

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

**ALINE APARECIDA DOS SANTOS
LUCIANO ESTEVÃO DE ESPINDOLA
MARIO CÉSAR SILVA**

**INFLUENZA A (H1N1): CONHECENDO OS MOTIVOS DA NÃO ADESÃO DAS
GESTANTES À CAMPANHA DE VACINAÇÃO NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE.**

**JOINVILLE
2016**

**ALINE APARECIDA DOS SANTOS
LUCIANO ESTEVÃO DE ESPINDOLA
MARIO CÉSAR DA SILVA**

**INFLUENZA A (H1N1): CONHECENDO OS MOTIVOS DA NÃO ADESÃO DAS
GESTANTES À CAMPANHA DE VACINAÇÃO NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE.**

Projeto Integrador submetido ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina como requisito para obtenção de nota e aprovação na Disciplina de Projeto Integrador do curso Técnico de Enfermagem.

**Orientador: Josiane Steil Siewert,
Mestre**

**JOINVILLE
2016**

RESUMO

A meta da campanha da vacinação contra influenza era atingir 80% da população alvo até abril de 2015. No entanto até o mês de maio de 2015 apenas 42% haviam sido vacinadas sendo necessário estender esse período estudo. O objetivo da pesquisa foi identificar os motivos da baixa adesão das gestantes a campanha de vacinação do vírus da gripe. O estudo referido desenvolveu-se por meio de abordagem quantitativa, descritiva e exploratória. Para obter o resultado desse estudo foram entrevistadas 325 gestantes, nas 8 regionais da saúde do município. O método utilizado para obter o mapeamento da adesão das gestantes foi um questionário semiaberto, onde as mesmas foram abordadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Perante questionário quantitativo semiaberto a análise será feita de forma analítica descritiva dos questionários. Analisando a pesquisa ficou constatado que 73,80% das gestantes tomaram a vacina. Os principais motivos alegados pelas gestantes que participaram e não tomaram a vacina cerca de 26,20%, foram de não terem tido informações sobre a importância da vacina, medo da aplicação, não houve orientação do médico e reações alérgicas.

Através do estudo ficou identificado que 35% dos entrevistados informaram que é necessário melhorar o esclarecimento sobre a importância da vacina, 24% informaram que o tempo de divulgação da vacina precisa ser ampliado, 21% acreditam que as UBS deveriam ter o horário de atendimento estendido, outros 17% informam que se faz necessário mais um dia D de vacinação e 3% do entrevistado informaram outros. Ficou evidenciado a necessidade de aprimorar o conhecimento da população sobre a importância da vacinação, esclarecendo as diferenças entre gripe comum e a influenza e melhorar os meios de divulgação.

Palavras chave: Vacina, Gestante, Vírus H1N1.

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Faixa etária das gestantes vacinadas e não vacinadas.....	25
Gráfico 2 – Percentual de gestantes vacinadas e não vacinadas e grau de escolaridade.....	26
Gráfico 3 – Gestantes vacinadas não rede pública e privada.....	26
Gráfico 4 – Gestantes vacinadas por regional e local de vacinação.....	27
Gráfico 5 – Percentual de gestantes por regional.....	28
Gráfico 6 – Divulgação da campanha.....	28
Gráfico 7 – Como ficou sabendo da campanha de vacinação.....	29
Gráfico 8 – Divulgação pelos ACS.....	30
Gráfico 9 – Sugestões para melhorar a campanha de vacinação.....	31
Gráfico 10 – Motivos para não se vacinarem.....	32
Gráfico 11 – Como você ficou sabendo da campanha de vacinação.....	33

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO.....	17
TABELA 2 - TAMANHO DA AMOSTRA DE CADA POPULAÇÃO.....	21
TABELA 3 - NÚMERO DE PARTICIPANTES REGIONAL X POPULAÇÃO ALVO.....	21
TABELA 4 - BAIROS DE JOINVILLE.....	22
TABELA 5 - REGIONAIS DE SAÚDE E UNIDADES BÁSICAS E PSFS DE SUA ABRANGÊNCIA.....	23
TABELA 6 - TOTAL DE VACINADAS X TOTAL DE NÃO VACINADAS.....	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Justificativa.....	7
1.2 Definição do problema.....	8
1.3 Objetivo Geral.....	9
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1 CONHECENDO O VÍRUS INFLUENZA.....	10
2.1.1 Características do vírus.....	11
2.2 Calendário Nacional de Vacinação	15
2.2.1 Suprimento de imunobiológicos no Brasil	16
2.3 A gestação e a Influenza	16
3 METODOLOGIA	19
3.1 Tipo de pesquisa	19
3.2 Participantes da pesquisa	19
3.3 Local da pesquisa	21
3.4 Coleta de dados.....	23
3.5 Análise dos dados.....	24
3.6 Questões Éticas..	24
4 ANÁLISE DE RESULTADOS.....	24
4.1 GRÁFICOS DA PESQUISA	24
CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS.....	35
ANEXOS.....	38
Apêndice I.....	38
Apêndice II.....	40

1 INTRODUÇÃO

O ano de 2009 foi marcado por uma pandemia viral que acometeu diversos países e acarretou uma histeria generalizada, especialmente pela falta de informações concretas sobre uma nova doença. Um sintoma comum e até menosprezado como a tosse se tornou um problema de relacionamento humano. Os primeiros casos foram relatados no México e Estados Unidos, rapidamente se espalhando por diversos outros países e com disseminação inter-humanos, atingindo nível de pandemia. Os primeiros casos no Brasil foram confirmados em maio deste ano (CARNEIRO et al., 2010).

Gestantes têm um risco aumentado para influenza e suas complicações, pois durante a gestação ocorrem alterações no organismo materno, sendo algumas delas consideradas como possíveis explicações para a suscetibilidade das gestantes a formas graves de influenza A H1N1. São exemplos dessas alterações as mudanças no sistema imune para acomodar o feto em desenvolvimento, diminuindo, portanto, a habilidade desse sistema em combater infecções. Além desse fator, a pressão no diafragma causada pelo aumento uterino, a diminuição do volume corrente pulmonar, o edema e congestão local contribuem para a pneumonia e Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) (MARTINS et al., 2012).

Uma estimativa calculada pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention) entre abril e junho de 2009, estabeleceu que entre 8% e 16% de todas as mortes por A H1N1 foi de gestantes, que representam 1% da população. Observações preliminares da Vigilância Sanitária do Reino Unido (UKOSS) mostraram que 18% das gestantes admitidas com complicações por influenza A (H1N1) ficaram internadas em UTI (MARTINS et al., 2012).

Em 10 de agosto de 2010, a Organização Mundial da Saúde anunciou o início da fase pós-pandêmica da Influenza A H1N1 de 2009. Ou seja, o vírus continua circulando no mundo, porém junto a outros vírus da influenza sazonal e com intensidade diferente entre os países. No entanto, a OMS alerta que, mesmo com a mudança de nível, o monitoramento e as ações preventivas devem continuar, especialmente em relação aos grupos mais vulneráveis para desenvolver formas graves da doença (MARTINS et al, 2012).

O vírus influenza é subdividido em tipos A, B e C e classificado, ainda, com base em seus constituintes HA (hemaglutinina) em 1, 2 e 3 e NA (neuraminidase) em 1 e 2. O agente responsável pela epidemia atual foi classificado como sendo do tipo A (H1N1) (VERRASTRO et al.,2009).

Os grupos de risco incluem crianças menores de 2 anos e idosos acima de 60 anos, gestantes, portadores de imunossupressão (transplantados, pacientes com câncer, AIDS, ou usuários de medicamentos imunossupressores) e indivíduos com comorbidades crônicas (hemoglobinopatias, cardiopatias, pneumopatias, doenças renais crônicas, doenças metabólicas e obesidade mórbida) (VERRASTRO et al.,2009).

O diagnóstico laboratorial pode ser confirmado por meio de cultura viral ou reação em cadeia de polimerase (RT-PCR) de material obtido por aspiração ou *swab* de nasofaringe e orofaringe. Em agosto de 2009, o Brasil já figurava como um dos países com maior número absoluto de óbitos, e protocolos governamentais e institucionais foram criados com a finalidade de atender a grande demanda de casos suspeitos e orientar a conduta médica (VERRASTRO et al., 2009).

Apesar de a maioria destes pacientes apresentarem quadro clínico frustrado e autolimitante, alguns evoluem com quadro grave de infecção e insuficiência pulmonar, sendo necessários exames diagnósticos como a tomografia computadorizada para estabelecer a extensão do comprometimento pulmonar (VERRASTRO et al.,2009).

Sendo a gestação um importante fator de risco para complicações pelo vírus influenza A (H1N1), o presente trabalho tem o objetivo de revisar a literatura acerca do vírus Influenza A (H1N1) e identificar os motivos da não adesão das gestantes à campanha de vacinação instituído pelo PNI.

1.1 Justificativa

Os benefícios da vacinação contra influenza entre as gestantes têm sido evidenciados em vários estudos, mas mesmo diante da recomendação formal para vacinação nestes grupos a adesão a esta prática preventiva tem se mostrado ainda insatisfatória em muitos países (FRANCISCO et al.,2011).

No Brasil, apesar da disponibilização gratuita da vacina pelo Ministério da

Saúde desde 1999, a vacinação não tem atingido a cobertura adequada de 80% em vários municípios revelando que os fatores contextuais e individuais determinantes da adesão à vacinação podem diferir segundo grupos específicos e locais de residência (FRANCISCO et al.,2011).

Em relação as gestantes, o risco de complicações é muito alto, principalmente no terceiro trimestre de gestação, mantendo-se elevado no primeiro mês após o parto.

Diversos estudos recentemente publicados comprovaram que a vacinação da gestante propicia benefícios à mãe e ao recém-nascido, reduzindo substancialmente a morbidade e risco de hospitalização em bebês de mães vacinadas durante a gestação nos primeiros seis meses de vida. Além disso, a análise das informações sobre vacinação de gestantes e mulheres que amamentam, independentemente do trimestre em que a vacina foi administrada, mostrou-se segura para a mãe e o bebê (BRASIL,2014).

Desta forma, este trabalho tem como principal objetivo de identificar os motivos da não-adesão à vacinação contra gripe. Nortear ações para reverter o quadro atual, aumentando as coberturas vacinais. E a partir dos resultados obtidos, promover um aumento na cobertura vacinal à população estudada.

Uma campanha direcionada as necessidades e anseios da população mapeando de forma eficaz quais as dúvidas e sugestões da população-alvo em torno da doença e a real eficácia da vacina.

1.2 Definição do problema

Os meios de comunicação exercem um papel importante perante a população. Em 2009 a mídia, que apesar de causar um alarde em meio à população com informações não oficiais, teve um efeito positivo em alertar a população sobre os riscos e formas de contaminação da doença, além orientar maneiras de prevenção e de cuidados sintomáticos de forma rápida e eficiente (PASTORE, PRATES, GUTIERREZ,2012).

Durante a pandemia, da influenza A (H1N1) em 2009, o crescente aumento de casos sintomáticos e de mortes levou a uma procura desenfreada da população aos setores de saúde, conseqüentemente sobrecarregando os serviços e expondo a falta

de estrutura para atender a demanda (AUERBACH, OSELAME, DUTRA, 2013).

Em uma grande série de mulheres grávidas e puérperas que foram hospitalizadas ou morreram com a gripe A (H1N1) a partir de 2009, 95% das pacientes grávidas foram infectadas no segundo ou terceiro trimestre de gestação, e quase um quinto necessitou de cuidados intensivos. Um terço dessas pacientes tinha história prévia de comorbidades reconhecidas como fatores de risco para complicações da gripe. Oito pacientes que foram internadas tiveram o início dos sintomas dentro de duas semanas após o parto, sendo que quatro necessitaram de cuidados intensivos e duas morreram, evidenciando a continuidade do alto risco para complicações da gripe A no puerpério imediato. Embora as pacientes incluídas frequentemente apresentassem sintomas leves a moderados, muitas tiveram rápida progressão dos sintomas com deterioração clínica (FIGUEIRÓ-FILHO et al, 2011).

Diante disso, o trabalho proposto, visa atender as necessidades e os motivos que levam a população a não participar efetivamente às campanhas. Quais os reais motivos que levam a não adesão à campanha de vacinação proposta pelo Governo Federal.

Observar e analisar os resultados obtidos nas entrevistas e mapear quais os motivos que levaram as gestantes em se não vacinar e os comentários dos possíveis efeitos adversos que a vacina Influenza A (H1N1) poderia causar. Verificar se há um outro fator que inviabilizem a não adesão do público estudado.

1.3 Objetivo Geral

O objetivo deste trabalho é identificar os motivos da não adesão das gestantes à campanha de vacinação do vírus da gripe (H1N1, H3N2 e influenza B) em um município da região nordeste de Santa Catarina.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONHECENDO O VÍRUS INFLUENZA

O vírus da influenza causa epidemias recorrentes de doença respiratória febril a cada um de três anos há pelo menos 400 anos. Determinam também pandemias associadas à emergência de um novo vírus ao qual a população em geral não tem imunidade. Embora não seja possível prever a ocorrência de uma nova pandemia, desde o século XVI o mundo experimentou uma média de três pandemias por século, ocorrendo em intervalos de 10 a 50 anos. A maior delas historicamente registrada, conhecida como gripe espanhola e causada pelo vírus influenza AH1N1, ocorreu em 1918-1919, determinando alta morbidade e mortalidade (mais de 20 milhões de mortes em todo o mundo). Há pelo menos, três combinações, (H1N1, H2N2 e H3N2) que são capazes de infectar humanos. Outras combinações, como o H5N1, causador da gripe aviária, podem ocasionalmente atingir humanos, porém com capacidade reduzida de se disseminar. Parece que as sucessivas epidemias do século passado reduziram a sua mortalidade, o que pode refletir melhoras nos cuidados de pacientes, melhoras das condições sanitárias da população e uma das ações que venham a contribuir com os quadros de redução da disseminação da gripe (GRECO, TUPINAMBÁS, FONSECA, 2009).

Em abril de 2009, os sistemas de vigilância epidemiológica do México e da Califórnia (EUA) passaram a receber notificação de casos de infecção humana com vírus da influenza A. Pouco tempo depois foi possível afirmar que o vírus causador era uma combinação tríplice de vírus da influenza suína, aviária e humana. Embora não seja possível prevenir a ocorrência de uma nova pandemia, desde o século XVI o mundo experimentou uma média de três pandemias por século, ocorrendo em intervalos de 10 a 50 anos. A maior delas historicamente registrada, conhecida como gripe espanhola e causada pelo vírus influenza A H1N1, ocorreu em 1918-1919, levando a óbito mais de 20 milhões de pessoas em todo o mundo. Esse vírus persistiu na população por mais de 90 anos e continua a causar epidemias e pandemias. O vírus influenza A H1N1, destaca-se por que esse patógeno, dispõe de mecanismo de reprodução que facilita frequentes mutações. Seu material genético é fragmentado e ao se dividir compartilha material com outros vírus. Em especial no caso dos suínos, pois existe a possibilidade de ocorrer infecção simultânea com vários vírus diferentes,

Nessa situação, havendo troca de material genético, uma nova cepa poderá aparecer com ou sem mais virulência (GRECO, TUPINAMBÁS, FONSECA, 2009).

Os vírus da influenza suína tipo A com triplo rearranjo, contendo genes de humanos, suínos e de aves vêm sendo identificados nos EUA desde 1998. Havendo no período de 2005-2009, 12 registros da infecção em humanos por estes vírus foram identificados nos EUA. O vírus H1N1 afeta suínos, causando doença respiratória nesses animais e sendo capaz de infectar o homem por contato próximo. Sua versão atual tem genes de suínos, aves e do homem, sendo portanto, uma variante agora capaz de provocar a infecção entre humanos. A maioria dos casos de doença grave ou fatal eram jovens e adultos de meia idade, previamente saudáveis, sendo, portanto, diferente da influenza sazonal, na qual a mortalidade é mais comum entre crianças, idosos ou pessoas com comorbidades. Por outro lado, outros casos graves acometeram pessoas já afetadas por condições crônicas, incluindo doenças respiratórias (principalmente asma), cardiovasculares, diabetes, obesidade (GRECO, TUPINAMBÁS, FONSECA, 2009).

2.1.1 Características do vírus

O vírus Influenza é também denominado de *Myxovirus influenzae*, pertence à família Orthomyxovirida, sendo também conhecido como gripe. É uma doença respiratória aguda, com um conjunto de manifestações clínicas decorrentes da ação do agente no organismo. Acomete não apenas os humanos, mas também outros animais mamíferos e aves, com peculiaridade nas aves aquáticas, pois são os reservatórios naturais de todos os subtipos do vírus da gripe tipo A (FORLEO-NETO et al, 2003).

Atualmente a influenza é dividida nos tipos A, B e C, sendo os vírus do tipo A os principais responsáveis pelas grandes epidemias e pandemias em todo o mundo. Em consequência de sua mutagenicidade o vírus da *Influenza* tipo A possui um genoma de RNA de fita simples de 8 segmentos e destes, o segmento 4 e 6 determinam seu sorotipo com base em duas glicoproteínas de superfície, a proteína hemaglutinina (H) e a neuraminidase (N) (AUERBACH, OSELAME, DUTRA, 2013).

O vírus A (H1N1), responsável pela pandemia de 2009 é uma variante de genes entre suínos, aves e humanos. Esta mutação foi capaz de provocar transmissão entre

humanos com alto potencial de transmissibilidade. No trato respiratório, ele pode se ligar a mucoproteínas ou anticorpos IgA da mucosa, ser varrido pelo sistema mucociliar ou se ligar a uma célula do epitélio colunar. Já as do tipo B ocorrem exclusivamente em humanos, e podem desenvolver formas mais graves, levando a complicações secundárias e com pequeno potencial a desenvolver epidemias, sendo classificadas como gripes sazonais. Destes os do tipo C são responsáveis por infecções respiratórias menos graves e não causam epidemias (AUERBACH, OSELAME, DUTRA, 2013).

Naturalmente as pandemias de gripe ocorrem com certa periodicidade como as gripes sazonais e sua alta contagiosidade, e neste caso, o mecanismo de transmissão do (H1N1) tem a mesma característica de uma gripe e está relacionada ao seu curto período de incubação do vírus triplo recombinante (H1N1) que pode variar de 1 a 7 dias, mais frequentemente de 1 a 4 dias sendo em média de 2 dias (AUERBACH, OSELAME, DUTRA, 2013).

Sua transmissão ocorre de forma direta de pessoa para pessoa por meio de gotículas de aerossol eliminadas na tosse e/ou espirro. As mãos também desempenham um papel importante na introdução das partículas virais no organismo, carreando o agente infeccioso diretamente ou indiretamente através do contato com a mucosa oral, nasal e ocular, após o contato com superfícies e/ou secreções de pessoas contaminada (AUERBACH, OSELAME, DUTRA, 2013).

A evolução da infecção do Vírus (H1N1) possui resolução espontânea em sete dias, embora a tosse, o mal-estar, a fadiga, diarreia e a pneumonia, seguidas de dispneia, vômito, dor torácica hemoptise e sibilos possam permanecer por algumas semanas. E uma maior proporção de usuários que não precisaram internação ocorreu apenas os sintomas de cefaléia e dor de garganta. O mesmo protocolo descreve os sinais de agravamento:

“Aparecimento de dispnéia ou taquipnéia ou hipoxmia; persistência ou aumento da febre por mais de três dias pode indicar pneumonite primária pelo vírus influenza ou secundária a uma infecção bacteriana; exarcebação de doença pulmonar obstrutiva crônica; exarcebação de doença cardíaca pré-existente; miosite comprovada por exames laboratoriais; alterações do sensorio; exarcebação dos sintomas gastrointestinais em crianças e desidratação” (BRASIL,2011, p. 3)

“As complicações descritas mais frequentemente foram pneumonia viral difusa

associada à grave hipoxemia e síndrome da angústia respiratória, exacerbação de doença pulmonar crônica, infecção bacteriana secundária, manifestações neurológicas como convulsões em crianças, miocardite, desidratação e óbito precoce ou tardio”(BELLEI; MELCHIOR,2011).

Os sinais e sintomas se iniciam de forma abrupta com febre alta maior que 38°C, dores musculares, de garganta, prostração, dores de cabeça, tosse seca e coriza. Quando a mesma se agrava podem surgir edema dos linfonodos cervicais, Insuficiência Respiratória Aguda (IRA), pneumonia, derrame pleural, comprometimento cardíaco como taquiarritmias, edema, além de insuficiência renal aguda (AUERBACH, OSELAME, DUTRA, 2013).

Estudos anteriores demonstram que o óbito dos pacientes esteve ligado diretamente a fatores de risco, exemplos foram encontrados em pacientes obesos com índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30, onde se observou o alto índice de óbitos em pacientes obesos submetidos à ventilação mecânica (VM), provavelmente relacionada às comorbidades típicas deste grupo como asma, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares (AUERBACH, OSELAME, DUTRA, 2013).

Este vírus foi descrito como um importante patógeno em crianças pequenas, com uma maior morbidade e hospitalização em lactantes, especialmente nos menores de seis meses, pacientes infectados pelo vírus HIV nos quais a influenza é a principal causa de doença respiratória febril e grávidas, devido a alterações dos sistemas cardiovascular, respiratório e imunológico da mulher, deixando-a mais suscetível a complicações da gripe (AUERBACH, OSELAME, DUTRA, 2013).

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2012) ressalta que nos meses de inverno ocorre o aumento de doenças como a Síndrome Gripal e a Síndrome Respiratória Aguda Grave, havendo a possibilidade da circulação de diversos subtipos virais. A síndrome gripal é considerada benigna, porém ocorrem evoluções para formas graves da síndrome respiratória Aguda Grave e óbitos. A síndrome gripal é caracterizada por febre, acompanhada de tosse ou dor de garganta. Na síndrome respiratória aguda grave considera-se que o usuário apresentou febre, tosse, dispnéia e que foi hospitalizado (AUERBACH, OSELAME, DUTRA, 2013).

“O quadro clínico pode ou não ser acompanhado de alterações laboratoriais e radiológicas (leucocitose, leucopenia, neutrofilia, infiltrado intersticial localizado ou difuso ou presença de área de condensação)” (BRASIL,2014 p..6)

No entanto, outros estudos demonstraram que não se evidenciou a associação entre a gestação e aumento no número de óbitos, mas deixou evidente outras características de risco como a baixa escolaridade onde a taxa de cura foi maior entre aqueles com oito e onze anos de estudo. Destaca-se também que durante as epidemias de gripe houve um aumento das consultas médicas e hospitalizações por infecções respiratórias aguda. Dentre as complicações temos: pneumonia viral ou bacteriana e a síndrome de Reye (resultado de um declínio súbito e severo das funções do cérebro e do fígado) observadas entre alunos e muitas vezes associados ao uso de ácido acetilsalicílico. Além de demora no início do tratamento entre o início dos sintomas e a administração de Oseltamivir (AUERBACH, OSELAME, DUTRA, 2013).

A influenza tem ocorrência da doença durante todo o ano, porém em relação a aspectos geográficos como condição de risco, a região sul e sudeste, foi a que apresentou o maior aumento de casos em 2009. Isso se dá devido à sua densidade demográfica e a suscetibilidade da população, ligada a fatores ambientais como o inverno e época das chuvas, que ao contrário das regiões norte e nordeste situadas em região tropical, obtiveram dados menos expressivos de doenças relacionadas ao vírus H1N1 (AUERBACH, OSELAME, DUTRA, 2013).

O diagnóstico rápido da gripe é muito importante para intervenção clínica e na redução da transmissão da influenza e o diagnóstico laboratorial segue a preconização do OMS por meio do RT-PCR, e é realizado nos laboratórios públicos do Governo Federal administrados pelo Ministério da Saúde (MS) e nos laboratórios estaduais (LACENs). Os resultados são disponíveis dentro de 6 horas após a apresentação da amostra. Contudo, o teste é bem limitado na prática clínica por ser um teste de alto custo e equipamentos sofisticados (AUERBACH, OSELAME, DUTRA, 2013).

O tratamento clínico eficaz frente ao vírus influenza A são por fármacos antivirais como amantadina, rimantadina, zanamivir e oseltamivir (Amantadina e rimantadina são ativas contra vírus influenza A e Zanamivir e oseltamivir são ativos contra influenza A e B). Essas drogas reduzem a gravidade da doença e sua sintomatologia quando iniciadas nas primeiras 48 horas de doença (LARA et al, 2013).

Outra maneira importante é a prevenção da doença, pela conscientização da população para com os principais modos de evitar a contaminação e com isso evitar

a disseminação do vírus (H1N1), é provável que em pouco tempo possamos erradicar de uma vez este problema mundial. Mesmo com o desenvolvimento e a utilização de uma vacina específica para a influenza A, ainda estão em andamento muitos estudos para se saber mais sobre o comportamento deste vírus, a fim de desenvolver métodos cada vez mais eficazes para a prevenção da população. Reações de hipersensibilidade a formulação da vacina também estão susceptível a ocorrer e pouco frequente. Geralmente são sintomas de neuralgia, parestesia e paresia (LARA et al, 2013).

Outros grupos de risco apontados são crianças menores de 2 anos, indígenas e agravamento de doenças preexistentes, como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, cardiopatas, diabéticos, obesos mórbidos e imunodeprimidos (AUERBACH, OSELAME, DUTRA, 2013).

2.2 Calendário Nacional de Vacinação

Considerando o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais, o PNI define calendários de vacinação com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e indígenas. As vacinas recomendadas para as crianças têm por objetivo proteger esse grupo o mais precocemente possível, garantindo o esquema básico completo no primeiro ano de vida e os reforços e as demais vacinações nos anos posteriores (BRASIL, 2014).

As vacinas ofertadas na rotina dos serviços de saúde são definidas nos calendários de vacinação, nos quais estão estabelecidos:

- os tipos de vacina;
- o número de doses do esquema básico e dos reforços;
- a idade para a administração de cada dose; e
- o intervalo entre uma dose e outra no caso do imunobiológico cuja proteção exija mais de uma dose.

Os calendários de vacinação estão regulamentados pela Portaria ministerial nº 1.498, de 19 de julho de 2013, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional, sendo atualizados sistematicamente por meio de

informes e notas técnicas pela CGPNI. Nas unidades de saúde, os calendários e os esquemas vacinais para cada grupo-alvo devem estar disponíveis para consulta e afixados em local visível (BRASIL, 2014).

2.2.1 Suprimento de imunobiológicos no Brasil

O Brasil é um dos países que oferece o maior número de vacinas à população. Atualmente, o Programa Nacional de Imunização disponibiliza mais de 300 milhões de doses anuais distribuídas entre 44 imunobiológicos, incluindo vacinas, soros e imunoglobulinas. Conta com aproximadamente 34 mil salas de vacinação e 42 Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), que atendem indivíduos portadores de condições clínicas especiais e utilizam variadas estratégias de vacinação, incluindo vacinação de rotina, campanhas, bloqueios vacinais e ações extramuros (BRASIL, 2014).

Segundo BRASIL, 2014) a inserção de um novo imunobiológico no programa e o estabelecimento de novos grupos populacionais são decisões respaldadas em bases técnicas e científicas, tais como:

- evidência epidemiológica;
- eficácia e segurança da vacina; e
- garantia da sustentabilidade da estratégia, como, por exemplo, pela capacidade de produção dos laboratórios públicos nacionais e capacidade institucional de armazenamento e distribuição.

2.3 A gestação e a Influenza

As mulheres grávidas devem ser incluídas em um grupo de risco elevado devido à série de alterações fisiológicas do organismo materno durante a gravidez. Primeiramente, seu sistema imunológico encontra-se deprimido em consequência da alteração de suas respostas humorais e celulares pelos antígenos específicos fetais. Embora essa mudança fisiológica seja necessária para facilitar a tolerância materna aos antígenos fetais de origem paterna, também torna a grávida mais suscetível aos

patógenos intracelulares, tais como os vírus. (FIGUEIRÓ-FILHO EA, Oliveira MLG, Coelho LR, Souza BA 2011 pg172).

Segundo Molina;Carvalho;Junior (2007 apud PEREIRA BFB et al ;2011) vacina consiste na aplicação de antígenos processados em laboratório cujo objetivo promover no organismo reações de imunidade preparando para uma eventual invasão por microrganismo. Ela é realizada intramuscular com agulha. Devido a elevadas taxas de complicações a vacinação de gestantes é uma excelente oportunidade para proteção do bebê através da transferência de anticorpos pela placenta protegendo o feto.

As vacinas indicadas para gestantes: HEPATITE B, DUPLA ADULTO, DTPA e a INFLUENZA.

TABELA 1 - CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO															
Grupo-Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta	VIP/VOP	Pneumocócica 10V	Rotavírus Humano	Meningocócica C	Febre Amarela	Hepatite A	Triplice Viral	Tetra Viral	HPV	Dupla Adulto	dTpa
Crianças	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer												
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose								
	3 meses							1ª dose							
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose								
	5 meses							2ª dose							
	6 meses			3ª dose	3ª dose (com VOP)	3ª dose									
	9 meses								Dose inicial						
	12 meses						Reforço			Uma dose	1ª dose				
	15 meses			1ª reforço (com DTP)	Reforço (com VOP)			Reforço				1 dose			
	4 anos			2ª reforço (com DTP)	Reforço (com VOP)										
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses (a depender da situação vacinal anterior)						Dose a cada 10 anos		2 doses		3 doses (11 a 13 anos)	Reforço a cada 10 anos	
Adulto	20 a 59 anos		3 doses (a depender da situação vacinal anterior)						Dose a cada 10 anos		1 dose (até 49 anos)			Reforço a cada 10 anos	
Idoso	60 anos ou mais		3 doses (a depender da situação vacinal anterior)						Dose a cada 10 anos					Reforço a cada 10 anos	
Gestante			3 doses (a depender da situação vacinal anterior)											3 doses	Uma dose a partir da 27ª semana de gestação

Fonte: Portaria GM/MS nº1498 de 19 julho de 2013.

Percebemos que no calendário vacinal as gestantes devem ser imunizadas contra vírus apenas por agendes inativados que toleram melhor a temperatura pois

contêm derivados de alumínio com adjuvante os toxoides ou inativados exemplos: Hepatite B caso não imunizadas previamente no caso anterior, dupla dose e 27ª semana de gestação a DTPA(difteria, tétano substituída pela antitetânica).

Segundo Juarez machado(2009) não a evidências de risco para vacinar com agentes inativados. O ideal que as gestantes realizem a imunidade da hepatite B se a mãe e portadora HBS(AGHBS) o recém-nascido deverá receber além da vacina a imunoglobulina específica após o nascimento. A infecção pelo vírus da hepatite B pode causar graves danos ao recém-nascido pode apresentar risco de ser portadores crônicos do AGHB, cerca de 90% filhos de portadores positivos desenvolvem doenças hepáticas crônicas, cirrose hepatocarcinoma.

As gestantes devem ser vacinadas para prevenção do tétano materno e neonatal para ser considerado imunizado deverá ser tomado 3 doses (DTP,DT) sendo a última em 5 anos passando esse prazo deverá ser feito em outra dose para completá-la com intervalo de 60 a 30 dias caso não haja tempo para aplicar a segunda dose deve ser aplicada 20 dias ou mais antes da data do provável parto. A infecção pelo vírus tétano e difteria pode causar rigidez muscular em todo corpo tratamento feito somente com antibióticos e imunoglobulina antitetânica.

E a vacinação contra H1N1 influenza que é aplicada anualmente para o grupo mais suscetíveis ao risco essa que pode ser aplicada em qualquer época da gestação são necessárias duas doses com intervalo de 1 mês, mulheres vacinadas durante a gestação podem transmitir os anticorpos ao bebê se a mãe for vacinada antes ou imediatamente após o parto pode haver benefícios para a criança com menos risco de contaminação. No Caso confirmado do vírus influenza a gestante apresenta alguns sintomas como:

As mulheres grávidas infectadas pelo novo vírus podem desenvolver um rápido desequilíbrio hemodinâmico, que afeta particularmente a função pulmonar de forma aguda e favorece o desenvolvimento de pneumonia e outras enfermidades respiratórias graves, como edema agudo de pulmão (devido à diminuição da pressão oncótica), com diminuição do limite da tolerância da mulher grávida ao estresse hipóxico e aumento da mortalidade materna e perinatal. (FIGUEIRÓ-FILHO EA,OLIVEIRA MLG,Coelho LR,Souza Ba 2011 p.172).

As gestantes não devem tomar vacinas vivas pois são capazes de se multiplicarem no organismo como rubéola, sarampo, caxumba e HPV, porque tem vírus capaz de prejudicar a formação do feto.

Porém, segundo BRASIL(2014) as gestantes não devem receber vacinas vivas, pois existe a possibilidade de passagem dos antígenos vivos atenuados para o feto e

de causar alguma alteração, como malformação, aborto ou trabalho de parto prematuro. Sendo indicado, nas situações específicas de profilaxia, a imunização passiva, que prevê o recebimento de soros ou imunoglobulinas específicas, como a imunoglobulina específica contra varicela ou hepatite B ou imunoglobulina hiperimune. A vacina só deve ser evitada no caso de alergia a ovo de galinha, de acordo com pesquisa mães que tomaram vacinas 60% dos filhos apresentavam anticorpos após o nascimento.

Diante do trabalho proposto consiste numa conscientização nas gestantes esclarecer sobre a importância da vacinação o que a falta da vacinação e os riscos podem provocar nas gestantes e ao bebê.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, descritivo e exploratório.

“Pesquisa exploratória é quando a pesquisa se encontra sobre o assunto em que vamos investigar, possibilitando sua definição seu delineamento isto é facilitar delimitação do tema da pesquisa “(PRODANOW e FREITAS, 2013, p.52).

Segundo PRODANOW e FREITAS a pesquisa possui planejamento o que envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram práticas com o problema.

Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da quantitativa podem ser quantificados. Como amostra geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados tomados como se constituísse um retrato real de toda a população-alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade (FONSECA, 2004, p.20).

“Estudo de uma determinada população, descrevendo suas características, estabelecendo variáveis entre si, o a partir de seus objetivos, servem também para proporcionar uma nova visão ao problema”.(JORGE LOPES, 2009, p.217).

3.2 Participantes da pesquisa

Fizeram parte deste estudo 325 gestantes, adstritas no município a qual o mesmo foi realizado. Como critérios de inclusão será considerada gestantes quaisquer mulheres que tenham sua gravidez confirmada, em qualquer tempo gestacional. Serão excluídos do estudo gestantes não residentes do município de Joinville, menores de 18 anos de idade e que não aceitem participar do estudo através do preenchimento do Termo de consentimento livre esclarecido. (APENDICE 2).

Para determinar as 325 gestantes do estudo (tamanho da amostra) utilizou-se método baseado na estimativa da proporção populacional, considerando uma população finita, com base na 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 cada população, conforme tabela 1 apresentada abaixo

TABELA 2 – Tamanho da amostra de cada população.

GRUPO	POPULAÇÃO	AMOSTRA
Gestantes	5834	325

Fonte: autora, 2014

Esta amostra ainda foi dividida entre as nove Regionais de Joinville. de modo proporcional ao número de habitantes de cada Regional. Assim, tem-se a amostragem final por grupo e por regional da seguinte forma:

TABELA 3 – Número de participantes regional x população-alvo

População Alvo/ Regionais	Gestantes
Pirabeiraba	15
Vila Nova	28
Aventureiro	57
Costa e Silva	51
Floresta	38
Centro	0
Jarivatuba	42
Comasa	44
Fátima	50
Total	325

Foi realizado um acordo entre a coordenadora e as equipes do Projeto integrador, devido à falta tempo, ocorrendo uma diminuição da amostragem relacionadas a regional Centro. Esta condição poderá influenciar no resultado final da pesquisa.

3.3 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em todo o município de Joinville é localizada na região norte catarinense, pertence a macrorregional nordeste, seu número de habitantes 562.151 segundo IBGE, possui 41 bairros e possui 56 UBS, 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. E o

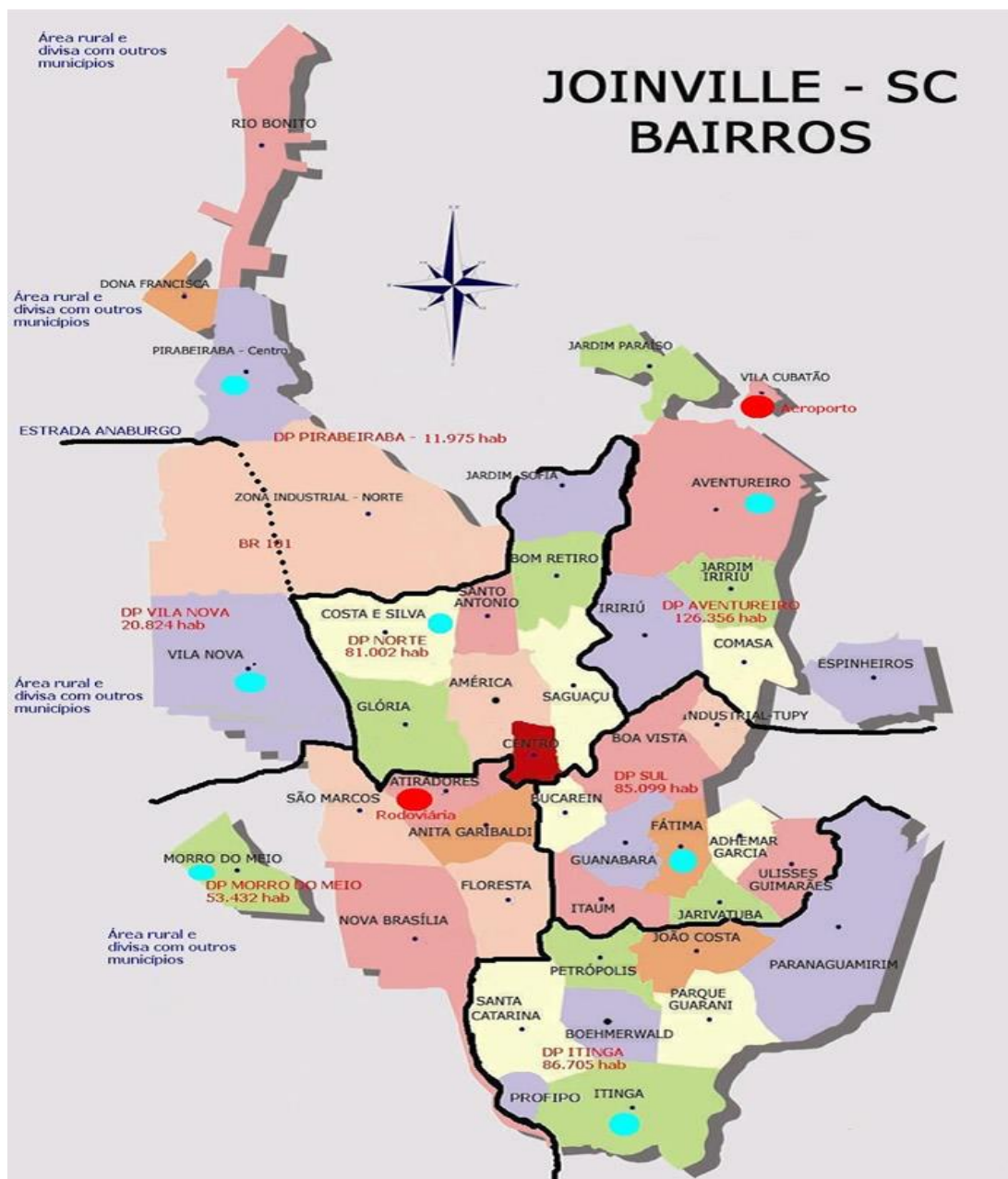
município mais populoso de Santa Catarina, e o controle de uma enfermidade tão grave é uma questão de saúde Pública.

Local do Estudo: Locais públicos, Escolas, Empresas, UBS, Drogarias, Maternidade e Hospitais do município de Joinville/SC.

Participantes do estudo: Gestantes residentes no município de Joinville.

Coleta de dados: Questionário semi estruturado, no período de agosto de 2015 a março de 2016.

TABELA 4 - Bairros de Joinville



<http://salaanaburgo.blogspot.com.br/2015/08/estudando-o-bairro-vila-nova.html>

Os pesquisadores abordarão os possíveis entrevistados em locais públicos, em diferentes bairros de cada regional, com o objetivo de conseguir uma boa distribuição da amostra. A tabela 3 abaixo traz as regionais de saúde com seus respectivos bairros

TABELA 5 – Regionais de Saúde e Unidades Básicas e PSFs de 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 Nova Rural
Regional Aventureiro	Saguaçu, Leonardo Schilikmann, Parque Joinville, Rio do Ferro, Santa Barbára, Aventureiro I e II, Cubatão.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, 2014

3.4 Coleta de dados

Como método de pesquisa para alcançar o mapeamento da atenção à gestante, foi utilizada um questionário semiaberto (APÊNDICE 1). Elas serão abordadas em locais públicos, respeitando o número de participantes por regional e segmento, conforme critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Será solicitado a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 2) para todos os participantes. Os questionários e ficarão armazenados com a pesquisadora responsável por até 5 anos, conforme resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012. Os termos e questionários serão arquivados de forma física. Após o vencimento do prazo para armazenamento, os arquivos serão incinerados.

3.5 Análise dos dados

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

Após a realização das entrevistas, os dados serão apresentados em planilha eletrônica LibreOffice Writer e gerados gráficos e tabelas e, posteriormente, discutidos à luz do referencial teórico.

3.6 Questões Éticas

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, através da Plataforma Brasil e está 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., sendo aprovada pelo CEP sob número (orientadora tem que colocar)

Para atender as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, cada participante assinará o TCLE (APENDICE 2). Será mantido sigilo da identificação dos participantes. 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.

4 ANÁLISE DE RESULTADOS

4.1 GRÁFICOS DA PESQUISA:

CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES:

TABELA 6 - Total de vacinadas x total de não vacinadas

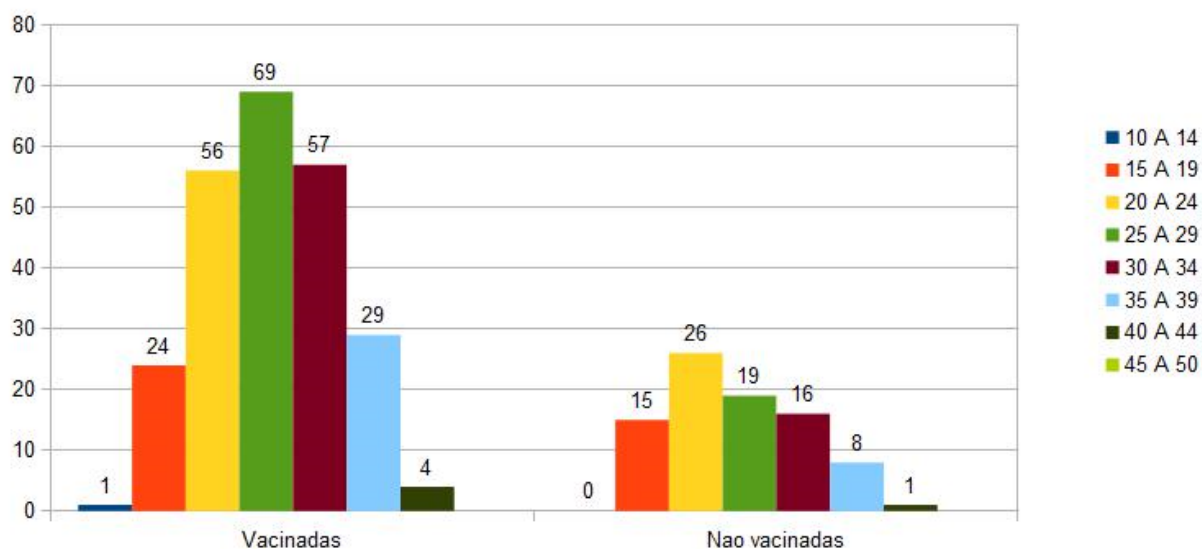
	Vacinaram	Nao vacinaram	Total
Gestantes	240	85	325
%	73,80%	26,20%	

Ao analisar o quadro acima citado podemos observar que houve uma

expressiva adesão de gestantes que se vacinaram (73,8%) em contra -partida cerca de 85 gestantes (26,20%) não aderiram a vacina.

Gráfico 1

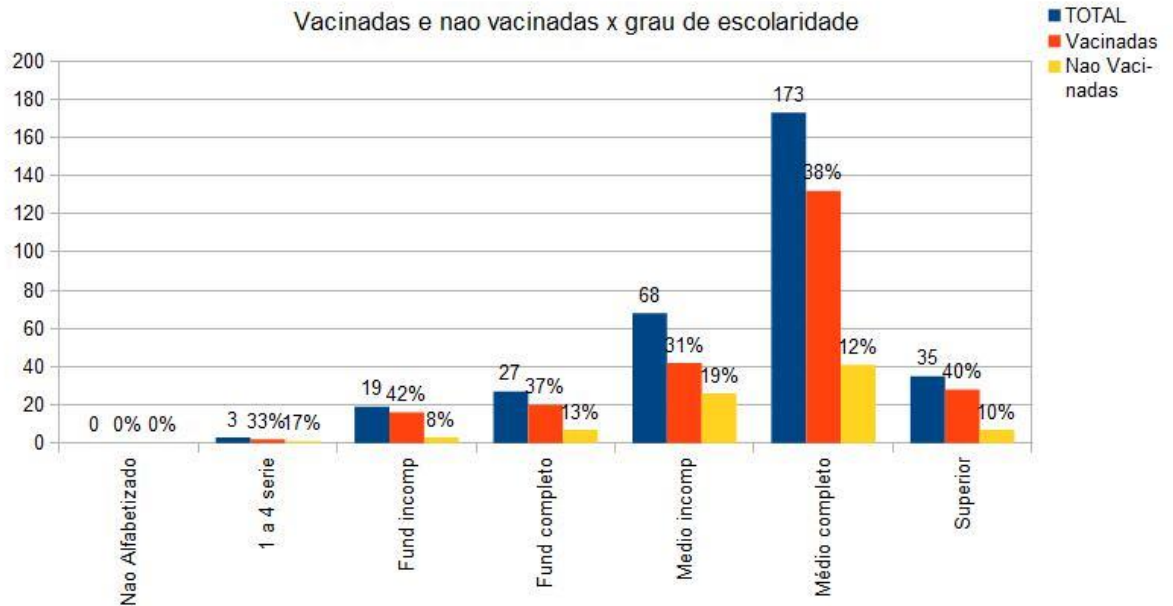
Faixa etária das gestantes vacinadas e não vacinadas



Os resultados obtidos em nossa pesquisa apresentaram um percentual de 69% de gestantes entre 25 a 29 anos, 57% de 30 a 34 anos, 56% entre 20 a 24 anos, 29% entre 36 a 39 anos, 24% entre 15 a 19 anos, 4% entre 40 a 44 anos e 1% entre 10 a 14 anos. Este resultado aproxima-se dos percentuais identificados no DATASUS (PNI), deste a meta era 5.915 gestantes vacinadas, foram vacinadas 4.034, atingindo 68.20%.

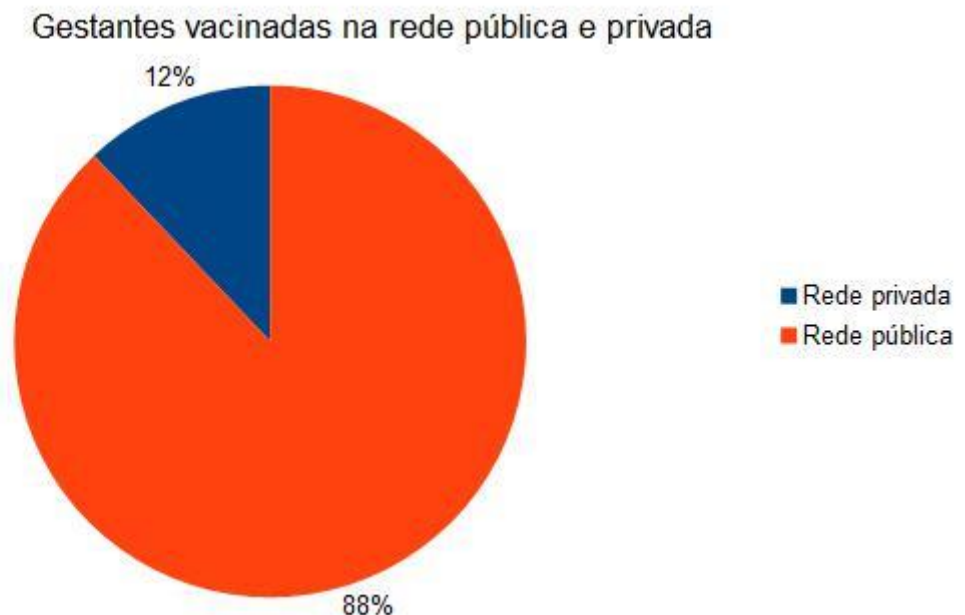
Em relação ao resultado das não vacinadas verificamos que: cerca de 26% de gestantes entre 20 a 24 anos, 19% entre 25 a 29 anos, 16% entre 30 a 34 anos, 15% entre 15 a 19 anos, 8% entre 35 a 39 anos e 1% entre 40 a 44 anos não aderiram a campanha de vacinação. Das 325 gestantes entrevistadas, identificamos uma cobertura vacinal de 73.80% contra 26.20% que preferiram não se vacinar. Este resultado embora com a divulgação dos dados da Secretaria de Saúde do Município (DATASUS), que no dia 03 de junho de 2014 divulgou os dados parciais da campanha, onde foi verificado um percentual de 68.20% da meta (PNI,2014).

Gráfico 2



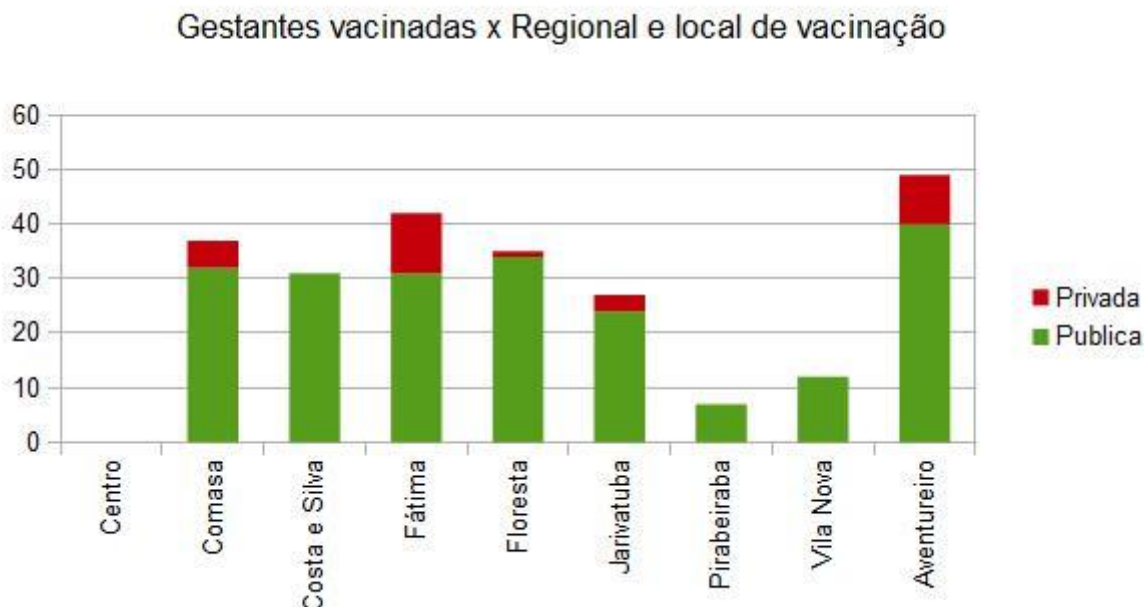
Observamos em relação ao gráfico acima, que o nível de escolaridade não influencia diretamente na adesão à campanha de vacinação, sendo que, o maior percentual de vacinadas atingindo o maior nível no ensino fundamental incompleto 42% e superior 40% respectivamente e em relação ao não vacinadas 19% em ensino médio incompleto e 13% do ensino fundamental completo.

Gráfico 3



Ao analisar o gráfico acima demonstra que 88% das gestantes aderiram à campanha de vacinação sendo na rede pública, e na rede privada 12%.

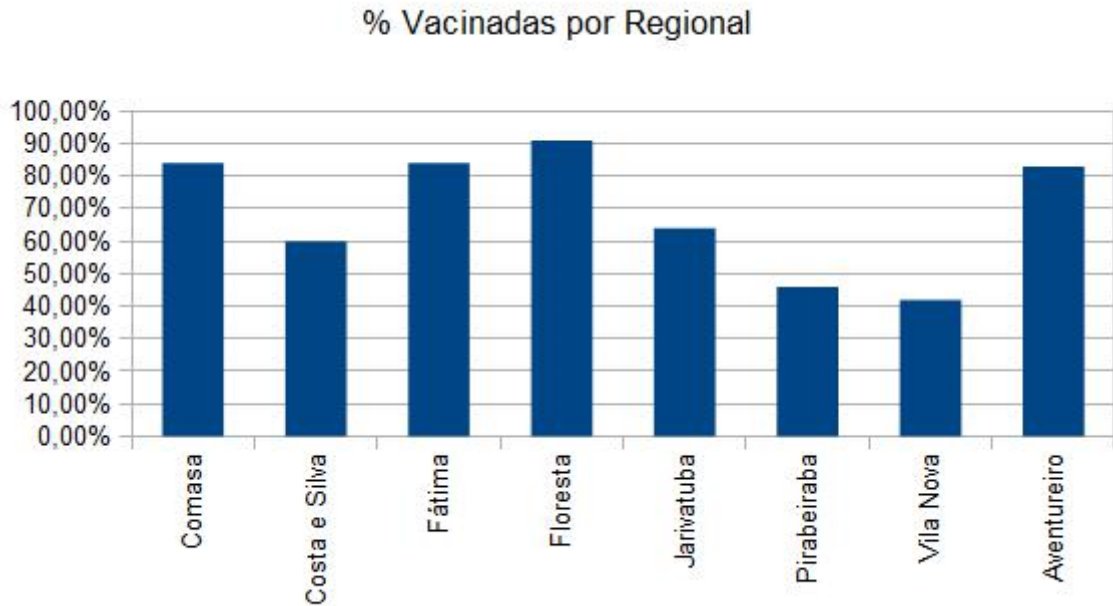
Gráfico 4



O gráfico acima demonstra as regionais que obtiveram a vacina no setor público e privado. A regional do Aventureiro obteve um maior percentual 40% seguindo pelo Floresta 34%, Comasa 32%, Costa e Silva 31, Fátima 31% , Jarivatuba 24, Vila Nova 12% e Pirabeiraba 7%. Já em relação ao índice da privada temos um maior índice na regional Fátima 11%, Aventureiro 9%, Comasa 5%, Jarivatuba 3%.

Sendo a Regional Centro não foi contemplada frente ao tempo restrito a pesquisa. Observou-se que a maior procura da vacina foi no setor público devido ser de fácil acesso e de recursos financeiro.

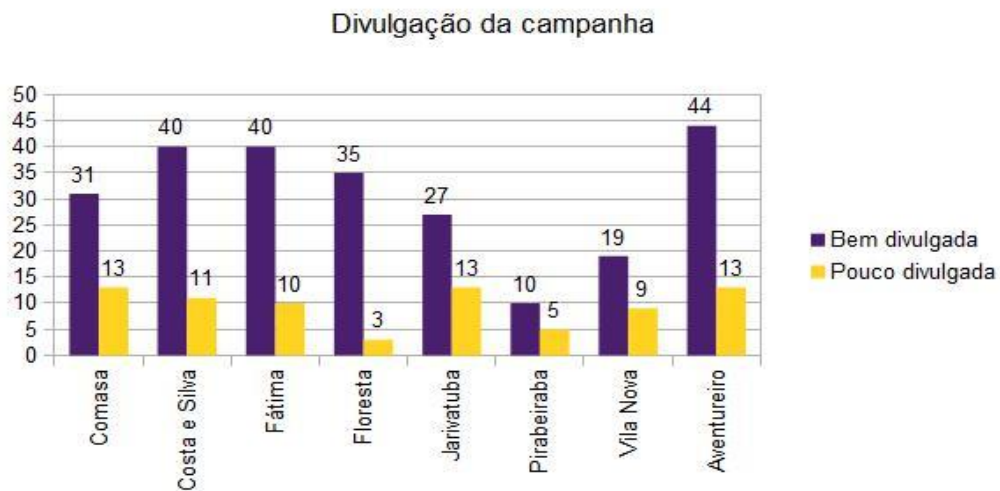
Gráfico 5



A meta era alcançar o mínimo de 80%, preconizados pelo MS. Observa-se em nossa pesquisa que quatro regionais ficaram abaixo deste índice, sendo a Regional Costa e Silva com 60% e Regional Jarivatuba com 62%, Regional Pirabeiraba 43% e Regional Vila Nova 41% mas, no contexto geral o município ficou muito abaixo do índice proposto pelo ministério da saúde. (DATASUS).

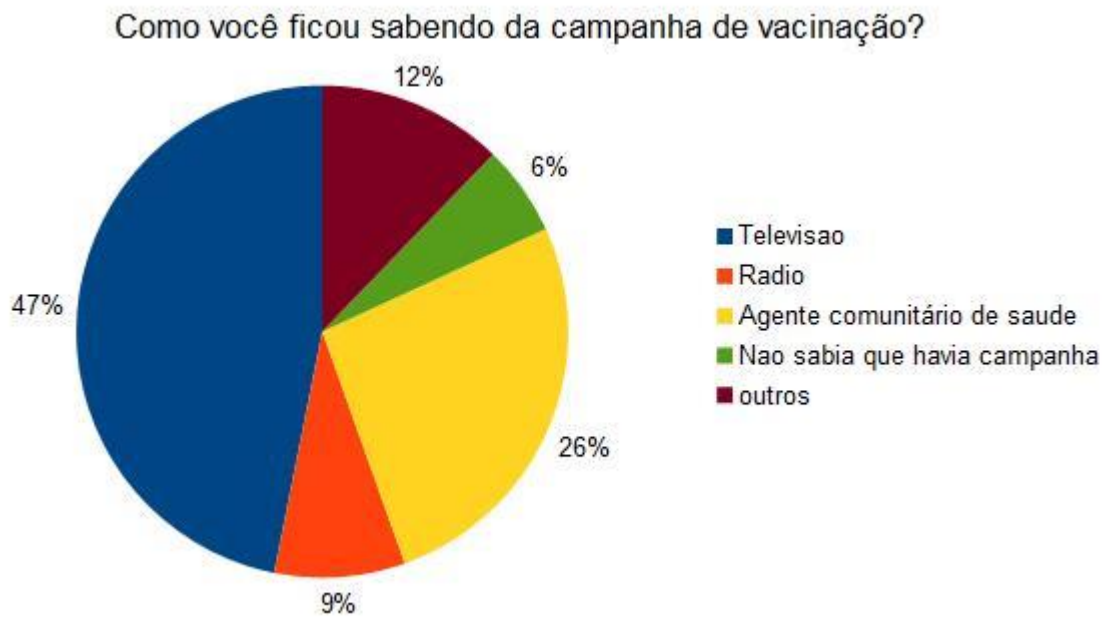
Na discriminação por grupos, as gestantes foi o único que não passou da meta, atingindo 42% de vacinadas no ano de 2015.

Gráfico 6



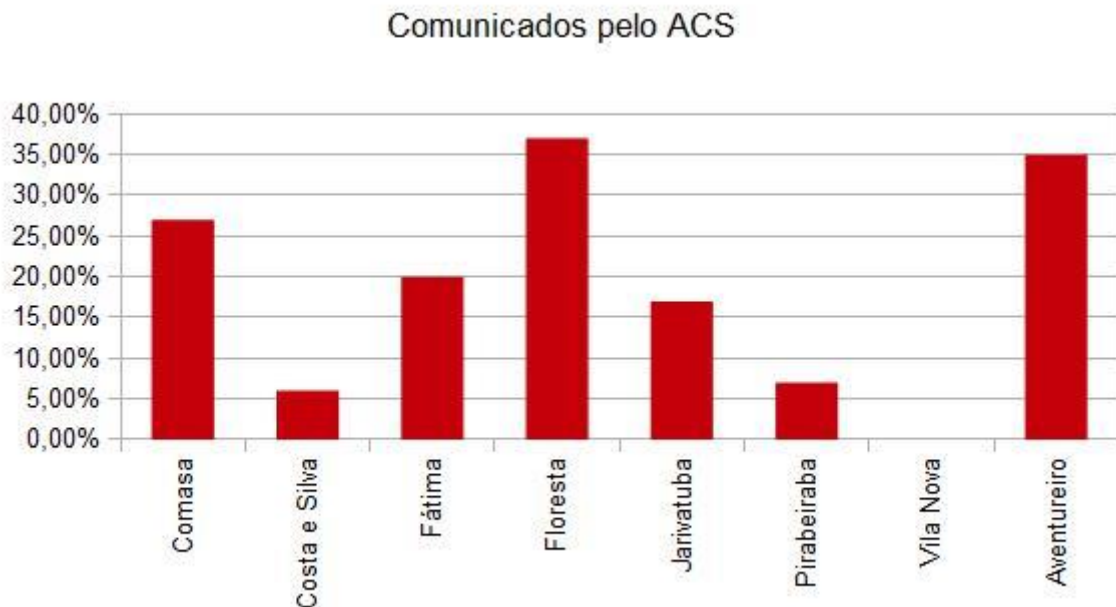
Percebemos que o gráfico acima demonstra que os bairros obtiveram um maior índice de aceitação a divulgação da campanha, sendo 44% na regional Aventureiro, 40% Costa e Silva, 40% Fátima, 35% Floresta, 31% Comasa, 27% Jarivatuba, 19% Vila Nova, 10% Pirabeiraba. Sendo em relação a opção “pouco Divulgada” temos um maior índice de 13% nas seguintes regionais: Aventureiro, Jarivatuba e Comasa.

Gráfico 7



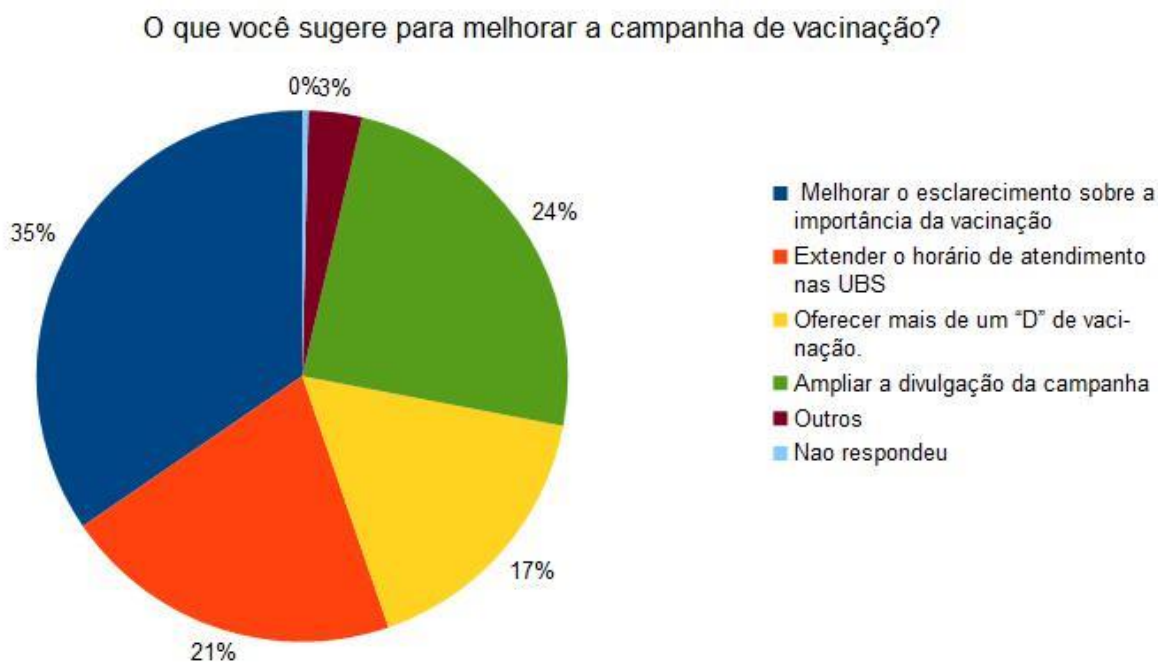
O gráfico acima demonstra que as gestantes ficaram sabendo da campanha da vacinação através de 47% pela televisão, 26% pela ACS, 12% por outros meios, 9% pela rádio, 6% não sabia que havia campanha. Através da pesquisa foi constatada que os meios de comunicação têm um papel fundamental para adesão a vacina a televisão, que ACS tem uma participação significativa, que o método como folder, panfletos auxilia a adesão, que investigamos melhor os métodos para aqueles que não sabia da campanha da vacinação.

Gráfico 8



Segundo o gráfico a participação das ACS na adesão a vacinação nos bairros floresta foi de 37% e no aventureiro atingiram 35% foram positivas, sendo em menor quantidade no bairro Costa e Silva que foi de 5% e Pirabeiraba 7%. Levamos em consideração o bairro Costa e Silva que é mais indústria e apartamentos, Pirabeiraba que é mais área rural.

Neste sentido a Secretaria de Saúde do Estado deverá buscar alternativas que promovam mudanças no programa de modo a torná-lo mais impactante. Sugere-se uma maior integração entre os diferentes programas sociais do governo, a supervisão das atividades dos agentes de saúde, a adoção de programas de qualificação para estes agentes e melhoria nas suas condições de trabalho o que está atrelado, em última instância, a destinação de um maior montante de recursos para o programa.

Gráfico 9

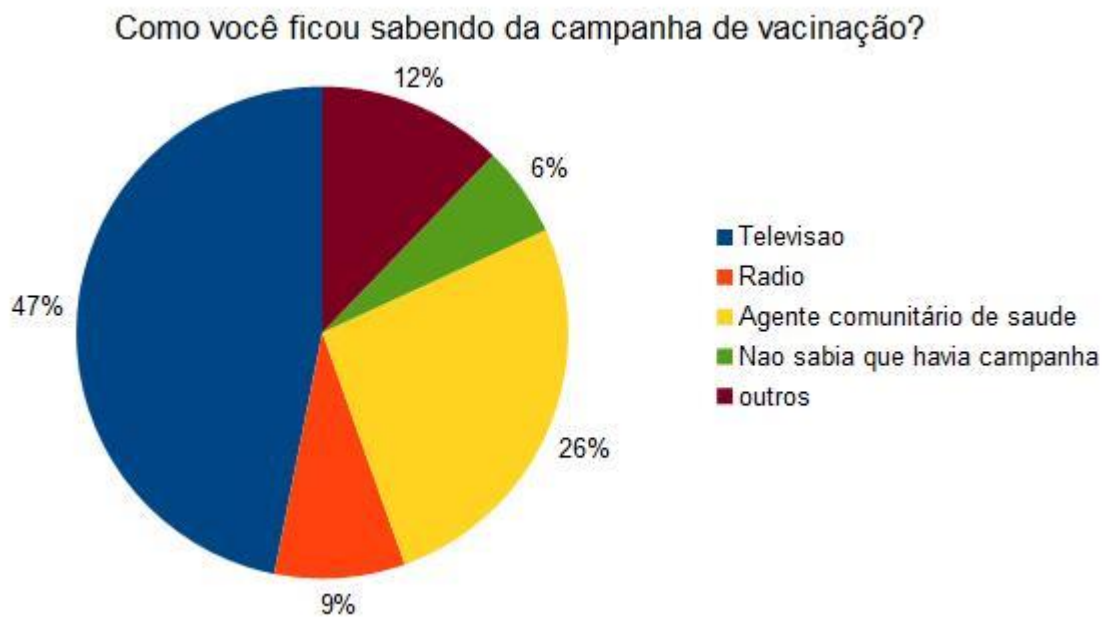
Entre as entrevistadas 35% responderam que para melhorar o esclarecimento sobre a importância da vacinação nas próximas campanhas a Secretaria da Saúde deveria esclarecer sobre os possíveis efeitos da vacina, tanto os benéficos como os colaterais. 24% ampliar a divulgação da campanha por cento responderam que seria interessante ampliar a divulgação das datas e locais para vacinação, utilizando para isto instrumentos como a televisão, rádio, mercados dos bairros, 21% responderam que deveria estender o horário de atendimento na UBS, 17% oferecer mais de um dia D de vacinação, 3% responderam outras respostas.

Com esses dados podemos concluir que na visão da população gestante 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.

Gráfico 10

O gráfico acima demonstra os motivos da não adesão à vacinação sendo 17 % não estava gestante no período da campanha de vacinação, 7% não tinham informações sobre a campanha, 5% medo da aplicação da vacina, 4% esqueceu o dia do período da campanha, 4% não quis tomar a vacina, 3% o médico não orientou e 3% medo da reação da vacina.

Podemos notar que o maior percentual as gestantes não eram gestantes no período da campanha, que faltou comunicação da equipe multidisciplinar a falta de pré-natal adequado.

Gráfico 11

Através desse gráfico, identificamos que o maior percentual obtido foi de 47% pelo meio de comunicação televisão seguido de agentes comunitário 26%, outros meios de comunicação sendo de 12%, rádio 9% e 5% não sabia que havia campanha.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa foi constatado que as gestantes aderiram à campanha, sendo o grupo de risco com um percentual abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde. Dos 325 entrevistadas, 240 se vacinaram e 85 não se vacinaram. Chegando 42% de gestantes vacinadas, a distribuição de vacinados foi uniforme em todo município segundo secretária da saúde.

No quesito divulgação da campanha obtivemos resultados excelentes e o meio de comunicação determinante para o êxito da campanha foi a televisão. Os motivos da não adesão foram: As gestantes não estavam grávidas durante o período da campanha, não tinham informação sobre a importância da vacina, medo da aplicação da vacina, médico não orientou, medo da reação, por opção não quis tomar. As melhorias durante a campanha solicitada pelas gestantes melhorar o esclarecimento sobre importância da vacina, ampliar a divulgação, estender o horário de atendimento nas UBS, oferecer mais de um dia D vacinação. A escolaridade não foi fator preponderante para a não adesão à campanha.

As dificuldades encontradas pelos pesquisadores foram o grande número de entrevistados para amostragem, 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 a importância do papel do pré-natal durante a gestação e na sensibilização ACS e na equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

AUERBACH P, OSELAME GB, DUTRA DA. **Revisão histórica da gripe no mundo e a nova H7N9**. Rev. Med. Saúde. Brasília 2013; 2(3):183-97

BELLEI, Nancy; MELCHIOR, BOIM, Thais. **H1N1: pandemia e perspectiva atual**. [Online] J. Bras. Patol. Med. Lab., Rio de Janeiro, v.47, n.6, p.617, dez, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v47n6n6a07.pdf>>. Acesso em: 12 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Protocolo de tratamento de Influenza: 2013 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis**. – 1ª ed., 1ª reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2013.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf> Acesso em: 25 abr.2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 46/2013, que trata sobre as determinações que deverão ser adotadas para as vacinas da gripe que serão utilizadas no Brasil em 2014**.

BRASIL. **Programa Nacional de Imunização - PNI**. Disponível em

<http://pni.datasus.gov.br>. Acesso em :25/062016.

CARNEIRO M. et al. **Influenza H1N1 2009: revisão da primeira pandemia do século XXI**. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 54 (2): 206-213, abr.-jun. 2010.

Figueiró-filho Ea,oliveira MIG,Coelho LR,Souza Ba 2011 pág. 172).**Infecção pelo vírus H1N1 e gestação Feminina**. (Fevereiro 2011/vol 39/Nº2).

FONSECA, João José Saraiva. **Apostila da Metodologia da pesquisa científica**. Ed. Saraiva, 2004.

FORLEO-Neto, E., HALKER, E., SANTOS V.J., PAIVA T.M.,TONIOLO-Neto J. **Influenza**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. vol.36 no.2 Uberaba Mar./Abr. 2003.

FRANCISCO PMSB et al. **Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não-adesão em Campinas, São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(3):417-426, mar, 2011.

GRECO, Dirceu B; TUPINAMBÁS, Unai; FONSECA, Marise. **Influenza A (H1N1): Histórico, estado atual no Brasil e no mundo, perspectivas**. Faculdade de Medicina da UFMG. 2009.

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA – IFSC. **Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos: monografia, TCC e dissertação**: Resolução CEPE/IFSC nº 0119. Florianópolis, 2011.

LARA GM, et al. **Risco de Infecção da Gripe H1N1 em Gestantes e HIV Positivos**. Revista NewsLab - edição 118 – 2013.

LOPES, Jorg. **Fazer Do Trabalho Científico em Ciências Sociais Aplicadas O**, editora: Universitária UFPE, 2009 pág. 217-300.

LOUZEIRO, M et al. **A importância da vacinação em gestante uma revisão sistemática da literatura no período de 2003.** p.193-203

MACHADO, Juarez. **Vacinas e imunoglobulinas consulta rápida.** Editora. Artmed. 2009 pg.605.

MARTINS MG, Pinto KL, SANTOS Júnior OM, DUDEK Mir, WAKIYAMA TP, SANTOS R.M. **INFECÇÃO PELO VÍRUS INFLUENZA A H1N1 EM GESTANTES.** Rev Pesq Saúde, 13(1): 40-44, jan-abr, 2012.

PASTORE APW, PRATES C, GUTIERREZ LLP. **Implicações da influenza A/H1N1 no período gestacional.** Revista Scientia Medica (Porto Alegre);22(1):53-58;Ano 2012.

PINTO, M. I. M. **Vacinação e sistema imunológico.** Disponível em: <<http://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/Maria%20Isabel%20de%20Moraes%20Pinto.pdt>>. Acesso em: 13 de abril de 2015.

PRODANOW, E.C.; FREITAS. **Desenho da pesquisa qualitativa.** Coleção pesquisa qualitativa, editora Artemed S.A, 2013.

VERRASTRO CGY et al. **Manifestações da infecção pelo novo vírus influenza A (H1N1) na tomografia computadorizada de tórax.** Radiol Bras. 2009;42(6):343–348.

APÊNDICE I**QUESTIONÁRIO:**

1) O entrevistado é:

a- () doente crônico

b- () idoso

c- () Mãe com Filhos

d- () Gestante

e- () Puérpera

2) Idade: _____

3). Residente no bairro: _____

4) SEXO

a – Feminino () b – Masculino ()

5) Grau de escolaridade

() Analfabeto

() Primeira á quarta série do primeiro grau

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino Médio incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino Superior

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

a- () Sim b- () Não

7) Por que você não tomou a vacina?

Resposta: _____

8) Você tomou a vacina na:

a- () Na rede pública

b- () Na rede privada

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

a- () Bem divulgada

b- () Pouco divulgada

10) 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 _____

11) 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 á 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 Imunização 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