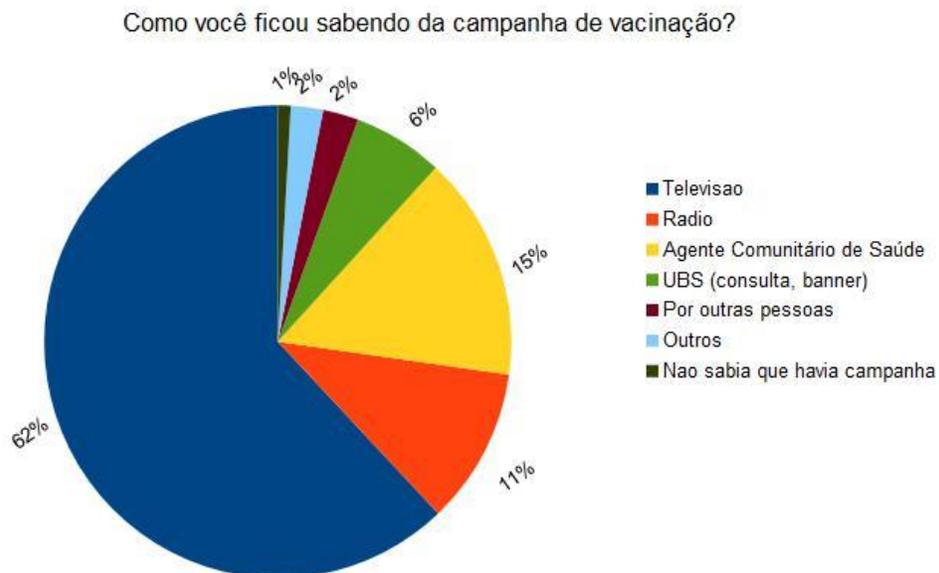
Nas clínicas privadas geralmente não se usa frascos multidoses, apenas dose individual, o que diminui a manipulação da vacina a ser injetada, diminuindo assim a possibilidade do erro humano.

Gráfico 7 – Divulgação da campanha



Em nossa pesquisa identificamos uma satisfação de 88% dos idosos referente a divulgação da campanha, muitos referiram ficar sabendo da campanha pela televisão seguido pelo rádio e ACS de que esta sendo bem divulgada, inferindo a ideia de que só não procura a UBS para se vacinar o idoso que não quer, e somente 12% refere que foi pouco divulgada.

Gráfico 8 – Como você ficou sabendo da campanha de vacinação?

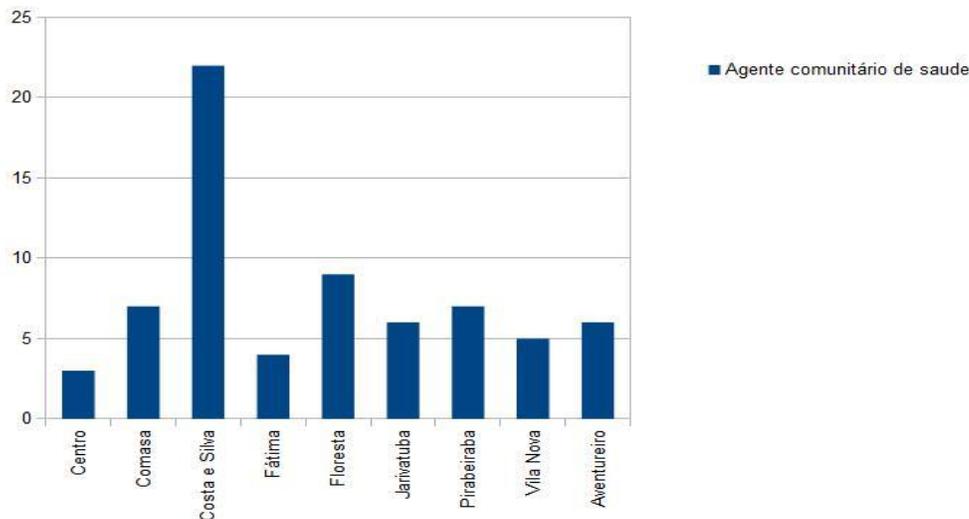


Em nossa pesquisa 62% dos idosos responderam que ficaram sabendo da campanha de vacinação pela televisão, 11% pelo rádio, 15% através do Agente Comunitário de Saúde, 6% que só ficou sabendo por que foi na UBS para consultar e visualizou um banner informando sobre a campanha, 2% respondeu que ficou sabendo por outras pessoas, 2% respondeu que soube por outros meios os quais não soube precisar e apenas 1% respondeu que não sabia que havia campanha de vacinação contra a gripe para idosos. . Este resultado corrobora com estudos feitos em Santa Maria/RS, com idosos sobre os meios de comunicação mais utilizados por eles, onde foi identificado supremacia da televisão como veículo de comunicação em massa, ganhando grande destaque sobre o rádio, jornais escritos e revistas, nos idosos entrevistado 75% referiram que tem mais de um aparelho de televisão em casa.(ACOSTA,RODRIGUES,PASTORIO,2012)

E também nos leva a divulgar a ideia apresentada por alguns de nossos entrevistados de que em próximas campanhas, seria interessante a divulgação em diversos horários na televisão, colocação de faixas em terminais de ônibus, igrejas, supermercados, praças e outros locais frequentados por eles, e que também poderia ser divulgado nos Grupos de Terceira Idade, nos horários de missa e culto, empresas, escolas, fazendo dos líderes comunitários multiplicadores desta importante campanha.

Divulgação dos ACS

Gráfico 9 – Divulgação da campanha pelos Agentes Comunitários de Saúde



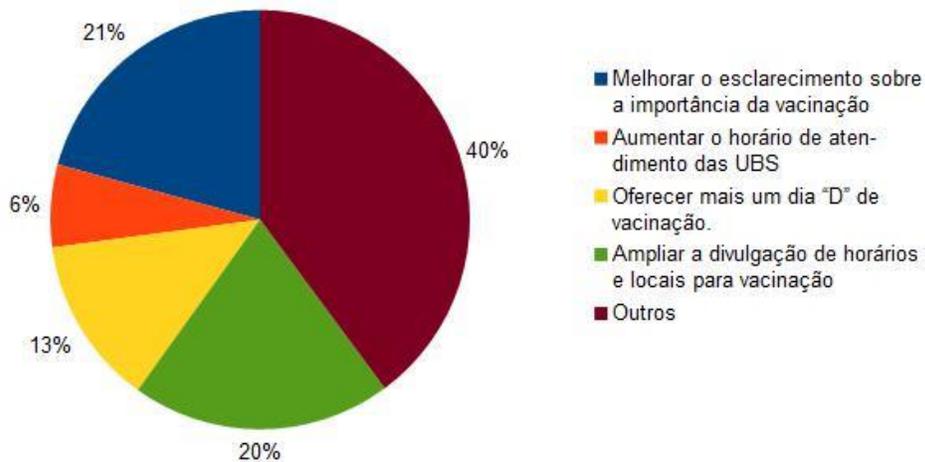
Talvez seja difícil dizer o motivo pelo qual foi tão inexpressiva a divulgação da campanha pelos Agentes Comunitários de Saúde(ACS), dentro de algumas Regionais de Saúde de Joinville, somente duas Regionais se destacaram pela divulgação através dos ACSs, atingindo um percentual de 38,8% na Regional Pirabeiraba e 42,3% na Regional do Costa e Silva, o que nos leva a tentar entender o que causou este fato, várias são as hipóteses, terão estes profissionais uma boa orientação do enfermeiro coordenador? Nos referidos Bairros não há Micro Áreas descobertas? As visitas são realizadas de forma planejada? Os ACSs já estão atuando nesta região há algum tempo e conquistaram a confiança dos idosos do bairro? . Estes questionamentos surgiram também em um estudo realizado no município de Botucatu/SP em área de abrangência de uma Estratégia de Saúde

da Família (ESF), onde estavam cadastrados 3.541 pessoas, sendo que dessas, 246 eram idosas, a pesquisa realizada mostrou que a visita do ACS só é bem sucedida, quando ela é bem planejada, que uma visita mensal é pouco para que ocorra o vínculo com a família visitada, já que estes profissionais são os membros da equipe de saúde que deveriam permanecer com um maior contato com a comunidade em que vivem, levantando as situações de riscos ali encontradas, teriam esses profissionais condições de realizar mais do que uma visita mensal? (LIMA, SILVA, BOUSSO, 2010)

No nosso município temos cerca de 520 ACS, numero insuficiente para atender a população, pois, estudos mostram que cada ACS deve ser responsável por um mínimo de 400 até o máximo de 750 habitantes. (LIMA, SILVA, BOUSSO, 2010) O governo realizou um processo seletivo no ano de 2015, com o intuito de providenciar a cobertura de 207 micro áreas, com isso acreditamos que nas próximas campanhas este importante elo com a comunidade esteja fortalecido e os índices apresentados sofram grande alteração.

Gráfico 10 – O que poderia ser feito para melhorar a campanha nos próximos anos?

O que poderia ser feito para melhorar a campanha nos próximos anos?



Entre os idosos entrevistados 21% (107 idosos) responderam que para melhorar a adesão nas próximas campanhas a Secretaria da Saúde deveria esclarecer sobre os possíveis efeitos da vacina, tanto os benéficos como os colaterais. 20% por cento (100 idosos) responderam que seria interessante ampliar a divulgação das datas e locais para vacinação, utilizando para isto instrumentos como a televisão, rádio, mercados dos bairros, Grupos de Terceira Idade, Igrejas e demais locais frequentados pelos idosos e que esta divulgação deveria iniciar com maior antecedência. Treze por cento (55 idosos) responderam que deveria ser oferecido mais de um dia "D" de vacinação. Seis (27 idosos) responderam que o horário de atendimento das UBS deveria ser ampliado. Seis por cento (23 idosos) responderam que diversas ações poderiam ser feitas para melhorar a adesão do idoso à campanha, podemos destacar entre elas ser ofertado vacina para toda a população que quisesse tomar, com isso desmitificando que a vacina é para matar o idoso mais rápido. Três por cento (11 idosos) responderam que é preciso melhorar o atendimento prestado ao idoso nas UBS. Nesta pergunta devemos observar que foi permitido ao idoso assinalar mais de uma opção e a expressar sua própria opinião sobre a campanha, por isso nossa amostra trouxe um total de 408 respostas.

Com esses dados podemos concluir que na visão da população idosa ouvida pela nossa pesquisa a campanha de vacina organizada pelo município é boa, precisando somente de

pequenos ajustes e de colaboração das Equipes de Saúde, para que ela possa atingir seu objetivo que é de vacinar 80% da população-alvo preconizada pelo Ministério da Saúde.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa foi constatado que os idosos aderiram à campanha, sendo o grupo de risco com um percentual acima do preconizado pelo Ministério da Saúde. Dos 381 entrevistados, 325 se vacinaram e 56 não se vacinaram, chegando a 85% de idosos vacinados, a distribuição de vacinados foi uniforme em todo o município.

O número de entrevistados foi maior no sexo feminino, correspondendo a distribuição de gênero na população idosa brasileira, porém o percentual de idosos vacinados foi semelhante.

A divulgação e a campanha, foram por eles julgadas como excelentes e o meio de comunicação determinante para o êxito da campanha foi a televisão. Os motivos da não adesão foram: medo da reação adversa, consideram que a gripe é uma doença banal ou simplesmente por que não terem a intenção de se vacinar. A escolaridade não foi fator preponderante para a não adesão a campanha.

As melhorias nas próximas campanhas, solicitadas pelos idosos, foram; maior esclarecimento sobre os benefícios e reações adversas da vacina, divulgação mais ampla e com maior antecedência feita em locais frequentados por eles como igrejas, supermercados, terminais urbanos, grupos de terceira idade.

As dificuldades encontradas pelas pesquisadoras foram o grande número de entrevistados para amostragem, a não existência de um cadastro com os nomes dos responsáveis pelos grupos de terceira idade, a não existência de horário na grade curricular para a realização da coleta de dados e a necessidade da assinatura do TCLE.

As pesquisas futuras poderiam investigar mais a fundo o papel do agente comunitário de saúde na sensibilização dos idosos para adesão a campanha, aumentar o conhecimento dos idosos sobre a importância da imunização todos os anos e a diferença entre a gripe comum e a causada pelo vírus influenza.

REFERÊNCIAS

CANZONIERI, A.M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. 1ed. Rio de Janeiro : vozes, 2010.

Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. São Paulo - <http://blog.h1n1.influenza.bvsalud.org/pt/2009/10/07/a-vacina-contra-gripe-producao-> acesso em outubro de 2014

GOMES, L.M.X.et al. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*; 4(3): 2561-2569, jul.-set. 2012. Artigo em Português | **BDEF - enfermagem (Brasil)** | ID: bde-22536. <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-22536> - Acesso em 11 de outubro 2014

LEVINE, D. M. et al. **Estatística - teoria e aplicação**. São Paulo, 2000. Trad. Eduardo Benedito Curtolo;

MICHEL. M H. **Metodologia e Pesquisa científica em Ciências Sociais**; 2 edição; Editora Atlas- São Paulo, 2009.

GENILDA. F. M. Et al. **Saberes e Práticas: Guia para Ensino e Aprendizado de Enfermagem**. 6 edição; Editora Difusão- São Caetano do Sul, 2010.

Instituto de Ciências Biomédicas. **Universidade de São Paulo**, 2014- <http://www3.icb.usp.br/corpoeditorial/>- acesso em 18 de outubro de 2014

Secretaria Municipal de Saúde de Joinville
<Http://intranetsaudejoinville.gov.br> - Acesso em 24 de maio de 2014

Secretaria Municipal de Saúde de Joinville
<https://saude.joinville.sc.gov.br/> _ acesso em 31 de agosto de 2014

<http://www.immunitas.com.br/informacoes/artigos/calendario-de-vacinacao-infantil> - Acesso em 14/02/16

WICHMANN, Francisca Maria Assmann. COUTO, Analie Nunes. AREOSA, Silvia Virginia Coutinho. MONTAÑES, Maria Concepción Menéndez. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev. Bras.Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro. Vol 16, 4, p. 821-832, 2013.

Disponível em:www.scielo.br – Acessado em 03/01/2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Evolução populacional e pirâmide etária, 2010**. Disponível em: www.censo.2010.ibge.br – Acessado em: 24/02/2016

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE (PMJ). Secretaria de Saúde. **Notícias**, 03jun2015. Disponível em: www.joinville.sc.gov.br. Acessado em: 06/02/2016

CAMPOS, Eliane Cristina. SUDAN, Luci Cristina Pulga. MATTOS, Edlivia Dias de. FIDELIS, Reginaldo. Fatores relacionados à vacinação contra a gripe em idosos: estudo transversal, Cambé, Paraná, Brasil. **Cad. de Saúde Pública** Rio de Janeiro. vol 28, 5. Maio,2012.

ACOSTA,Marco Aurelio. RODRIGUES, Filomena Aparecida da Silva. PASTORIO, Anapaula.

Análise do Uso dos meios de Comunicação por Idosos de Santa Maria/RS. Estud. Interdiscipl. Envelhec.Porto Alegre. n 1, 17, p 167-182, 2012.

LIMA,Ariane Netto de. SILVA, Lúcia. BOUSSO, Regina Szylit. A Visita Domiciliária Realizada pelo Agente Comunitário de Saúde sob a Ótica de Adultos e Idosos. **Saúde Soc.** São Paulo. Vol 19,4,p 889-897, 2010.

ANEXOS

INSTITUTO SUPERIOR E
CENTRO EDUCACIONAL
LUTERANO BOM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMO ATINGIR AS METAS DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO: ESTUDO COM A POPULAÇÃO DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORDESTE DE SANTA CATARINA

Pesquisador: Josiane Steil Siewert

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40040414.4.0000.5385

Instituição Proponente: Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 001.067

Data da Relatoria: 19/03/2015

Apresentação do Projeto:

Pesquisa bem redigida com fundamento teórico de literaturas relacionadas e subsídios de informações de sites e documentários que abordam a temática em questão. Consta um panorama histórico sobre as vacinase epidemias, além da meta para o município estudado.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo está em conformidade com a metodologia aplicada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos descritos são mínimos e juntamente com os benefícios, são colocados de forma clara.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem relacionada com o objetivo geral e o título. A recomendação foi acatada e prontamente providenciada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Está de acordo com o modelo institucional do Comitê de Ética em Pesquisa do IELUSC. Providência

Endereço: Rua Princesa Isabel 438
Bairro: Centro CEP: 89.201-270
UF: SC Município: JOINVILLE
Telefone: (47)3026-8049 Fax: (47)3026-8090 E-mail: cep@ielusc.br

INSTITUTO SUPERIOR E
CENTRO EDUCACIONAL
LUTERANO BOM



Continuação do Parecer: 901.967

tomada conforme recomendação.

Recomendações:

Nenhuma. Todas foram acatadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer do relator e aprova o projeto.

JOINVILLE, 19 de Março de 2015

Assinado por:
Maria Elisa Máximo
(Coordenador)

Endereço: Rua Princesa Isabel 438
Bairro: Centro CEP: 89.201-270
UF: SC Município: JOINVILLE
Telefone: (47)3026-8049 Fax: (47)3026-8090 E-mail: cep@ielusc.br

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO

1) O entrevistado tem:

- a- () De 60 à 69 anos
- b- () De 70 à 79 anos
- c- () De 80 à 89 anos
- d- () Acima de 90 anos

Residente no bairro: _____

SEXO

- a – Feminino ()
- b – Masculino ()

Grau de escolaridade

- () Analfabeto
- () Primeira à quarta serie do primeiro grau
- () Ensino fundamental incompleto
- () Ensino fundamental completo
- () Ensino Médio incompleto
- () Ensino médio completo
- () Ensino Superior

2) Você tomou vacina contra o H1N1 e Influenza no ano de 2014?

- a- () Sim
- b- () Não

3) Por que você não tomou a vacina?

Resposta: _____

4) Você tomou a vacina na:

- a- () Na rede pública
- b- () Na rede privada
- c- () Outros

5) Como você acha que foi a campanha no ano de 2014?

- a- () Bem divulgada
- b- () Pouco divulgada

6) Como você tomou conhecimento da Campanha de vacina H1N1?

- a- () Pela televisão
 - b- () Pelo rádio
 - c- () Pela sua Agente Comunitária de Saúde
 - d- () Não sabia que havia campanha de vacinação
 - d- () Outros _____
-

7) O que poderia ser feito para melhorar a campanha nos próximos anos?

- a- () Melhorar o esclarecimento sobre a importância da vacinação por parte da Secretaria de Saúde
 - b- () O horário de atendimento nas Unidades Básicas poderia ser estendido
 - c- () Oferecer mais de um dia "D" de vacinação
 - d - () Ampliar a divulgação das datas e locais para a vacinação.
 - d- () Outros _____
-

APENDICE II

(TCLE)

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

IFSC - CAMPUS JOINVILLE

CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Estamos convidando o Senhor (a) a participar da pesquisa intitulada, “ **Pesquisa Sobre Imunização Contra o Vírus Influenza e H1N1**” dos alunos do Curso técnico de Enfermagem do Instituto Federal de Santa Catarina – IF-SC. A pesquisa tem como objetivo geral: *Identificar os motivos da não adesão do público alvo a campanha de vacinação do vírus influenza e H1N1 em um município da região nordeste de Santa Catarina.*

Este estudo visa contribuir com informações e proporcionar esclarecimentos sobre os motivos que dificultaram o Município a não atingir a meta preconizada pelo Ministério da Saúde.

A sua participação é voluntária e terá a liberdade de se recusar a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de alguma natureza. Você também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que a recusa ou a desistência lhe acarrete qualquer prejuízo, bem como terá livre acesso aos resultados do estudo e garantido esclarecimento antes e durante a pesquisa, sobre a metodologia ou objetivos. A coleta de dados proposta para o estudo ocorrerá por meio de um questionário semi aberto, que será distribuído pelos estudantes do Curso Técnico de Enfermagem do IFSC no momento da pesquisa. Tem por finalidade levantar os conhecimentos da população alvos sobre os assuntos abordados o questionário.

Segundo a Resolução CNS 466/2012 toda pesquisa envolvendo seres humanos oferece risco. Porém, não identificamos neste momento riscos à integridade física, moral e psíquica dos participantes. Os benefícios aos participantes abrangem: o esclarecimento sobre os benefícios da vacina contra estes vírus. É importante saber que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. É garantido o sigilo e assegurada à privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Os resultados deste estudo poderão ser apresentados por escrito ou oralmente em congressos e revistas científicas, sem que os nomes dos participantes sejam divulgados. Será entregue a você uma cópia deste termo, e outra ficará arquivada com o pesquisador. A pesquisadora responsável por esta investigação é a Professora Josiane Steil Siewert, e a Professora Elizabete que podem ser encontradas na Coordenação de Saúde e Serviços do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina – Campus Joinville – Rua Pavão, nº 1337, Bairro Costa e Silva, - CEP 89220-200 – Joinville – SC, telefone (47) 3431-5635. **ATENÇÃO:** A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária.

Certa de sua colaboração, agradeço a sua disponibilidade em participar do estudo, possibilitando a aquisição de novos conhecimentos, bem como oportunizando prováveis mudanças que repercutirão em nossa atuação junto aos discentes, repercutindo assim na melhoria do processo de ensino-aprendizagem.

Eu,.....concordo voluntariamente em participar da pesquisa intitulada Educação em Saúde: , “ **Pesquisa Sobre Imu-**

nização Contra o Vírus Influenza e H1N1”, conforme informações contidas neste TCLE, que está impresso em duas vias.

Joinville, ___/___/___ _____

Assinatura do Participante

Josiane S. Siewert

Pesquisadora Responsável

