

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ-FACENE/RN

CAMILA MAIA SERAFIM FERNANDES

EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO:
RELAÇÃO ENTRE A REALIZAÇÃO DE NOTIFICAÇÕES E O CONHECIMENTO DOS
ENFERMEIROS SOBRE O TEMA

MOSSORÓ

2013

CAMILA MAIA SERAFIM FERNANDES

**EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO:
RELAÇÃO ENTRE A REALIZAÇÃO DE NOTIFICAÇÕES E O CONHECIMENTO DOS
ENFERMEIROS SOBRE O TEMA**

Monografia apresentada à Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-
FACENE-RN, como requisito para obtenção
do título em Bacharel de Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a. Ms. Jussara Vilar Formiga
CO-ORIENTADOR: Prof. Ms. Thibério de Sousa Castelo

MOSSORÓ

2013

CAMILA MAIA SERAFIM FERNANDES

**EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO:
RELAÇÃO ENTRE A REALIZAÇÃO DE NOTIFICAÇÕES E O CONHECIMENTO DOS
ENFERMEIROS SOBRE O TEMA**

Monografia apresentada pela aluna Camila Maia Serafim Fernandes, do curso de bacharelado de Enfermagem, tendo obtido a nota conforme a Banca Examinadora constituída pelos professores:

Apresentado em: ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Profª. Ms. Jussara Vilar Formiga- (FACENE-RN)

ORIENTADORA

Profª. Esp. Membro. Patrícia Helena de Moraes Cruz (FACENE-RN)

MEMBRO

Prof. Ms. Wesley Adson Costa Coelho (FACENE-RN)

MEMBRO

A Deus por tudo!

AGRADECIMENTOS

É chegada a reta final de uma luta, uma conquista uma vitória. A cada período um desafio, obstáculos e conquistas. Houve quem duvidasse que esse ciclo terminasse completo no tempo correto, porém, Deus em sua suprema bondade e fidelidade mostrou o quanto ele é fiel e nunca abandona os seus. **A Deus**, inicio meus agradecimentos pela força, coragem e perseverança por ele me dada a cada dia, por tornar esse sonho realidade, por me mostrar que tudo se pode quando se acredita e é da vontade dele. **A minha mãe**, por sempre acreditar que consigo tudo que almejo, **aos meus familiares** que me apoiaram, **aos meus filhos Ana Letícia e João Lucas**, que me motivou a essa conquista por meio da existência deles em busca de uma vida futura melhor. **Ao meu pai IN MEMÓRIA**, por muito cedo ter permitido junto a minha mãe que eu lutasse por meus objetivos. As novas amigadas conquistadas em especial **Elianna Luiza**, que muitas vezes foi o motivo que me motivou a ir mais uma noite a faculdade por me fazer rir demais, **Patrícia Daniele**, por seu exemplo de vida, que me motivou a refletir, aos colegas de grupos de trabalho (**Fernanda Lima, Aécio Bruno, Natália Teixeira**), as colegas de estágios dessa reta final, a **Fredyana Carla** com suas críticas construtivas, aos mestres que sempre acreditaram em mim e aos que duvidaram, a minha orientadora **Jussara Formiga e ao meu coorientador**, por serem mestres que admiro muito, a minha banca por ter aceitado fazer parte desse sonho e dessa conquista. “Muito feliz, desse sonho eu nunca desisti , lutei , venci consegui”. **Obrigada meu Deus!**

Ando devagar
Por que já tive pressa
E levo esse sorriso
Por que já chorei de mais
Cada um de nós compõe a sua historia
Cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
De ser feliz.
(Almir Sater- Tocando em Frente)

RESUMO

Sendo o uso de vacinas um dos principais mecanismos das políticas de saúde pública para o combate às doenças infecciosas, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Imunização (PNI), com o objetivo de controlar as doenças imunopreveníveis. É na atenção primária que são desenvolvidas as ações de controle dessas doenças na infância, especificamente, no setor sala de vacina. Cabe ao enfermeiro à manutenção e/ou recuperação do estado de saúde da coletividade da Unidade Básica de Saúde (UBS) que oferece cobertura, inclusive o PNI. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo. Foi realizado em grande parte nas UBS's no Município de Mossoró/RN. O estudo teve como objetivos averiguar a associação entre a notificação de eventos adversos pós-vacinação (EAPV) e o conhecimento dos enfermeiros sobre vacina, caracterizar a situação social e profissional dos enfermeiros, verificar o conhecimento do enfermeiro acerca do PNI e conhecer a atuação do enfermeiro da prática de notificação de EAPV. Os dados foram coletados em setembro de 2013. A maioria dos profissionais era do sexo feminino, casada e com média de idade de 43,9 anos. Quanto ao nível de instrução, 54,9% são especialistas em Saúde Coletiva. Quanto às questões relacionadas ao PNI, 93,6% classificaram a taxa de crianças atendidas como bom ou muito bom; 48,4% classificaram o cumprimento das normas e rotinas da sala de vacina como bom e 45,2% avaliaram sua contribuição para o cumprimento dessas normas como bom ou muito bom. Concluímos que o grupo se auto percebe como responsável pelo PNI. Quanto aos dados relacionados à associação entre a realização de EAPV e o conhecimento dos enfermeiros em sala de vacina, 61,3% dos enfermeiros entrevistados já haviam realizado, no mínimo uma notificação de EAPV. Dos enfermeiros que já fizeram notificação, 94,7% (18/19) possuíam um bom conhecimento sobre vacina e efeitos adversos das mesmas. Dos enfermeiros que nunca realizaram notificações de EAPV, 75,0% (9/12), grande parte também possui conhecimento sobre vacinação e eventos adversos às vacinas. Esses dados esclarecem cada vez mais, que durante a rotina diária de vacinação devem ser oferecidas orientações sobre os possíveis eventos adversos e quanto ao retorno ao serviço caso o mesmo ocorra. Quando efetuado o teste de qui-quadrado admitindo proporções homogêneas na variável CONHECIMENTO, observou-se que 87% detêm conhecimento, frente a somente 13% que não possuem (Qui-quadrado=17,06;gl=01;p <0,001). Com essa pesquisa apontamos para necessidade de educação permanente para os profissionais enfermeiros, sobre o Sistema Nacional de Vigilância dos Eventos Adversos Pós-Vacinação, enfatizando a importância da notificação e investigação dos mesmos, facilitando pesquisas futuras para produção de imunobiológicos menos reatogênicos.

Palavras-Chave: Vacinação. Conhecimento. Papel do Profissional de Enfermagem.

ABSTRACT

As the use of vaccines is one of the main mechanisms of public health policy for the control of infectious diseases, the Ministry of Health created the National Immunization Program (NIP), with the aim of controlling vaccine-preventable diseases. It is the primary cares that are developed activities to control these diseases in childhood, specifically in the sector vaccine units. It is for the nurse to maintain and / or recovery of health status of the community of Basic Health Unit (BHU) offering coverage, including the NIP. This is a descriptive, cross-sectional and quantitative study. Was conducted largely in BHUs in Mossoró/RN. The study aimed to investigate the association between the reporting of adverse events following immunization (AEFI) and knowledge of nurses on vaccine ,characterize the social and professional status of nurses , check the knowledge of nurses about the NIP and know the work of nurses that report AEFI. Data were collected in September 2013. Most professionals were female, married and with a average age of 43.9 years . Regarding the level of education, 54.9 % are specialists in Public Health. The questions related to the NIP, 93 , 6 % evaluated the rate of children receiving care as good or very good, 48.4 % rated the compliance with the rules and routines of the vaccination room as good and 45.2 % rated their contribution to the meet such standards as good or very good .Concluded that the group perceives itself as responsible for NIP. As related to the association data between conducting AEFI and knowledge of nurses in vaccine, 61.3 % of nurses interviewed had attended at least a notification of AEFI. Nurses who have already notified, 94.7 % (18/19) had a good knowledge about the vaccine and adverse effects thereof . Nurses who have never performed AEFI notifications, 75.0 % (9/12), also has much knowledge about vaccination and adverse events to vaccines . These data clarify increasingly, that during the daily routine vaccination guidelines about possible adverse events must be offered and how to return to service if it occurs. When performed the chi- square test assuming homogeneous proportions in the KNOWLEDGE variable, we found that 87 % hold knowledge , compared to only 13 % who do not have (Chi- square = 17.06 , df = 01 , p < 0.001). With this research we point to the need for continuing education for nurses on the National System of Surveillance of Adverse Events Following Immunization, emphasizing the importance of reporting and investigation thereof, facilitating future to produce less reactional lesions immunobiological research.

Key words: Vaccination. Knowledge. Role of Vocational Nursing.

LISTA DE SIGLAS

AIDIPI	Atenção integral a Doenças Infecciosas Prevalentes na Infância
BCG	Bacilo Calmette-Guérin
CEME	Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças e Central de Medicamentos
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CGPNI	Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunização
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COIMU	Coordenação de Imunobiológicos
CONPI	Coordenação de Normatização do Programa Nacional de Imunização
CRIES	Centro de Referência para Imunológicos Especiais
CTAI	Comitê Técnico Acessor em Imunizações
DTP	Vacina Tríplice Bacteriana (Difteria, Tétano e Coqueluxe)
EAPV	Eventos Adversos Pós-Vacinação
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
INQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
LBA:	Legião Brasileira de Assistência: mãe/criança
OMS	Organização mundial de Saúde
ONG	Organizações Não –Governamentais
PACS	Programa de Agentes comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PASNI	Programa de Auto-Suficiência Nacional em imunobiológicos
PNI	Programa Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
SBMT	Sociedade Brasileira de Medicina Tropical
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SMS	Secretarias Municipais de saúde
SPVEAPV	Sistema Passivo de Vigilância de Evento Adverso Pós-Vacinação
SUS	Sistema único de Saúde
TV	Vacina Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola)
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIP	Vacina Inativada Contra Poliomelite

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 JUSTIFICATIVA E PROBLEMATIZAÇÃO	12
1.2 HIPÓTESE	13
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
3.1 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	15
3.2 PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO (PNI)	20
3.2.1 A atuação do enfermeiro no PNI.....	22
3.3 IMUNIZAÇÃO	24
3.3.1 Imunidade	24
3.3.2 Vacinação em Crianças até 2 anos de idade no Brasil	25
3.3.3 Eventos Adversos Pós-vacinação.....	28
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	34
4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	34
4.2 LOCAL DA PESQUISA	34
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	35
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS	35
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	36
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	36
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	37
4.8 FINANCIAMENTO	39
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
5.1 DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	40
5.2 DADOS REFERENTES À ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PNI	43
5.3 DADOS RELACIONADOS QUANTO A ASSOCIAÇÃO ENTRE A REALIZAÇÃO DE EAPV E O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS EM SALA DE VACINA	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES.....	54
ANEXOS.....	62

1 INTRODUÇÃO

No Brasil a saúde da criança apresenta-se vinculada ao oferecimento de condições básicas de vida, dentre elas, oferta e qualidade de serviços de saúde, alimentação, moradia, educação, renda familiar, saneamento básico, condições ambientais, lazer, transporte, entre outras (PINA, 2009).

Todos esses benefícios citados acima tiveram início na década de 70 com o surgimento das Organizações Não-Governamentais (ONG), que tinha como objetivo da resolutividade aos problemas que acometiam as crianças e adolescentes e passaram a investir em projetos, disponibilização de abrigo, creches, alimentação, capacitações, com contribuições de instituições e da comunidade sem fins lucrativos, em busca de qualidade de vida das crianças acometidas pela pobreza (PILLOTTI, RIZZINI, 1995; SANTANA, 2000).

Porém, na década de 1980 foi criado O Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), cujo objetivo foi o aumento do acesso à assistência à saúde da criança por meio da extensão da cobertura dos serviços de saúde, e na melhora da resolutividade dos problemas mais prevalentes e relevantes na infância. Foi a partir deste marco, que o Ministério da Saúde passou a adotar estratégias como identificar e priorizar ações básicas de saúde que logo viriam a receber nome de ações básicas na assistência integral à saúde da criança (FIGUEIREDO, 2008).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi um dos programas criados para controlar a mortalidade infantil no qual tinha o objetivo de diminuir a mortalidade materna infantil no norte e no nordeste brasileiro, tendo o ACS o elo de ligação da equipe de saúde com a comunidade, que por meio de visitas domiciliares identificariam as necessidades na promoção, prevenção e educação e saúde de acordo com o perfil de cada localidade. Outro programa criado foi o Programa de Saúde da Família (PSF) que no ano de 1994 veio suceder o PACS, atuando na melhor estruturação da Atenção Primária a saúde por meio do embasamento dos princípios e diretrizes do SUS, no que se referia a universalidade e igualdade de acesso, integralidade e equidade por meio do trabalho em equipe o que possibilitaria um melhor reconhecimento das necessidades da localidade assistida (SAITO, 2008).

No ano de 1996 o Brasil adotava-se a Estratégia AIDIPI por meio de uma proposição da OMS e do UNICEF, em reduzir a mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade; diminuir a incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas e de distúrbios nutricionais e a garantia da qualidade da atenção à saúde dos menores de cinco anos, nos

serviços de saúde e no domicílio e na comunidade. Surgia assim como um processo de atenção à saúde da criança em conformidade com a atenção primária à saúde, com um propósito de realizar uma avaliação sistemática dos principais fatores que acometem a saúde da criança, por meio da integração de ações curativas e medidas de promoção e prevenção, com objetivo de alcançar a qualidade do atendimento (BRASIL, 2002).

Visto que: “O uso de vacinas é um dos principais mecanismos das políticas de saúde pública para o combate às doenças infecciosas” foi formulado em 1973 sob determinação do Ministério da Saúde por meio de uma equipe técnica do departamento nacional de Profilaxia e Controle de doenças e Central de Medicamentos (CEME) da Presidência da República, o Programa Nacional de Imunização (PNI), que só em 1975 veio a ser institucionalizado após erradicação de doenças infecciosas imunopreveníveis por meio da erradicação da varíola e controle da poliometrite (BRASIL, 1998; BRASIL, 2003a).

O PNI foi criado com o objetivo de controlar as doenças imunopreveníveis por meio da criação de normas e orientações técnicas para o uso de imunobiológicos, além do fornecimento desses imunobiológicos para estados e municípios, com intuito de coordenar, supervisionar a utilização destes, contribuem para produção dos mesmos no país. Antes de ser criado o PNI, as ações de imunização no Brasil voltava-se para doenças específicas que com o surgimento do PNI as ações de imunização passaram a fazer parte da rotina diária dos serviços de saúde (BRASIL, 2003a; RIBEIRO, 2010).

Com o passar dos anos, o PNI foi destacando-se a nível nacional e internacional pelo controle e erradicação das doenças imunopreveníveis em todo seu território, como resultado das ações planejadas e sistematizadas do programa, o que levou a busca de melhorias como o investimento para melhor qualidade dos imunobiológicos disponibilizados pelo programa, criação da rede de frio que dispõe do condicionamento adequado e necessário para os imunobiológicos e passou a controlar e notificar os Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV), além da capacitação profissional para técnicos gerencial promovendo uma assistência universal e descentralizada (BRASIL, 2003a).

Após o surgimento do PNI à medida que eram disponibilizadas novas vacinas foram diminuindo o surgimento de casos de doenças imunopreveníveis e aumentando o surgimento de eventos adversos pós-vacinação, começando a surgir a necessidade de conhecer os imunobiológicos, os riscos e benefícios que os mesmos expõem o indivíduo após sua utilização, avaliar a frequência e saber identificar um EAPV (BRASIL, 2005).

Segundo Waldmani, et al. (2011), alguns fatores como cumprimento de normas técnicas de armazenagem e administração desses imunobiológicos, conforme orienta o

manual do PNI, podem-se prevenir ou identificar os EAPV. Deve-se ainda levar em consideração a necessidade de avaliar a criança a ser vacinada previamente a administração da vacina, orientar os genitores ou acompanhantes sobre a possibilidade de ocorrência de um EAPV e a necessidade e importância de sua notificação nos eventos mais graves.

É na Atenção Primária que são desenvolvidas as ações de controle das doenças imunopreveníveis na infância, especificamente, no setor sala de vacina, na qual são os locais onde ocorrem a administração de imunobiológicos nos serviços de saúde, que devem-se oferecer ações e técnicas seguras, de maneira a evitar infecções aos indivíduos decorrente da quebra de técnicas específicas e manuseio inadequado, causando alterações nos imunológicos. Porém, para garantir técnicas seguras, os profissionais que atuam nessa sala devem ter conhecimentos técnicos, sejam eles de nível médio ou superior sobre os fatores que garantem uma melhor eficácia e diminuição dos EAPV (BRASIL, 2001b; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008).

Em 17 de julho de 2006, no Brasil ficou estabelecida-se por meio da Portaria 1.602, os calendários de Vacinação da Criança, do Adolescente, do Adulto e do Idoso, baseado no que estava disposto no Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamentava a Lei nº. 6.259 de 30 de outubro de 1975, cujo objetivo era manter controlada, eliminada e erradicada as doenças imunopreveníveis.

Por fim, incube ao enfermeiro, se preocupar na manutenção e/ou recuperação do estado de saúde da coletividade (pessoas, grupos, famílias e comunidades) que cabe a Unidade Básica de Saúde que profissional atua dando cobertura, de modo que esse profissional compõe uma equipe multiprofissional, na qual desenvolve as ações do PNI, planejando, organizando e supervisionando as ações de enfermagem na atenção básica de saúde com intuito de promover o controlar as doenças imunopreveníveis, baseando-se no princípio que segundo Maciel (2008), a criança deverá receber uma assistência voltada para prevenção de doenças favorecendo um crescimento saudável, tendo suas necessidades avaliadas e com atenção adequada as suas necessidades. (SANTOS et al., 2006; ALEXANDRE; DAVID, 2010).

1.1 JUSTIFICATIVA E PROBLEMATIZAÇÃO

O interesse pelo tema surgiu a partir das dificuldades encontradas, durante o exercício da profissão como auxiliar de enfermagem atuante na sala de vacina de uma UBS do município de Mossoró de como identificar e notificar um Evento Adverso Pós-Vacinação

(EAPV) e as condutas adequadas frente a estes, decorrente de uma possível falta de conhecimento do profissional enfermeiro (a), que devem supervisionar e acompanhar a utilização desses imunobiológicos na Atenção Básica de Saúde. Durante aproximadamente três anos de atuação em sala de vacina foi realizada a 1º notificação de EAPV por meio de conhecimentos adquiridos durante estudos para realização desse trabalho. É de grande importância o enfermeiro ter conhecimentos sobre os EAPV e as condutas frente a estes, incentivando-se a pesquisar se esse profissional responsável por supervisionar as ações de imunização na UBS em que atua tendo conhecimentos necessários diante um EAPV.

Dessa forma, sentimo-nos motivadas pelo interesse e resolução do seguinte problema de pesquisa: Qual a relação entre a realização de notificação de EAPV e o conhecimento dos enfermeiros sobre o tema?

1.2 HIPÓTESE

Nessa monografia, acreditamos na hipótese de que o conhecimento restrito dos enfermeiros sobre os EAPV, influencia na subnotificação desses eventos, bem como a realização de condutas frente a estes.

Apresentamos a seguir, os objetivos desse trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Averiguar a associação entre a realização de notificação de Eventos Adversos Pós-Vacinação e o conhecimento dos enfermeiros sobre Vacina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação social e profissional dos enfermeiros;
- Verificar o conhecimento do enfermeiro acerca do Programa Nacional de Imunização;
- Conhecer a atuação do enfermeiro da prática de notificação de Eventos Adversos Pós-Vacinação.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Considerando fatos passados podemos compreender a forma como certos fenômenos se apresentam em determinados momentos, nos permitindo perceber a existência de relações e conexões entre os diversos momentos e acontecimentos da história. “A história não é estática, inerte, mas está sempre influenciando e sendo influenciada por todos os fatos que a compõem” (SANTANA, 2000)

Tratando da evolução histórica da atenção à criança, percebe-se a desvalorização existente mesmo anteriormente ao nascimento de Cristo conforme Deuteronômio 21, que relatava que o filho que não fosse obediente ao seu pai e a sua mãe, era levado pelos mesmos para ser julgado pelos anciões e apedrejados por todos os homens da cidade até que morresse. O filho desobediente era considerado como a maldição da família.

O nascimento de Jesus Cristo, homem que pregava a igualdade entre os povos, representou um marco no tratamento às crianças, visto que exaltava a pureza das mesmas. Ele apostava na construção dos primeiros ensinamentos [...] E ainda implantou as primeiras noções de valorização da criança “[...] (SANTANA, 2000 p.16)

Na evolução do processo histórico tanto os gregos quanto os romanos, as crianças eram desvalorizadas assim como entre os hebreus, onde eram enjeitadas, desprezadas e era comum o infanticídio. Essas atitudes eram autorizadas pelos pais quando não aceitava o filho, rejeitava-o, abandonava-o e deixava a criança num monturo público para ser recolhida, enquanto que, quando acolhia o filho o pai o levantava nos braços como sinal de aceitação (ASSIS, 1995). Na Idade Média, apenas 20% das crianças sobreviviam e das abandonadas 1 de cada 10 chegavam à idade de 20 anos. Esses dados relacionam-se a exposição nas quais as crianças eram submetidas na época, que logo ao nascimento eram entregues as mulheres remuneradas como amas de leites para amamentá-las e cuidá-las. Era um trabalho que não era supervisionado nem acompanhado pelos pais, quando ocorria algum óbito e que eram informados não causavam muita sensibilização com a perda do filho. Com essa taxa de sobrevivência os líderes do governo começaram a preocupar-se com uma possível falta de homens para o exército e de mão de obra para produção de suprimentos necessários a sobrevivência da população. Porém, passaram a incentivar a adoção das crianças

abandonadas, através da recompensação das famílias que as à adotassem e preservar a vida das crianças e adolescentes que no final do século XIII adquire um valor mercantil (BADINTER,1985).

De elemento de pouca importância, passa a ter valor de produto em extinção. Marca também dessa época é a maneira nada peculiar de apresentar as crianças, seja pela pintura ou escultura, onde apareciam como miniaturas de adultos. Todavia, conforme demonstra (ARIÈS, 1981, p.69).

No meio dos povos hebreus as crianças já eram desvalorizadas e vistas na rua pedindo comida para sobreviver. Não era rejeitada somente a criança pobre, mas a rica também, quando se tentavam reduzir ao número dos herdeiros, além da exclusão quando acometidas por más formações congênicas (SANTANA, 2000).

Ainda segundo a autora anteriormente citada, também quanto ao processo de colonização, os índios, crianças e adultos não tinham respeitados seus costumes, crenças, leis e valores, tendo sido submetidos pelos portugueses a imposições sobre mudanças de hábitos de acordo com a cultura portuguesa. Todos eram submetidos aos trabalhos escravos, filhos morriam ainda no ventre materno, em consequência do excesso de trabalho das mães, excesso de peso e tarefas inapropriadas para uma mulher gestante.

Enquanto pequeninas, as crianças escravas serviam como brinquedo dos filhos dos senhores (a quem inclusive eram doadas como presente) e divertimento das visitas, ou seja, eram consideradas animaizinhos de estimação (cavalinhos, macaquinhos). Os filhos dos escravos logo deixavam de ser crianças para entrarem no mundo do trabalho (PILOTT, RIZZINI, 1995, p.20).

Quando chegavam a nascer seus pais já sabiam que o filho passaria pela escravidão, por isso que quando as mulheres abortavam muitas vezes o aborto era bem aceito como forma de não gerar outro ser apenas para sofrer nas mãos dos senhores, conforme afirma SANTANA (2000):

Como nesse processo de vida, ou de morte, o que importava era o lucro, esperar 7 ou 8 anos (era a idade em que as crianças já trabalhavam como mensageiro, carregador de encomendas, pajens, entre outras tarefas) significava prejuízo financeiro, daí surgem às primeiras formas de abandono - abandono no sentido de serem expulsos de casa - porque, mesmo estando no ambiente doméstico, não lhes era permitido o convívio íntimo em termos de espaço físico, relações, apropriação e liberdade de expressão e de ação. Não lhes era facultado o direito de serem crianças, gente, ônus carregado pela raça, pela classe a que pertenciam (p.18).

Porém, no ano de 1871 foi criada a Lei do Ventre Livre para libertar os filhos das escravas. Segundo essa lei, os patrões eram obrigados a assumir as responsabilidades das crianças até os 8 anos de idade, porém esses continuaram ainda a tratá-los com semelhança aos escravos (LIMA, VENÂNCIO, 1996).

Quanto à exclusão de adolescentes no Brasil, uma reflexão sobre todos os acontecimentos durante a colonização europeia, do papel do negro e a atenção que as crianças recebiam nessa época, nos faz perceber que fatos históricos sempre refletem nas relações atuais (SANTANA, 2000).

A atenção às crianças índias, órfãs e enjeitadas no Brasil, iniciou-se com a atuação dos jesuítas por meio de trabalhos educacionais ou de catequização seguindo os princípios de Portugal tentando de essa forma moldar o comportamento dos mesmos. Com essa atuação dos Jesuítas durante mais ou menos um século e meio, as crianças pobres do Brasil recebia auxílio de religiosos (ARANTES, 1995).

Segundo a moral cristã dominante, os filhos nascidos fora do casamento não eram aceitos e, com frequência, estavam fadados ao abandono. A pobreza também levava ao abandono de crianças, que eram deixadas em locais públicos, como nos átrios das igrejas e nas portas das casas. Muitas eram devoradas por animais (PILOTTI, RIZZINI 1995, p.10).

Mesmo com essa atenção dos jesuítas em 1726 na Bahia, surgia a Roda dos Expostos na qual se colocava a criança enjeitada ou exposta para adoção, onde podiam permanecer até dois meses na casa da Roda, quando seriam destinadas as famílias com baixa remuneração. As não adotadas pelas famílias ficavam na Casa de Expostos até completar os sete anos de idade para ser entregue ao juiz e o mesmo teria poder de decisão a quem encaminharia a mesma (VENÂNCIO, 1996).

Na mesma época da Roda dos Expostos sanitaristas e higienistas, constituíram noções de puericultura como a importância de saneamento básico e uma visão diferenciada através da melhora da atenção ao corpo da criança, fatos esses que provocou no final do século XIX o surgimento da especialidade na medicina voltada para crianças a pediatria (SANTANA, 2000).

Os casos de abandono de menores no Brasil iniciaram-se com a chegada dos europeus e ainda permanece nos dias atuais. As primeiras crianças brasileiras que nasciam da mistura das raças sofriam enjeição e marginalização por várias causas, até mesmo abandono dos senhores (FIGUEIREDO, 2008).

No ano de 1942 foi criada para oferecer uma assistência à mãe e a criança a Legião Brasileira de Assistência (LBA): mãe/criança com objetivo de fortalecer a política de assistência social no âmbito nacional, mantida pelos institutos de previdência. Na década de 70 surgiram as Organizações Não-Governamentais (ONG), e suas finalidades de oferecer assistência em busca da resolutividade dos problemas que acometiam as crianças e adolescentes, por meio do desenvolvimento de projetos, oferta de abrigo, creches, alimentação, capacitações, com a participação de instituições e da comunidade sem fins lucrativos, buscavam melhorias de vida das crianças acometidas pela pobreza (PILLOTTI, RIZZINI, 1995; SANTANA, 2000).

Na década de 1980 O Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), foi criado com o objetivo de aumentar o acesso à assistência à saúde pueril através da extensão da cobertura dos serviços de saúde, além do aperfeiçoamento da resolutividade dos problemas mais prevalentes e relevantes e a partir dele, o Ministério da Saúde adotou estratégias como identificar e priorizar ações básicas de saúde que logo receberam o nome de ações básicas na assistência integral à saúde da criança (FIGUEIREDO, 2008).

Todavia o poder público e a sociedade brasileira explicitam, no plano da retórica, que é necessário proteger as crianças para assegurar a elas e a todos um futuro promissor, tanto que é voz geral que “a criança é o futuro do país”. Nessa linha de raciocínio, formulam-se leis maravilhosas e muito claras a esse respeito. Exemplo disso é o Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como a Declaração dos Direitos da Criança [...](SANTANA, 2000. p.34).

A Declaração Universal dos Direitos das Crianças- UNICEF, em 1959 veio estabelecer no seu princípio IX a respeito da proteção contra o abandono e exploração no trabalho:

A criança deve ser protegida contra toda forma de abandono, crueldade e exploração. Não será objeto de nenhum tipo de tráfico. Não se deverá permitir que a criança trabalhe antes de uma idade mínima adequada; em caso algum será permitido que a criança dedique-se, ou a ela se imponha, qualquer ocupação ou emprego que possa prejudicar sua saúde ou sua educação, ou impedir seu desenvolvimento físico, mental ou moral (UNICEF,1959,.p.3)

No Estatuto da Criança e do Adolescente criado em 1990 a partir da lei nº8069/90 após a ocorrência de diversos movimentos em defesa da criança e do adolescente, cujos objetivos eram erradicar com os internatos que eram utilizados para corrigir e contê-los, denunciavam os maus tratos como exploração de crianças e a utilização das mesmas para

furtos e transporte de drogas, lutavam por uma sociedade com igualdade e menos excludentes, no art. 4º estabelece que:

[...] é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2008d, p. 9)

Em nosso país, a saúde infantil tem um perfil que está intimamente ligado ao oferecimento ao conjunto da população, de condições básicas de vida, tais como oferta e qualidade de serviços de saúde, alimentação, moradia, educação, renda familiar, saneamento básico, condições ambientais, lazer, transporte, entre outras (PINA, 2009)

Um dos programas criados para o controle da mortalidade infantil foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi criado com o objetivo de diminuir a mortalidade materna infantil no Norte e no Nordeste, tendo o ACS como o meio de ligação da equipe de saúde com a comunidade, identificando através das visitas domiciliares as necessidades na promoção, prevenção e educação e saúde de acordo com o perfil de cada localidade e o Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994 para suceder o PACS, e atuar na melhor estruturação da Atenção Primária através de princípios e diretrizes do SUS relacionados à universalidade e igualdade de acesso, integralidade e equidade através do trabalho em equipe, o que possibilita um melhor reconhecimento das necessidades da localidade assistida (SAITO, 2008).

“As dificuldades para organização de um sistema de saúde efetivamente integral traduzem o grande desafio de adequação das políticas de saúde aos diferentes contextos sociais” (SAITO, 2008, p.55).

A AIDPI foi adotada no Brasil em 1996, de acordo com a proposição da OMS e do UNICEF, tendo como objetivos a redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade; diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas e de distúrbios nutricionais; garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de cinco anos, tanto nos serviços de saúde quanto no domicílio e na comunidade; essa estratégia surgiu como uma metodologia de atenção à saúde da criança em consonância com a atenção primária à saúde, propondo uma avaliação sistemática dos principais fatores que afetam a saúde infantil, integrando ações curativas com medidas de promoção e prevenção, buscando a qualidade do atendimento. Nas últimas décadas, a mortalidade infantil foi sendo reduzida lentamente, despertando inquietações governamentais e nas instituições que se voltam para

qualidade de vida da criança, o que instigou a busca e identificação dessas causas (BRASIL, 2002).

Com o passar dos anos a mortalidade infantil diminuiu com o controle das doenças prevalentes na infância que ainda representa 28% dos casos de óbitos infantil, porém superados pelos 38% de óbitos neonatais. Todavia, foram estabelecidas pelo nível não governamental e governamental estratégias para reduzir esses óbitos conforme apresenta a AIDPI (2012, p.8):

[...] o Programa de Humanização no Pré-Natal e nascimento, o pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a criação da Rede Norte-nordeste de Saúde perinatal, a Rede Cegonha e a Rede Amamenta Brasil, além da capacitação de Profissionais na estratégia da AIDPI Neonatal e em Reanimação Neonatal.

Na saúde da criança, a redução da mortalidade infantil tem sido um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo. Tais doenças podem ser evitadas pela melhoria das condições de vida da população e disponibilidade de ações eficazes de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento. A promoção da saúde integral da criança vai além da preocupação com a redução da mortalidade na infância, englobando o compromisso mútuo entre instituições governamentais e sociedade pela qualidade de vida da criança (PINA, 2009).

3.2 PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO (PNI)

Em 1973 por determinação do Ministério da Saúde foi formulado e elaborado pela equipe técnica do Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças e Central de Medicamentos (CEME) da Presidência da República, o Programa Nacional de imunização (PNI) sendo um dos pontos a serem implementados pelo governo redirecionando o setor da saúde. Porém, só em 1975 o PNI foi institucionalizado após uma avaliação a nível nacional e internacional que constataram a erradicação da varíola e controle da poliomielite, além da capacidade da (CEME) de produzir medicamentos para serviços público e dos próprios imunológicos para o país (BRASIL, 1998).

Antes da criação do PNI, no Brasil as ações de imunizações estavam voltadas para doenças específicas, e após o seu surgimento a imunização passou a fazer parte da rotina diária dos serviços de saúde. No início objetivava-se controlar a poliomielite, sarampo,

tuberculose, difteria, tétano, e coqueluche e sustentar a erradicação da varíola (BRASIL, 2003a).

Essas circunstâncias fizeram com que o Ministério da Saúde, ao instituir o PNI, buscasse a integralidade das ações de imunização realizadas no País, que eram então fortemente marcadas pela atuação de programas nacionais de controle de doenças específicas. Assim, o PNI passou a coordenar as atividades de imunização desenvolvidas rotineiramente na rede de serviços e, para tanto, traçou diretrizes pautadas na experiência da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), com a prestação de serviços integrais de saúde por intermédio de sua rede própria (BRASIL, 1998, p.10).

No âmbito internacional o PNI destaca-se por no Brasil ter erradicadas ou controladas as doenças imunopreveníveis em sua população numerosa e em seu extenso território. Destaque esse alcançado, decorrente das ações desenvolvidas de forma planejada e sistematizada. Foi a partir dessas ações que o PNI começou a investir na qualidade dos imunológicos disponibilizados por esse programa, por meio da criação da rede de frio o qual dispõe sobre o condicionamento dos mesmos, passou a controlar o surgimento de EAPV (Eventos Adversos Pós-Vacinação) e criou um sistema de notificação para registro da ocorrência dos mesmos, em qual capacitaram gestores técnico–gerencial além de promover uma assistência universal e descentralizada (BRASIL, 2003a).

Apresenta como objetivo controlar as doenças imunopreveníveis por meio de normas e orientações técnicas para o uso de imunobiológicos, além de fornecê-los para as esferas governamentais (estados e municípios), coordena, supervisiona a utilização dos mesmos e participa da sua produção no país (RIBEIRO, 2010).

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é o órgão a nível nacional responsável pelo PNI, sendo a FUNASA integrante do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), o qual estrutura e divide a coordenação do PNI de acordo com responsabilidades incumbidas a cada uma delas, para melhor coordenar e estruturar o programa. Compreendem essas coordenações de acordo com o Ministério da Saúde: Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunização (CGPNI); Coordenação de Imunobiológicos (COIMU); Coordenação de Normatização do Programa Nacional de Imunizações (CONPI) (BRASIL, 2001b).

De forma uniformizada para todo o Brasil as normas e orientações de caráter técnico, gerencial e operacional do PNI, são divulgadas e sistematizadas pelo envio de documentos técnicos, normativos e operacionais por toda rede de serviços. Tais normas são instituídas com participação do âmbito estadual e municipal, através de órgãos responsáveis pelo funcionamento do PNI e por outras instituições, associações e organizações (BRASIL, 1998).

Em toda história do PNI a criação do Comitê Técnico Acessor em Imunizações (CTAI) em 1991 e o Centro de Referência para Imunológicos Especiais (Cries) 1993, foram de fundamental importância para o desenvolvimento do Programa. Enquanto que, os Cries correspondem a uma unidade de vacinação integrante do PNI destinada ao fornecimento dos imunológicos especiais perante prescrição médica, problemas clínicos, substituição de imunológicos da rotina básica após EAPV e em pacientes imunodeficientes (BRASIL, 2003a).

O CTAI é um dos órgãos responsáveis por participar da formulação das normas e orientações técnicas do PNI e é integrado por representantes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT), das cinco macrorregiões do País, bem como por técnicos de diferentes setores do nível federal (BRASIL, 1998).

Hoje, o Programa apresenta um novo perfil gerencial, com integração entre os três níveis — municipal, estadual e federal, que discutem juntos normas, definições, metas e resultados, propiciando a modernização continuada de sua infra-estrutura e operacionalização (BRASIL, 2003, p.22).

Ao Âmbito Nacional e ao SUS estão aliado as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), cabendo a SES estruturar e operacionalizar a imunização, dando ênfase ao controle e erradicação de doenças imunopreveníveis. Enquanto as SMS ficam responsáveis pelas práticas de vacinação. Acrescenta-se ainda a participação das Forças Armadas que atuam no PNI, através da administração de imunobiológicos em regiões do país que impossibilita a locomoção das equipes de saúde, ou seja, locais de difíceis acessos na Região Norte e fronteiras do país (BRASIL, 1998).

3.2.1 A atuação do enfermeiro no PNI

Segundo Maciel (2008), a criança deve receber um atendimento direcionado à prevenção de doenças e promoção de um crescimento saudável. Para isso é importante que o profissional enfermeiro (a) identifique os fatores significantes que podem interferir na qualidade de vida da criança de uma forma universalizada e integral a partir da observação do meio que a mesma está inserida e do respeito a particularidade de cada uma.

Cabe ao enfermeiro, se preocupar em manter e/ou recuperar o estado de saúde de pessoas, grupos, famílias e comunidades nas quais a Unidade Básica de Saúde de atuação

desse profissional oferece cobertura, visto que esse profissional faz parte da equipe multiprofissional que operacionaliza o PNI, por meio do planejamento, organização e supervisão das ações de enfermagem na atenção básica de saúde cujo objetivo é promover o controle das doenças imunopreveníveis (SANTOS et al., 2006; ALEXANDRE; DAVID, 2010).

O Programa Nacional de Imunizações tem como objetivo, em primeira instância, a ampla extensão da cobertura vacinal de forma homogênea, para que a população possa ser provida de adequada proteção imunológica. A meta operacional básica é a vacinação de 100% das crianças menores de um ano, com todas as vacinas indicadas no Esquema de Vacinação e também a outros grupos populacionais conforme a priorização, objetivando o controle, eliminação e erradicação de doenças evitáveis pela vacinação (BARBOSA; PEREIRA 2007, p.80).

Portanto, novos processos de trabalho devem ser criados, levando sempre em consideração a humanização da assistência e a segurança nos procedimentos a serem realizados a partir do seguimento de normas e rotinas do PNI, que por meio do cumprimento destas normas, pode-se garantir uma melhor eficácia dos imunobiológicos, favorecendo para que a vacinação seja considerada uma forma de custo benefício efetiva no setor de saúde em que se reduziu a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis (BARBOSA; PEREIRA 2007).

Contudo, o êxito na prevenção dessas doenças se deve, em grande parte, a dois fatores de suma importância: a organização dos serviços de imunização, oferecidos aos usuários, na sua maioria em serviços públicos nas Unidades Básicas de Saúde; deve-se, também ao conhecimento e dedicação da equipe responsável pelas vacinas, que inclui principalmente enfermeiros e técnicos e/ou auxiliares de enfermagem (ALEXANDRE; DAVID, 2008, p.107-113 apud SILVA; FIGUEIREDO, 2010, p.2).

Na sala de vacina deve trabalhar um profissional de enfermagem de nível técnico, sob supervisão de um profissional de nível superior (Enfermeiro da UBS), capacitado para acolher a criança que chega ao serviço, realizar a verificação e o registro de temperatura da geladeira diariamente no início e no final do expediente; reposição de material de expediente para sala de vacina; checar validade e lotes de imunobiológicos; informar a enfermeira responsável pela supervisão da sala de vacina quando ocorrer riscos de comprometimentos de imunobiológicos decorrentes de alterações na temperatura da geladeira; fornecer ao usuários informações quanto ao imunobiológico a ser administrados, possíveis eventos adversos,

aprazamento da próxima dose; seguir técnicas adequadas para administração das vacinas (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b).

Sendo ainda de responsabilidade do profissional que atua na sala de vacina, manter ordem da sala de vacina; realizar registro em mapas diário de doses aplicadas; realizar fechamento do boletim mensal de doses aplicadas e juntamente com a equipe de enfermagem realizar busca ativa de faltosos, cabendo ao enfermeiro supervisionar o manuseio, conservação e administração destes imunobiológicos (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b).

Ao enfermeiro responsável pelo PNI na atenção básica, incube a avaliação do funcionamento do programa, criar estratégias de trabalho e avaliar os resultados das ações de enfermagem acerca do PNI, manter normas técnicas de procedimento para administração de imunológicos, rede de frio, descartes de seringas e agulhas, desinfecção de geladeira e sala de vacina, solicitação de imunobiológicos e insumos mensais, notificar procedimentos inadequados e intecorrências na rede de frio, notificar os eventos adversos pós-vacinação, supervisionar o cumprimento do calendário básico de imunização seguindo orientações do Ministério da Saúde e esclarecer dúvidas surgidas em situações especiais, realizar capacitações de atualização profissional sobre as vacinas, prover profissionais que atuem na sala de vacina diariamente, evitando possibilidades de o usuário sair da unidade sem a administração de imunobiológicos e formular estratégias de busca a crianças com vacinação incompleta ou atrasada, ressaltando a importância de prevenir as doenças imunopreveníveis (ALEXANDRE; DAVID, 2010).

3.3 IMUNIZAÇÃO

3.3.1 Imunidade

A imunidade cujo nome deriva-se da palavra *immunitas*, caracteriza-se pela proteção contra as doenças, particularmente as infecciosas. As células e moléculas responsáveis por essa proteção compõem o sistema imunológico, cuja função é promover a defesa do organismo contra agentes infecciosos, que ao ser induzido por meio de substâncias que não pertencem ao organismo, desenvolve uma resposta imunológica (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI 2008).

Essa resposta imunológica classifica-se em imunidade inata e imunidade adaptativa. A imunidade inata corresponde à resposta imediata pré-existente sendo a mesma restrita a grupos de moléculas, sendo essa uma característica dos micróbios e sua mediação ocorre por meio dos fagócitos. A imunidade adaptativa desenvolve-se de forma tardia, amplia-se diante

de um patógeno ou antígeno, possui memória imunológica e capacidade de clonagem reconhecendo os peptídeos de estruturas microbianas por meio da mediação de linfócitos (CALICH; VAZ; 2009).

Na imunidade adaptativa ou adquirida a imunidade é estabelecida como uma resposta a infecção adaptando-se a ela, enquanto que, na imunidade natural as defesas celulares irão reagir sempre da mesma forma em uma consecutiva infecção (ABBAS; LICHTMAN;PILLAI 2008).

Ainda sobre a resposta imune adaptativa, podemos destacar a vacinação, por possuir características fundamentais dessa resposta sendo elas a especificidade e memória, ou seja, por meio da memória o sistema imune desenvolve uma resposta com qualidade e intensidade a partir do segundo contato com o antígeno. Porém, a vacina altera os patógenos ou suas toxinas tornando-os inócuos sem que os antígenos percam sua antigenicidade. Essa ação ocorre por as células T citotóxicas e anticorpos reconhecerem alguns antígenos e não o organismo ou toxina (MALE; BROSTOFF; ROITT, 2003).

3.3.2 Vacinação em Crianças até 2 anos de idade no Brasil

A vacina é um produto farmacêutico que se caracterizam como simples, polivalentes, mistas ou associadas de acordo com os microorganismos que as compõem (antígenos) estimulando um estado de imunidade parcial ou total.

São as vacinas responsáveis pelo desenvolvimento de um processo imunológico no organismo através do reconhecimento de substâncias desconhecida ao mesmo, onde ocorre a metabolização, neutralização e /ou eliminação dessas substâncias (KAWAMOTO,2009; BRASIL, 2001a)

“O uso de vacinas é um dos principais mecanismos das políticas de saúde pública para o combate às doenças infecciosas” (BRASIL, 2003b, p.191)

Em todo passado histórico já havia relatos de surtos e epidemias. Porém, um médico persa passou a utilizar as secreções de continuidades das pústulas dos pacientes com varíola em lesões feitas na pele de pessoas sadias para a tornarem resistente à doença ficando essa técnica conhecida como variolação, que em 1771 na Inglaterra passou a ser usada clinicamente para o controle da doença. Em 1796 Edward Jenner através das ordenhadeiras que tinham contato com o vírus da varíola bovina promoveu a imunização das pessoas e com essa prática que logo foi denominada por Lous Pasteur de vacinação que, segundo a Organização Mundial de Saúde erradicou a varíola em 1980 (BALESTIERI, 2006).

A partir da década de 1980, o Ministério da Saúde passou a investir e acreditar nos laboratórios nacionais através da criação do Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos (PASNI), cujo objetivo era fortalecer a produção nacional de imunobiológicos e estabelecer políticas de produção de imunobiológicos. Nos dias atuais o Ministério da Saúde focaliza a certificação das empresas que produzem as vacinas com qualidade de uma produção internacional. Até que se chegasse a eficiência que se tem hoje nos laboratórios e a produção de novas vacinas, o Pasni precisou investir em soluções para recuperar a infra-estrutura, modernizar as instalações e equipamentos, construir novas unidades de laboratórios, capacitação de profissionais especializados e desenvolver e transferir tecnologias para produção de novas vacinas (BRASIL,2003b).

A idéia hoje é que toda vacina produzida no Brasil tenha padrão internacional. É preciso destacar ainda que, considerando os acordos de transferência de tecnologia, o Brasil produz 77% das vacinas que utiliza..O número de vacinas desenvolvidas nos últimos 40 anos é superior ao número de novas vacinas que foram obtidas no passado entre a descoberta da primeira vacina, em 1796, por Jenner, e a década de 1960 (BRASIL, 2003a, p.33.p.117, p.191.)

Em 17 de julho de 2006 por meio da Portaria 1.602, no Brasil instituíam-se os calendários de Vacinação da Criança, do Adolescente, do Adulto e do Idoso, conforme estava disposto no Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, o qual regulamenta a Lei nº. 6.259 de 30 de outubro de 1975, que visa ao controle, à eliminação e à erradicação das doenças imunopreveníveis.

É no Nível Primário de Atenção à Saúde, que são desempenhadas as ações de promoção e prevenção das doenças prevalentes na infância por meio da imunização de acordo com o calendário básico nacional de vacinação da criança que é composto pelas vacinas a seguir: (CENTERS, 2008 apud BRASIL, 2012).

Vacina BCG: *Bacilo de Calmette-Guérin*. Esta vacina foi produzida com o objetivo de prevenir as formas mais graves da tuberculose. Apresenta-se como líofilo e um diluente específico para sua diluição. A BCG é indicada nas primeiras horas de vida e não há limite de idade para sua aplicação, sua dose é única. Existem casos especiais a exemplo de crianças que não apresentaram a cicatriz que indica a eficácia da vacina, devendo essas ser re-vacinadas após seis meses da primeira aplicação (BRASIL, 2006a).

Vacina Contra Difteria, Tétano e Coqueluche (DTP): a vacina tríplice bacteriana (DTP) é composta pela associação dos toxoides diftérico, tetânico e da *Bordetella pertussis* inativados sob a forma de suspensão. É indicada para prevenir a difteria, tétano e coqueluche em crianças a partir de 2 meses até 6 anos, 11 meses e 29 dias (BRASIL, 2006a).

Vacina Contra a Hepatite B: é composta por antígenos HBs, previne a Hepatite B sendo indicada o início de sua aplicação nas primeiras horas de vida. Quando não vacinada na infância a faixa etária que a mesma abrange é até 49 anos de idade (BRASIL, 2006a).

Vacina Inativada Contra poliomelite (VIP): Vacina composta por poliovírus dos tipos I, II,III., que deve ser utilizada somente a partir dos 2 meses de idade, podendo ser aplicada simultaneamente com as outras vacinas utilizadas no PNI (BRASIL, 2006b).

Vacina Meningocócica C: Previne as doenças causadas pela *Neisseria meningitidis* do sorogrupo C, tendo como exemplo a meningite e a sepse. Seu uso é indicado para imunização ativa de crianças com idade igual a 3 meses e menores de dois anos de idade. (BRASIL, 2010b).

Vacina Pentavalente: A vacina DTP/HB/Hib promove a imunização ativa contra difteria, tétano,coqueluche, hepatite B e doenças causadas por *Haemophilus influenzae*.

Vacina Oral Contra a Poliomelite 1, 2, 3, (VOP): É uma vacina composta por três tipos de poliovírus atenuados, I, II,III mais três tipos de exceipientes , e seu uso é indicado para imunização ativa da poliomelite. Sua administração se dá por duas gotas da vacina na via oral (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012).

Vacina Pneucócica 10 valente: É composta pelo *Streptococcus pneumoniae* dos sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F,e 23F, que deve ser administrada em bebês e crianças a partir de 6 semanas a 23semanas para precaver a doença invasiva e otite média aguda causada por essa bactéria.

Vacina Oral Contra Rotavírus Humano G1P1[8] 9atenuada: Rotavírus atenuados isolados de humanos é indicada para promover a prevenção de gastroenterites por VORH o esquema recomendado (2 doses, seguindo os limites de faixa etária: 1ª dose entre o período de 1 mês e

15 dias a 3 meses e 15 dias e a 2ª dose entre o período de 3 meses e 15 dias a 7 meses e 29 dias)(TEODORO, 2010; BRASIL, 2006a; BRASIL,2012b)

Vacina Tríplice Viral (TV): é composta pela combinação dos vírus vivo atenuado do sarampo, caxumba e rubéola), a idade adequada para administração é a partir dos 12 meses de idade e um reforço aos 15 meses, porém é indicada para mulheres em idade fértil (até 49 anos) e em homens 39 anos (SÃO PAULO, 2008).

3.3.3 Eventos Adversos Pós-vacinação

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define como evento adverso, sinais ou sintomas indesejados nos seres humanos, relacionados à utilização de um produto que seja vistoriado pela vigilância sanitária (BRASIL, 2008c). O Ministério da Saúde – MS (BRASIL, 2001a), o define como o surgimento de uma associação temporal relacionada ao sintoma ou doença e a aplicação da vacina, sem relação de causa ou efeito.

Os eventos adversos começaram a aparecer ainda por ocasião da implantação das vacinas como varíola, difteria, tétano, coqueluche, varicela e influenza, influenciando na desistência de alguns indivíduos por serem vacinados, temendo adquirir a doença por meio da vacina. Em decorrência desse temor surgiram novos casos de que possivelmente teriam sido imunopreveníveis (WALDMANI et al., 2011).

Com o surgimento das vacinas e a existência de casos incidentes de doenças imunopreveníveis, os órgãos governamentais não se atentavam para avaliar a eficácia da vacina e os eventos adversos pós-vacinação. Porém, com o surgimento do Programa Nacional de Imunização (PNI) em 1973 e à medida que foram implementadas novas vacinas, foram diminuindo os casos de doenças imunopreveníveis e surgindo mais eventos adversos pós-vacinação, de acordo com o aumento de administração de vacinas. Dessa forma, passou a existir a importância de se estudar os imunológicos nos quais não apresentam com clareza seus riscos e benefícios em virtude da necessidade de analisar com frequência e reconhecer um possível evento adverso (BRASIL, 2005).

Segundo Waldmani, et al. (2011), deve-se levar em conta alguns fatores que podem prevenir ou identificar os EAPV. Fatores esses que fazem parte das normas e rotinas de salas de vacinas: administração de imunológicos, armazenagem e ficha de notificação para registrar os casos de evento adversos pós- vacinação, conforme orienta o manual do PNI. Outros fatores que devem ser abordados são: avaliação da criança a ser vacinada antes da

administração da vacina, orientação aos pais ou acompanhantes quanto aos possíveis eventos adversos, e a necessidade do retorno dos pais caso a criança apresente eventos mais grave.

Em 1998, espelhando-se na experiência de outros países como os precursores em notificar os EAPV surgia no Brasil um Sistema Passivo de Vigilância de Eventos Adversos Pós- Vacinação ou (SPVEAPV), cuja finalidade era controlar e identificar os casos suspeitos ou confirmados de EAPV, no intuito de implementar condutas adequadas de acordo com cada evento (BRASIL, 1998).

Esse SPVEAPV, na sua implantação era controlado pelo PNI e a partir de 2008, passou a ter contribuições do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INQS) da Fundação Oswaldo Cruz. Podem utilizar esse SPVEAPV para notificação, todos os níveis de assistência hospitalar, seja público ou privado, de acordo com orientações dadas para preenchimento da ficha de notificação e códigos disponibilizados na tabela elaborada pelo MS, cujo modelo encontra-se no anexo desse trabalho (BRASIL, 2008b).

O bom desempenho alcançado pelo PNI no Brasil resulta de um conjunto de políticas públicas com foco nos três pilares que lhe dão sustentação, quais sejam elevadas coberturas, equidade no acesso e segurança das vacinas utilizadas (WALDMAN, 2008, p.370).

No local que se disponibiliza a administração de imunológicos nos serviços de saúde conhecido como sala de vacina, devem-se ofertar práticas seguras e preveníveis de eventos infecciosos, evitando-se quebra de técnicas específicas que possam causar alterações nos imunológicos. Para tanto, os requisitos adequados que devem ter os profissionais que atuam na sala de vacina são: conhecimentos técnicos do profissional de enfermagem de nível técnico ou superior a cerca dos princípios que integram a eficácia e diminuição de eventos adversos, entre eles, manuseio, conservação e administração de imunológicos (BRASIL, 2001b).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), faz referência a alguns eventos adversos que podem ocorrer devido à administração da maioria dos imunológicos, ou seja, mais comuns, sendo eles: manifestações locais, febre, convulsão febril, reações de hipersensibilidade (grave, moderada ou leve) e abscesso, cuja frequência e conduta detalhamos no quadro a seguir.

Quadro 1: EAPV mais comuns, sua frequência e condutas recomendadas pelo Ministério da saúde

EVENTOS	FREQUÊNCIA	CONDUTAS
ABSCESSO	Ocasionado em sua maioria de	Avaliação do profissional

	infecções secundárias, quebra da integridade do imunológico, durante seu preparo, manuseio ou administração.	médico para início de terapia apropriada. Uso de compressas frias.
CONVULSÃO FEBRIL	Podem ocorrer entre a faixa etária de 6 meses a 6 anos de idade e tem que se investigar a associação de algum problema neurológico e investigar obrigatoriamente se é meningite.	Oferta de líquidos, leite materno e ambiente ventilados distante do calor solar e outras fontes de calor. Promover aberturas de vias aéreas durante a crise para evitar broncoaspiração,
FEBRE	Podem ocorrer logo após a aplicação da vacina.	Manter a criança em repouso, em ambientes ventilados, oferecer líquidos, administrar antitérmicos (paracetamol ou dipirona 15mg/Kg v.o. ou IM).podendo ser de uso profilático quando na dose da vacina anterior apresentou pico febril elevado.
MANIFESTAÇÕES LOCAIS	Qualquer vacina pode desencadear eventos adversos.	Administração de analgésicos e compressas frias.
REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE	Ocorre em torno de 1 ou 2 horas após a aplicação da vacina.	Contraindicada doses subsequentes para qualquer vacina que tenha o componente que causou o choque anafilático.

Fonte: Brasil (1998).

Embora existam EAPV comuns a diversos tipos de vacina, conforme demonstrado no Quadro1, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008c), nos oferece uma classificação mais específica para esses eventos, conforme descrevemos a seguir:

- **EAPV associados a alterações na imunidade do indivíduo:** ocorrem por ocasião de alguma patologia de origem genética pré-existente (primária) ou patologia secundária que veio alterar a imunidade do indivíduo momentaneamente, também conhecida como eventos adversos decorrente da depressão imunológica.

- **Reações de hipersensibilidade:**

Clasificam-se em:

- Reação de tipo I (anafilático);
- Reação II (quando ocorre destruição de células especificamente da bainha de mielina dos nervos);
- Reação III (vasculite e necrose tecidual no sítio da aplicação);
- Reação IV (hipersensibilidade tardia: imunidade celular dos linfócitos T, citotóxicos direcionada contra células do próprio corpo).

Normatizando o reconhecimento e as condutas frente a esses eventos adversos, o Ministério da Saúde vem propondo aos profissionais de saúde que atuam direta ou indiretamente nas salas de vacina melhores condições de atuação frente aos EAPV, conforme descrito abaixo:

Quadro 2: Vacinas do calendário básico de rotina para crianças, possível EAPV e condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde

VACINA	POSSÍVEIS EVENTOS ADVERSOS	CONDUTAS
BCG	Abscesso e /ou ulceração, no local da aplicação; linfadenite regional.	Orientar o acompanhante sobre a evolução e os cuidados com a lesão que surge no local de administração da vacina; não cobrir a úlcera que resulta da evolução normal da lesão;
DTP (Difteria , Tétano, Coqueluxe)	Dor, vermelhidão e endureção locais; febre, mal-estar geral e irritabilidade nas primeiras 24 a 48 horas. Com menor frequência podem ocorrer sonolência, choro prolongado e incontrolável, convulsões e síndromes hipotônico-hiporresponsiva (hipotonia, sudorese fria e diminuição de resposta a estímulo).	Tratamento sintomático com analgésicos; não usar compressa quente no local que a vacina foi administrada; orientar ao acompanhante para usar compressas frias no caso de vermelhidão no local da administração.
HEPATITE B	Dor local e febre baixa. Mal-estar, cefaléia e fadiga podem ocorrer.	Orientar o acompanhante para fazer compressa fria no primeiro dia, durante 15 minutos, três vezes ao dia; não usar compressa quente no local que a vacina foi

		administrada. Tratamento sintomático. Não contraindica doses subsequentes.
MENINGOCÓCICA C	Febre, rubor, edema e hipersensibilidade/dor, irritabilidade, sonolência e comprometimento do sono, choro, diarreia e anorexia, vômitos, indisposição, cefaléia, mialgia e artralgia.	Ao vômito e ao choro não existe nenhuma conduta especial. Tratamento sintomático.
PENTA (Difteria, Tétano, Coqueluxe, Hib, e Hepatite B)	Dor, edema temporário; aumento da sensibilidade e eritema (vermelhidão no local da injeção, febre; irritabilidade e choro inalterado dentro de 24hs; vômitos, diarreia e alterações nos hábitos alimentares.,	Antitérmicos: de preferência paracetamol, ou dipirona; Realizar compressas gelada no local de administração da vacina.
PNEUMOCÓCICA 10	Febre, dor no local da injeção e irritabilidade, sonolência e perda do apetite.	Administração de analgésicos e antitérmicos.
ROTA VÍRUS	Irritabilidade, perda de apetite, diarreia, vômito, flatulência, dor abdominal, regurgitação de alimentos, febre e intussuscepção (invaginação intestinal).	Avaliação clínico-cirúrgica; Contra indicado administração de dose subsequente.
TRÍPLICE VIRAL (Sarampo, Caxumba e Rubéola)	Febre e erupção cutânea de curta duração, ocorrendo habitualmente entre o 5º e 10º dia depois da vacinação. Meningite, de evolução em geral benigna que aparece de 2 a 3 semanas depois da vacinação.	Administração de analgésico e compressa fria no local. Tratamento sintomático e não há contraindicações para doses subsequentes
VIP (Poliomelite Inativada Injetável)	Eritema, enduração, hiperestesia.	Realizar compressas frias no local de administração da vacina.
VOP (Vacina poliomelite oral)	Após a vacinação acidentes pós-vacinais, paralisias flácidas na proporção em cada 2.390.000	Realizar exames através da coleta de fezes com intervalo mínimo de 24hs. Esse material ser colhido nos primeiros 15 dias após o início do déficit motor. Não há contraindicações

		para doses subsequentes.
--	--	--------------------------

Fonte: Brasil (1998); Brasil (2001a); Brasil (2001b); Brasil (2007).

Os eventos citados no quadro 2 podem ser classificados de acordo com a conduta a ser tomada e com o nível de assistência de cuidados necessário diante de um evento.

- Evento leve, quando se segue somente orientações no controle de sinais e sintomas.
- Evento moderado, quando se há necessidade de intervenção médica para melhora do paciente (BRASIL, 2008c).
- Evento grave: quando ocasiona sequelas, internação hospitalar no mínimo de 24hs , quando causa anomalias congênitas, risco de morte e ocorrência de óbito (BRASIL, 2008c).

Portanto, o PNI apresenta dentro da cartilha para trabalhadores de sala de vacinação sobre a importância do conhecimento dos EAPV e a atuação do SNVEAPV:

Só conhecendo a ocorrência de um conjunto de eventos adversos pós-vacinação é possível analisar se o evento ocorreu dentro da frequência esperada, ou não, e determinar se o evento tem relação com a vacinação (componente da vacina ou técnica de aplicação), ou se é apenas uma associação temporal. [...] Através de uma investigação minuciosa, identifica os lotes mais reatogênicos, isto é, que causam mais eventos adversos pós-vacinação, e decide quanto à sua utilização ou suspensão. Mantém, desse modo, a confiabilidade dos imunobiológicos utilizados no PNI junto à população e aos profissionais da saúde, procurando usar vacinas cada vez mais seguras e menos reatogênicas (BRASIL, 2003a, p.35).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Denomina-se pesquisa a forma sistematizada pelo qual se desenvolve um método científico, porém, a pesquisa social caracteriza-se pela descoberta de novos conhecimentos adquiridos cientificamente tendo como base a realidade social nos âmbitos das diversas ciências (GIL, 2009).

Porém, nesse trabalho foi realizada uma pesquisa social, baseada na metodologia descritiva, do tipo transversal, por meio do método quantitativo.

A metodologia de caráter descritivo permitiu uma observação da imagem precisa das características dos indivíduos, circunstâncias ou grupos, buscando estabelecer relações entre as variáveis, para a confirmação de uma hipótese. Por meio da observação, descrição e documentação dos aspectos da situação a que pretendemos investigar em determinado momento, realizamos a pesquisa transversal (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; VIEIRA; HOSSNE, 2003).

O método quantitativo de avaliações pelo qual foi realizada essa pesquisa trouxe como objetivo, o desenvolvimento de dados precisos e de fácil interpretação, por meio de informação descritiva sobre a forma de implementar algo novo e seu funcionamento na realidade, caracterizando esse método como quantitativo de avaliações da análise de processo. Essa metodologia de métodos quantitativos proporciona um adequado delineamento, exatidão, imparcialidade e interpretação nas respostas pesquisadas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Segundo Laville e Dionne, 1999, p. 43, o método quantitativo é um método de pesquisa positivista que se aprecia os números “pretende tomar a medida exata dos fenômenos humanos e do que os explica [...] uma das principais chaves da objetividade e da validade dos saberes construídos.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

Todas as Unidades Básicas de Atenção Primária à Saúde do município Mossoró/RN, que possuem Estratégias Saúde da Família atuantes, contabilizando um número de 43 (quarenta e três) UBS's, deveriam ter servido de local de pesquisa, no entanto, dificuldades de acessibilidade à Zona Rural impediram que a totalidade das UBS's fosse visitada.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Na pesquisa científica não se estuda um único indivíduo, mas observa-se de forma generalizada um grupo ou conjunto de indivíduos que se denomina população e dentro dessa população são selecionados indivíduos para amostra, visando contribuir para o desenvolvimento do trabalho científico “o que leva algumas considerações sobre a escolha dessas pessoas que serão observadas ou interrogadas, selecionando, às vezes, alguns indivíduos, ou então populações inteiras, ou ainda partes dessas” (RUDIO, 2007. LAVILLE; DIONNE, 1999, p. 168).

A população a ser estudada foi constituída do grupo de enfermeiros que atua na Atenção Primária à Saúde no município de Mossoró/RN. A amostra do tipo estratificada, caracterizada por uma seleção de um subgrupo desta população previamente considerada (GIL, 2009), foi composta por 31 dos 63 enfermeiros (as) que atuam nas 63 (sessenta e três) Equipes de Estratégia Saúde da Família atuantes nos locais de pesquisa.

Inicialmente a amostra seria composta pela totalidade dos enfermeiros (63), no entanto, pela não aceitação de grande parte destes profissionais em participar da pesquisa e das dificuldades de deslocamento para a Zona Rural do município, a amostra foi reduzida aproximadamente em 50%.

Laville e Dionne (1999), também referem-se a esse tipo de amostra como a mais requintada, pois os estratos serão em função de características úteis aos fins do estudo.

Foram excluídos os enfermeiros (as) que participaram da etapa de pré-teste para validação do instrumento a ser utilizado, além da enfermeira responsável pela orientação desse trabalho, que também atua em uma das ESF do município.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

O instrumento de escolha para esse estudo, constituiu-se de um questionário utilizado para agrupar informações sob a forma de auto-relato dos respondentes por meio da administração de perguntas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Foi utilizado um questionário padronizado, com perguntas fechadas, permitindo que os questionamentos fossem respondidos de forma uniforme e facilmente processados (GIL, 2009). O instrumento foi testado por meio de um estudo piloto em 10% da população fonte.

O referido teste foi aplicado com 06 (seis) enfermeiros de ESF com objetivo de identificarmos, antes da coleta de dados propriamente dita, possíveis falhas no método de abordagem ou ainda no próprio instrumento.

O questionário de perguntas foi escolhido como instrumento para coleta de dados, já que, por meio dele podemos identificar e descrever as características dos indivíduos participantes da amostra analisando suas variáveis aplicadas utilizando-se uma Escala Likert para obtenção das respostas, permitindo “a coleta de uma quantidade importante de itens que indicam atitudes negativas e positivas” que podem variar até 5 (cinco) pontos entre ‘muito em acordo’ e ‘muito em desacordo’ (RICHARDSON, 2010, p. 271).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/LTDA, os enfermeiros participantes foram convidados a participar dessa pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde em que trabalham, e em ocasião de reuniões realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, o que veio a proporcionar uma melhor operacionalização da coleta de dados.

A coleta de dados teve como período os dias 12 a 30 de setembro de 2013.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica e transferidos para software estatístico SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) e foram submetidos a estatística descritivas, sendo expressos em média, desvio padrão, valores mínimos, máximos e frequências. A associação entre a realização de notificação de EAPV e o conhecimento dos enfermeiros foi feito por exato de Fischer e/ou qui-quadrado com correção de Yates.

Para averiguar a mencionada associação, nas questões referentes às vacinas e condutas frente aos EAPV, foram transformadas e reagrupadas em uma única variável chamada CONHECIMENTO, com codificação binária, sendo esta usada na realização do teste.

O qui-quadrado admitindo proporções homogêneas foi efetuado para avaliar a quantidade dos enfermeiros que detém ou não o conhecimento quanto às vacinas e aos EAPV propriamente ditos, bem como as condutas tomadas frente a estes. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde que está fundamentada nas principais diretrizes e declarações a nível nacional e internacional a respeito da realização da pesquisa com seres humanos a fim de incorporar aos indivíduos e a coletividade, a autonomia, maleficência, humanidade e justiça assegurando os direitos e deveres da comunidade científica, e dos sujeitos da pesquisa (BRASIL, 2012).

A pesquisa envolvendo seres humanos ao ser elaborada contém em seu contexto os termos que definem e fazem parte da pesquisa com seres humanos que são eles: o que será pesquisado com seres humanos de forma direta ou indiretamente, o protocolo de pesquisa no qual descreve a pesquisa, o sujeito a ser pesquisado, a designação dos pesquisadores e os interesses responsáveis, o pesquisador responsável por realizar a pesquisa e preservar a integridade dos participantes da pesquisa, a instituição onde será realizada a pesquisa, o promotor da pesquisa que irá promovê-la e o patrocinador sendo a pessoa a qual financiará todo custeio. Foram observados, os riscos que pudessem vir a causar alguma alteração física, psíquica, social, cultural ou espiritual no decorrer ou final da pesquisa, avaliar se houve algum dano tardio ou imediato a uma coletividade ou indivíduo decorrente do estudo científico (FONTINELE JUNIOR, 2003).

Quanto ao sujeito da pesquisa, é o indivíduo (a) a ser pesquisado (a) de maneira espontânea que teve sua dignidade humana respeitada e para que essa pesquisa transcorresse dentro dos padrões éticos, o sujeito pesquisado assinou um termo de consentimento livre e esclarecido manifestando sua aceitação para participar da pesquisa no qual continham os objetivos, técnicas utilizadas, riscos e benefícios da pesquisa (FONTINELE JUNIOR, 2003).

Foi considerada que durante a pesquisa pudessem surgir casos de indenização, ressarcimento, vulnerabilidade, incapacidade que estavam assegurados pelo comitê de ética e pesquisa conforme presa a integridade do sujeito participante da pesquisa. A respeito da indenização essa seria indicada como forma de reparar algum dano causado pela pesquisa, ao ressarcimento corresponde à compensação de despesas surgissem decorrente da participação do sujeito pesquisa além da vulnerabilidade que esse poderia está disposto por meio da diminuição da sua autodeterminação (FONTINELE JUNIOR, 2003).

Todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado com pesquisa e, portanto deverá obedecer às diretrizes da presente resolução [...] e dos documentos endossados em seu preâmbulo. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais (FONTINELE JUNIOR, 2003.p.1326)

Conforme Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007), no capítulo 1 ao que se refere às relações profissionais de enfermagem, dispõe em seu Art. 2º, sobre a importância do aperfeiçoamento dos seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que qualificam sua carreira profissional, bem como incentivar as atividades de ensino, pesquisa e extensão consentidas nos interesses que deliberam a instituição conforme descrito no Art. 70.

Durante a pesquisa foram considerados os aspectos éticos por meio do sigilo e não identificação dos participantes evitando divulgação de dados ou fatos que os identifiquem. Os Enfermeiros foram esclarecidos acerca da pesquisa desenvolvida em seu ambiente de trabalho e o reconhecimento da participação destes profissionais na produção técnico-científica de acordo com os Art. 85- 88 da Resolução 311/2007 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Foi de responsabilidade de a pesquisadora cumprir com as normas vigentes para a pesquisa que envolve seres humanos diante do que se especificou durante a investigação além de interromper a pesquisa caso demonstrasse sinal de risco à integridade psicossocial do participante (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Art. 92 - Disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral. Art. 93 - Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007.p.9).

Para se realizar uma pesquisa com seres humanos foram avaliados os fatores que nortearam essa pesquisa, os riscos e benefícios para as pessoas envolvidas e garantindo-as a proteção durante sua participação na pesquisa. Foram essas ações que possibilitaram a realização da pesquisa visto que, para que essa ocorresse o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, que aprovou a pesquisa. Após aprovação do Comitê, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que permitiu utilizar seus dados de forma não identificável na pesquisa (GOLDIM et al, 2003).

O processo de consentimento livre e esclarecido tem por objetivo permitir que a pessoa que está sendo convidada a participar de um projeto de pesquisa compreenda os procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios e direitos envolvidos, visando permitir uma decisão autônoma. A obtenção de consentimento livre e esclarecido é um dever moral do pesquisador, é a manifestação do respeito às pessoas envolvidas no projeto (CLOTET, 1995 apud GOLDIN, 2003, p.372).

Segundo Fontinele Júnior (2003), uma pesquisa com seres humanos sempre envolverá riscos e benefícios podendo esses ser de forma imediata ou tardia a um indivíduo ou em uma coletividade.

Nessa pesquisa, foram considerados os riscos mínimos, como constrangimento e/ou insegurança para as respostas aos questionamentos por partes dos profissionais, já que seus conhecimentos estiveram sendo avaliados. No entanto consideramos que os benefícios das descobertas realizadas com essa pesquisa, especialmente no que se refere à melhoria da qualidade da assistência de enfermagem nas salas de vacina sobressaiam-se e justifiquem os riscos mencionados.

4.8 FINANCIAMENTO

Esta pesquisa foi financiada pela pesquisadora participante por realizá-la, cumprindo os objetivos do cronograma das ações planejadas e do orçamento previsto em anexo nesse trabalho, e outras que surgiram.

A pesquisadora recebeu contribuição da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN, no que se referiu a recursos para pesquisa, como acervo bibliográfico, computadores, bibliotecária, orientadora e banca examinadora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentaremos as informações obtidas por meio dos instrumentos utilizados durante a coleta dos dados da pesquisa sugerida, após a análise dos dados. A discussão dos resultados que estão descritos em tabelas, encontram-se apresentados em três etapas.

A primeira refere-se à caracterização da amostra analisada. Dados como: idade, estado civil, escolaridade e níveis da profissão de Enfermagem aparecem como importantes, tendo em vista que esses dados são comparados com os dados colhidos referentes ao tema em questão.

Na segunda, mencionaremos especificamente informações referentes ao PNI e as contribuições do Enfermeiro para esse programa, segundo suas próprias opiniões.

A terceira refere-se a dados relacionados quanto à associação entre a realização de EAPV e o conhecimento dos enfermeiros em sala de vacina

5.1 DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Fator avaliado	N	%
Sexo		
Feminino	25	80,6
Masculino	6	19,4
Estado civil		
Solteiro	4	13,8
Casado	24	82,8
Divorciado	1	3,4
Faixa etária		
33	2	8,0
34	2	8,0
35	2	8,0
36	1	4,0
37	1	4,0
39	2	8,0
42	3	12,0
43	1	4,0
45	1	4,0
47	2	3,0
48	1	4,0
50	1	4,0

51	2	8,0
52	1	4,0
56	1	4,0
60	1	4,0
68	1	4,0
Total	25	100
Ausente	6	
Especialização	Frequência	Porcentagem
Sim	28	90,3
Não	3	9,7
Total	31	
Especialização	Frequência	Porcentagem
Saúde coletiva ou ESF	17	54,9
Nenhuma	3	9,7
Outras	11	35,5
Total	31	100

Fonte: Campo de pesquisa (2013)

De acordo com a tabela 1, nossa amostra possui 80,6% (25/31) de pessoas do sexo feminino e 19,4% (6/31) de pessoas do sexo masculino.

Com relação à caracterização da amostra, a partir da análise estatística realizada, concluímos que os enfermeiros entrevistados apresentam uma média de idade de 43,9 anos, tendo como desvio padrão 9,1. O valor de idade máximo encontrado em nosso grupo foi de 68 anos e o mínimo foi de 33 anos.

Kaplan e Sadock (1999) apud Teixeira (2007) classificam essa média de faixa etária como a de idade adulta média ou intermediária. Nesse estágio de transição para a meia idade, segundo o modelo de estágio da vida adulta de Levinson (1978), também citado em Teixeira (2007) a estrutura de vida é revista, inclusive a vida profissional. Nessa faixa etária os seres humanos buscam estabelecer uma nova estrutura de vida.

Segundo Moreira (2005), com a Primeira Guerra Mundial existiu uma brusca redução dos profissionais do sexo masculino que atuavam em hospitais. A preocupação quanto à questão de gênero foi relacionada com a decisão de Florence Nightingale na guerra da Criméia iniciando-se com a redução de profissionais do sexo masculino nas enfermarias hospitalares, já que a mesma acreditava que os enfermeiros embora bondosos, não atenderiam

as necessidades de enfermagem, enquanto que as enfermeiras tomariam melhores decisões de como lidar com os pacientes.

Dessa forma, Ojeda (2008, p. 80), esclarece ainda: [...] A enfermagem é tão feminina pelo instinto afetivo da mulher; talvez por isso tenha menos homens porque a maioria não consegue ser sensível. [...] a sociedade se organiza sendo o homem mais forte e a mulher mais frágil. [..]

Para a mesma autora anteriormente citada, os papéis históricos da mulher que foram sendo construídos de forma transversalizados nas profissões voltadas para o cuidado, permitiu conjugar a sua construção social à construção social de gênero, exemplificando a enfermagem como um verdadeiro grupo ocupado por mulheres.

Mundialmente tem crescido o número de mulheres que conseguem obter e executar tarefas antes exclusivamente masculinas. Porém, cada vez mais, as mulheres tem buscado tornar comum a ambos os gêneros masculino e feminino diversas profissões. As mesmas conseguem ocupar um mesmo espaço no mercado de trabalho, embora por algum tempo com salários menores que dos homens. Mesmo diante dessas mudanças ainda permanece na sociedade a discriminação contra a mulher, desencadeada por uma cultura machista, na qual a mulher tem mostrado a capacidade de lidar com seus duplos papéis, ou seja, embora trabalhem e contribuam para renda familiar por meio de uma remuneração pelo trabalho fora do lar, as mesmas assumem além de tarefas externas, cuidam dos filhos, organizam a casa, alimentação, enquanto a figura masculina acha-se no direito a repouso em domicílio após trabalho externo (NOVA, 2004).

Quanto ao nível de profissão observou-se na amostra que 90,3% (28/31) possuem especialização e 9,7% (3/31) possuem apenas a graduação. Quanto à área de especialização 54,9% (17/31) são especialistas em Saúde Coletiva ou Estratégia de Saúde da Família e 35,5% (11/31) são especializadas em outras áreas.

Segundo Moreira (2005), a qualificação profissional já era recomendada. Referia-se que, a assistência de enfermagem deveria ser prestada por profissionais habilitados para exercê-la visto uma melhor prática junto aos enfermos.

Porém, as universidades brasileiras têm investido em criar, valorizar e incentivar os programas de pós-graduação, favorecendo a classe de enfermagem, proporcionando oportunidades de titulações nos mais diversos níveis, assegurando-lhes novas perspectivas para profissão e a formação de um novo perfil da enfermagem. Na ESF, o enfermeiro além de responsabilizar-se por ações de educação continuada por meio de treinamentos na equipe que

atua, buscam exercer um trabalho promovendo saúde e prevenindo doenças (GEOVANINI et al, 2010).

Segundo o mesmo autor, o profissional enfermeiro que almeja atuar em uma equipe de ESF, deve especializar-se especificamente nessa área, para que suas consultas de enfermagem nos diversos Programas que competem ao enfermeiro atuar possam ser desenvolvidas com segurança do trabalho, implicando lhe a “organizar as rotinas de trabalho, planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar as atividades da Unidade de Saúde da Família” (p.53).

Segundo Akerman e Feuerwerker (2012), a Saúde Coletiva permite ao profissional de saúde diversas possibilidades de trabalho visto que, a mobilização social e de capital prevê uma necessidade por profissionais formados com especialização em saúde coletiva, para atuarem em órgãos governamentais das três esferas de governo. Tendo no Brasil se expandido o mercado de trabalho em saúde coletiva, decorrente da opção por se construir um Sistema Único de Saúde que assegure uma atenção integral a saúde de todos.

O SUS por intermédio do MS tem apoiado diferentes estratégias e maneiras de estimular as mudanças durante a graduação das profissões da saúde que favoreçam a saúde coletiva (AKERMAN; FEUERWERKER, 2012).

5.2 DADOS REFERENTES À ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PNI

TABELA 2- INFORMAÇÕES RELACIONADAS A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PNI

Variáveis	Status	Freq.	%
2.1a)Como você, enfermeiro (a), classifica o fluxo de crianças atendidas nesta unidade pelo Programa Nacional de Imunização	Muito Bom	19	61,3
	Bom	10	32,3
	Regular	2	6,5
	Ruim	0	0
	Muito ruim	0	0
2.1b)Como você, enfermeiro (a) considera o cumprimento das normas e rotinas da sala de vacina de sua UBS?	Muito Bom	0	0
	Bom	15	48,4
	Regular	4	12,9
	Ruim	11	35,5
	Muito ruim	1	3,2

2.1c) Como	 você,	Muito Bom	14	45,2
enfermeiro (a) considera		Bom	14	45,2
sua contribuição para o		Regular	3	9,7
cumprimento	 das	Ruim	0	0
normas e rotinas da sala		Muito ruim	0	0
de vacina de sua UBS?				

Fonte: Campo de pesquisa (2013)

De acordo com a tabela 2, no item que analisa como o enfermeiro (a) avalia o fluxo de crianças atendidas na UBS pelo PNI, 61,3% (19/31) classificaram como muito bom 32,3% (10/31) como bom e apenas 6,5% (2/31) como regular.

No item que caracteriza a opinião do enfermeiro sobre o cumprimento das normas e rotinas da sala de vacina da UBS 48,4% (15/31) consideram bom, 12,9% regular (4/31), 35,5% (11/31) consideram ruim e uma minoria de 3,2% (1/31) avaliam como muito ruim.

Quanto à questão de como o enfermeiro avalia sua contribuição para o cumprimento das normas e rotinas das salas de vacina das UBS, 45,2% (14/31) consideram muito bom, 45,2% (14/31) consideram bom e apenas 9,7% (3/31) consideram regular.

Observa-se nos dados acima, que há divergências nas resposta dos profissionais quando avaliamos sua contribuição para cumprimento das normas e rotinas das salas de vacinas, em que 45,2% considerarem muito bom ou bom e 35,5% avaliam que nessas salas o cumprimento dessas normas são ruim.

Ao enfermeiro que atua na atenção básica atribui-se a responsabilidade pelo PNI por meio da avaliação do funcionamento do programa, criação de estratégias para desenvolvimento do trabalho e avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem acerca do PNI (ALEXANDRE; DAVID, 2010).

Diante a assistência de enfermagem prestada em todas as fases dos ciclos vitais encontra-se dentro do programa de atenção a Saúde da Criança como a imunização, por meio do controle do cartão de vacina, busca de faltosos, participação em agências de vacinação (GEOVANINI et al., 2010).

Cabendo ao enfermeiro, a manutenção do cumprimento de normas técnicas para administração de imunológicos, inclusive realizar notificações quando houver ocorrência de eventos adversos pós-vacinação, dá resposta a questionamentos surgidos em situações especiais, como promover capacitações de atualização profissional sobre as vacinas, garantir o

funcionamento da sala de vacina diariamente, por meio da segurança de um profissional habilitado para atender o setor, dando assim garantia da assistência enfatizando a importância de prevenir as doenças imunopreveníveis (ALEXANDRE; DAVID, 2010).

5.3 DADOS RELACIONADOS QUANTO A ASSOCIAÇÃO ENTRE A REALIZAÇÃO DE EAPV E O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS EM SALA DE VACINA

Analisados os dados quantitativamente, por meio de estatística descritiva, concluímos que 61,3% dos enfermeiros entrevistados já haviam realizado, durante sua vida profissional no mínimo uma notificação de EAPV e que 38,7% não.

Dos 61,3% dos enfermeiros que já haviam realizado notificação de EAPV, os dados descritos por meio de porcentagem nos mostraram que o maior percentual da realização desse serviço constitui-se de 48,4%, há mais de um ano.

Em relação a autopercepção quanto ao conhecimento, 74,2% dos enfermeiros consideraram seus conhecimentos bons ou muito bons.

Tabela 3– INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO QUANTO ÀS VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO E ÀS CONDUTAS SOBRE EAPV

Notificação	Conhecimento sobre vacina			p
	Sim	Não	Total	
	n (%)	n(%)	n(%)	
Sim	18 (94,7%)	01 (5,3%)	19 (100%)	0,272
Não	09 (75,0%)	03 (25,0%)	12 (100%)	

Fonte: Campo de pesquisa (2013)

Ao relacionar a realização pelos enfermeiros de notificações de EAPV e o seu conhecimento sobre vacinas e condutas, não foram constatadas associações significativas entre os grupos.

Das pessoas que já fizeram notificação, 94,7% (18/19) possuíam um bom conhecimento sobre vacina e efeitos adversos das mesmas. Das pessoas que nunca realizaram notificações de EAPV, 75,0% (9/12) grande parte também possui conhecimento sobre vacinação e eventos adversos às vacinas.

O MS em um de seus manuais orienta que: ao ser identificado um evento adverso, o mesmo deverá ser notificado pelo trabalhador da sala de vacina de nível médio ou superior embora este tenha chegado ao serviço por demanda espontânea ou não. Em suma, durante a rotina diária de vacinação devem ser oferecidas orientações sobre os possíveis eventos adversos e quanto ao retorno ao serviço caso o mesmo ocorra, seja intensificado ou prolongado ou ainda quando surgirem sinais e sintomas não esperados, para que possam ser notificados (BRASIL, 2003a).

Os Profissionais da UBS na qual a criança for atendida são responsáveis na ocorrência de um EAPV, por notificar e investigar junto à Vigilância Epidemiológica do Município, por fornecer aos familiares ou responsáveis pelo vacinado orientações sobre o ocorrido e as condutas tomadas frente a este (BRASIL, 2008c).

No entanto, quando efetuado o teste de qui-quadrado admitindo proporções homogêneas na variável CONHECIMENTO, para avaliar o conhecimento dos enfermeiros quanto às vacinas e quanto às condutas frente aos EAPV, observou-se que 87% (27/31) detêm conhecimento, frente a somente 13% (04/31) que não possuem (Qui-quadrado=17,06; gl=01; p <0,001).

Embora os profissionais pesquisados tenham conhecimentos sobre os EAPV e segundo os mesmos suas UBS's possuem um bom fluxo de crianças atendidas, observa-se que há exposições dessas crianças a um evento adverso comum ou esperado ou a outros mais graves, porém, a frequência com que é notificado algum evento é mínima, conforme se apresenta nessa pesquisa em que 48,4% notificaram algum EAPV há mais de um ano.

Visto que, após administração de qualquer imunobiológico possa surgir um EAPV seja ele temporal ou causal conforme afirma o MS (BRASIL, 2008c):

Como estamos vacinando mais, é esperado que tanto reações indesejáveis menores quanto eventos adversos graves e raros aconteçam. Isto se explica pelo fato, amplamente reforçado na literatura, de que as vacinas assim como não são 100% eficazes, também não são 100% seguras e, portanto, eventos adversos podem ocorrer após a aplicação (p.11).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das informações que se seguem, apresentaremos as considerações finais desse trabalho sobre os Eventos Adversos Pós-vacinação e sua relação entre a realização de notificações e o conhecimento dos enfermeiros sobre o tema.

Nessa pesquisa, realizada com uma média de 50% dos enfermeiros de ESF no município de Mossoró/RN, (n=31) aponta-se para dados analisados de um grupo predominantemente feminino, com vida conjugal e especializados na área em que trabalham.

Percebemos que o presente estudo possibilitou aos profissionais participantes, inquietações quanto aos seus conhecimentos sobre o tema pesquisado, já que essas foram questões relatadas durante o período de coleta de dados.

Ao avaliarmos a opinião dos enfermeiros quanto ao fluxo de crianças atendidas nas UBS's, o funcionamento do PNI e atuação dos enfermeiros no Programa, contribuímos para que esses identificassem ainda mais a importância da sua participação nas salas de vacina.

As minhas considerações sobre o tema abordado buscam concluir que as notificações dos EAPV ocorrem em pequena quantidade pela insegurança de profissionais atuantes nas salas de vacinas e dos enfermeiros que as coordenam.

Diante da hipótese, que o conhecimento restrito dos enfermeiros sobre os EAPV influencia na subnotificação desses eventos, concluímos que a mesma foi refutada, pois os dados mostram que ao relacionar a realização pelos enfermeiros de notificações de EAPV e o seu conhecimento sobre vacinas e condutas, não foram constatadas associações significativas entre os grupos.

Porém, durante a pesquisa, observou-se, que embora os enfermeiros (as) que atuam na ESF conheçam os EAPV e as vacinas do calendário básico de vacinação, os mesmos realizam poucas notificações, informações essas também firmadas por dados estatísticos: dos 61,3% dos enfermeiros que já haviam realizado notificação de EAPV, 48,4% a realizaram há mais de um ano.

Com essa pesquisa apontamos para necessidade de educação permanente para os profissionais enfermeiros sobre o Sistema Nacional de Vigilância dos Eventos Adversos Pós-Vacinação, enfatizando a importância da notificação e investigação dos mesmos, facilitando pesquisas futuras para produção de imunobiológicos menos reatogênicos.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para melhorar a atuação dos enfermeiros nas salas de vacinas e instigar novas capacitações sobre o PNI e os EAPV, aprimorando o

trabalho relacionado às notificações, tão importantes para o serviço público de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. **Imunologia celular e molecular**. 6.ed. Rio de Janeiro: Elsevier: 2008
- AKERMAN, Marco; FEUERWERKER, Laura. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, Gastão Wagner De Souza et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec,2012
- ALEXANDRE, L.B.; DAVID, R. **Vacinas: Orientações práticas**. São Paulo: Martinari, 2008.
- ALEXANDRE, Lourdes Bernadete S. P..DAVID, Rosana (Org).**Vacinas: Orientações Práticas**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2010.
- ARANTES, E. M. de M. Rostos de crianças no Brasil. In: PILOTTI, F., RIZZINI, I. (Org.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Santa Úrsula, 1995.
- AROUCA, Sérgio. **Reforma sanitária**.1998. Disponível em <http://bvsarouca.icict.fiocruz.sanitarista05.htm> Acesso em: 15 mar. 2013
- ASSIS, S.G. de. **Trajetória sócio-epidemiológica da violência contra crianças e adolescentes: metas de prevenção e promoção**. Rio de Janeiro, 1995. 167p. Tese.(Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo,1995.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1985.v
- BALESTIERI, Filomena Maria Perella. **Imunologia**. Baruei, SP: Manole, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDIP – Atenção integrada às Doenças Prevalentes na Infância**. Brasil, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. 3. ed. Brasília: MS, 2008d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Normas de Vacinação**. 3.ed. Brasília, 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica dos eventos adversos pós-vacinação**. 2.ed. Brasília: MS, 2008c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimentos para Vacinação**. Brasília, nov.2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica dos eventos adversos pós-vacinação**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Reações Pós-Adversas**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos centros de referência para os imunológicos especiais**. 3.ed. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta Nº 92, 9de Outubro de 2008. **Dispõe sobre o estabelecimento de mecanismo de articulação entre a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Secretaria de Vigilância em Saúde e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz sobre Farmacovigilância de Vacinas e outros Imunobiológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde e define suas competências**. 2008b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30952&janela=1 Acesso em: 17 mar. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Mestre nº1602,de 17 de julho de 2006. Institui em todo território nacional os calendários de vacinação da criança, adolescentes e adulto e idoso. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF),18. seção 1 :66-7, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de imunização: 30 anos**. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proposta para introdução da vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) no calendário básico de vacinação da criança**. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do PNI. **Introdução da Vacina Meningocócica C (conjugada) no calendário de vacinação da Criança**. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do PNI. **Informe técnico da introdução da vacina pentavalente (Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae tipo b (conjugada)**. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da saúde. **Treinando**. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância dos eventos adversos pós-vacinação: cartilha para trabalhadores de saúde e vacinação**. Brasília: MS, 2003a.

CALICH, Vera. **Imunologia**. 2.ed.. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections among HIV-exposed and HIV-infected children**. 2008. Disponível em: <<http://AIDSinfo.nih.gov>>. Acesso em: 17 abr. 2013

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/2007. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível

em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html. Acesso em: 13 maio 2013.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. 1 ed. São Caetano do Sul, SP. Yendis, 2008.

FONTINELE JUNIOR, Klinger. **Pesquisa em saúde: ética, bioética e legislação**. Goiânia: AB, 2003.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto de Tecnologia em imunobiológicos. **Memento terapêutico 2012/2013**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GEOVANINI, Telma et al. **História da Enfermagem: Versões e Interpretações**. 3 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOLDIM, José R. et al. O processo de consentimento livre e esclarecido em pesquisa: nova abordagem. **Rev. Assoc. Med Bras.**, v.49, n.4, p.372-374, 2003.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Imunização. In: KAWAMOTO, Emilia Emi; SANTOS, Maria Cristina Honório; MATTOS, Thalita Maia. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 2009.

LAVILLE, Cristian; DIONE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artes médicas, 1999.

LIMA, L. da G.; VENÂNCIO, R.P. O abandono de crianças negras no Rio de Janeiro. In: PRIORE, M. del. (Org.). **História da criança no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Contexto, 1996.

MACIEL, Aline Ferreira. Avaliação de saúde da criança sob a óptica do enfermeiro. In: SAITO, Raquel Xavier de Souza; OHARA, Elisabete Calabuig Chapina. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

MALE, David; BROSTOFF, Jonathan; ROITT, Ivan. **Imunologia**. 6.ed. São Paulo: Manole, 2003.

MONTEIRO, S.A.M.G. et al. Avaliação do sistema brasileiro de vigilância de eventos adversos pós-vacinação. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.14, n.3, p.361-371, 2011.

MOREIRA, Almerinda Oguisso Taka. **Profissionalização da Enfermagem Brasileira**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005

NOVA, Sebastião Vila. **Introdução à Sociologia**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

OJEDA, Beatriz Sebben et al. Saberes e verdades acerca da enfermagem: discursos de alunos ingressantes. **Rev. bras. enferm.**, v.61, n.1, p. 78-84, 2008.

PILOTTI, F.; RIZZINI, I. **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Santa Úrsula, 1995.

PINA, Juliana Coelho et al. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 2, p. 142-148, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a05v22n2.pdf> Acesso em: 28 abr. 2013.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: métodos avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS, Flávia Regina Souza; MONTICELLI, Marisa; NITSCHKE, Rosane Gonçalves. (Org.). **Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000.

RIBEIRO, Maria Celeste Soares. Programa Nacional de Imunizações -PNI. In: ALEXANDRE, Lourdes Bernadete S. P..DAVID, Rosana (Org). **Vacinas Orientações Práticas**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2010.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa Social Métodos e Técnicas**. 3. ed. São Paulo: Editora ATLAS S.A, 2010.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 34. ed. Petrópolis, Vozes 2007.

SAITO, Raquel Xavier de Souza; OHARA, Elisabete Calabuig Chapina. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

SANTANA, Judith Sena. O processo de exclusão de adolescentes no Brasil: sua origem na infância desvalorizada. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Acolher Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília, 2000.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de controle de doenças. Centro de vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” . **Norma técnica do programa de imunização**. São Paulo (SP): CVE; 2008.

TEODORO, Lucimar. **Enfermagem 2**. São Paulo: DCL, 2010.

TEIXEIRA, Ana Cristina. **Avaliações psicossociais de adultos na meia idade**. 65f. (Relatório)- Universidade do Amazonas, Manaus, 2007.

UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos das Crianças**. 1959. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf Acesso em: 12 abr. 2013

VIEIRA, Sônia. HOSSNE, William Saad. **Metodologia Científica Para a Área de Saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

WALDMAN, Eliseu Alves. Elevadas coberturas, equidade e segurança. Desafios do Programa Nacional de imunizações. **Rev Bras Epidemiol.**, v.11, supl 1, 2008.

WALDMAN,et al. Vigilância de eventos adversos pós-vacinação e segurança de programas de imunização. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.1, p.173-84, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1884.pdf> Acesso em: 23 fev. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado(a)

Enfermeiro(a) _____, eu, Camila Maia Serafim Fernandes, pesquisadora participante, estudante do Curso de Graduação de Enfermagem da Faculdade Nova Esperança – FACENE-RN, matriculada em caráter regular no 7º período do turno noturno, venho por meio da orientação da pesquisadora responsável, Jussara Vilar Formiga, informar sobre um desenvolvimento de uma pesquisa com o título **EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO: relação entre a realização de notificações e o conhecimento dos enfermeiros sobre o tema**, cujo objetivo geral é averiguar a associação entre a realização de notificação de Eventos Adversos Pós-Vacinação e o conhecimento dos enfermeiros sobre Vacina. Terá como objetivos específicos: Caracterizar a situação social e profissional dos enfermeiros; Verificar o conhecimento do enfermeiro acerca do Programa Nacional de Imunização; Conhecer a atuação do enfermeiro da prática de notificação de Eventos Adversos Pós-Vacinação.

O interesse pelo tema surgiu a partir das dificuldades que encontradas durante o exercício da profissão como auxiliar de enfermagem atuante na sala de vacina de uma UBS do município de Mossoró de como identificar e notificar um EAPV e as condutas adequadas frente a estes, decorrente de uma possível falta de conhecimento do profissional enfermeiro (a), que devem supervisionar e acompanhar a utilização desses imunobiológicos na Atenção Básica de Saúde.

Durante aproximadamente três anos de atuação em sala de vacina foi realizada a 1ª notificação de EAPV por meio de conhecimentos adquiridos durante estudos para realização desse trabalho. Observa-se que, é de grande importância o enfermeiro ter conhecimentos sobre os EAPV e as condutas frente a estes, incentivando-se a pesquisar se esse profissional responsável por supervisionar as ações de imunização na UBS em que atua tem conhecimentos necessários diante um EAPV. Dessa forma, sentimo-nos motivadas pelo interesse e resolução do seguinte problema de pesquisa: Qual a relação entre a realização de notificação de EAPV e o conhecimento dos enfermeiros sobre o tema?

Por meio desse termo de consentimento convido-o (a) a senhor (a) Enfermeiro da Atenção Básica de saúde a participar desta pesquisa respondendo a um questionário composto por algumas perguntas sobre dados pessoais e outras sobre o PNI e EAPV. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo. Informamos que será garantido

seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo não apresenta risco aparente aos seus participantes. A sua participação na pesquisa é de caráter voluntário e, portanto, você não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelas pesquisadoras. Poderá decidir por não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, sem sofrer nenhum dano por isso. As pesquisadoras poderão esclarecer a qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor (a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que as pesquisadoras me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE.

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Jussara Vilar Formiga¹

Pesquisadora Responsável - (84) 9627-3276

Camila Maia Serafim Fernandes

Pesquisadora Participante - (84) 8819-9030

Participante da Pesquisa/Testemunha

Mossoró-RN, ____ de _____ de 2013.

¹ Endereço (Setor de Trabalho) da Pesquisadora Responsável:
Av. Presidente Dutra, 701 Bairro: Alto de São Manoel – Mossoró/RN
CEP: 59.628-000 Fone/Fax: (084) 3312-0143
e-mail: jussaravilar@facenemossoro.com.br
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa
R. Frei Galvão, 12 Bairro: Gramame – João Pessoa/PB
CEP: 58.000-000 Fone: (083) 2106-7792
e-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

QUESTIONÁRIO**1 DADOS RELACIONADOS A CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

1.1 Idade:

1.2 Sexo: () F () M

1.3 Estado Civil:

() Casado (a) /União estável (a)

() Solteiro (a)

() Divorciado(a)/Separado (a)

1.4 Especialização () Sim () Não

Se sim, em Saúde Coletiva ou Estratégia Saúde da Família?

() Sim () Não

1.5 Capacitação em Sala de Vacina () Sim () Não

2 DADOS RELACIONADOS AO TEMA EM QUESTÃO**2.1 QUESTÕES RELATIVAS A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DO PNI**

A- Como você, enfermeiro (a), classifica o fluxo de crianças atendidas nesta unidade pelo Programa Nacional de Imunização?

() Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim

B-Como você, enfermeiro (a) considera o cumprimento das normas e rotinas da sala de vacina de sua UBS?

() Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim

C- Como você, enfermeiro (a) considera a sua contribuição para o cumprimento das normas e rotinas da sala de vacina de sua UBS?

() Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim

2.2 QUESTÕES RELATIVAS AO CONHECIMENTO QUANTO OS EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO.

A -Você já realizou notificação de um evento adverso pós-vacinação?

() Sim () Não

Se sim, qual a frequência?

Há mais de 1a Há mais de 6m Há menos de 1m

B- Você como enfermeiro (a) como classifica os seus conhecimentos de como se procede a notificação de um evento adverso pós- vacinação?

Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim

C- Leia a 1ª coluna, onde encontram-se relacionadas as vacinas do calendário básico. A 2ª coluna aponta EAPV. Marque o possível evento, de acordo com as vacinas relacionadas na 1ª coluna

<ol style="list-style-type: none"> 1. BCG 2. HEPATITE B 3. VORH 4. TRÍCIPLA VIRAL 5. DTP 6. VOP 	<p><input type="checkbox"/> Abscesso e /ou ulceração, no local da aplicação; linfadenite regional.</p> <p><input type="checkbox"/> Após a vacinação acidentes pós-vacinais, paralisias flácidas na proporção em cada 2.390.000</p> <p><input type="checkbox"/> Febre de curta duração. Meningite, de evolução em geral benigna que aparece de 2 a 3 semanas depois da vacinação.</p> <p><input type="checkbox"/> Perda de apetite, diarreia, vômito, flatulência, dor abdominal, regurgitação de alimentos, febre e intussuscepção (invaginação intestinal).</p> <p><input type="checkbox"/> Dor local e febre baixa, mal-estar, cefaléia e fadiga</p> <p><input type="checkbox"/> Irritabilidade nas primeiras 24h, sonolência, choro prolongado e incontrolável, convulsões e síndromes hipotônico-hiporresponsiva</p>
---	--

D- Leia a 1ª coluna, onde se encontram relacionados EAPV. A 2ª coluna aponta para as condutas terapêuticas. Marque a possível conduta, de acordo com o EAPV.

1. Lesões generalizadas decorrentes de disseminação do BCG
2. Invaginação intestinal
3. Exantema
4. Síndromes hipotônico-hiporresponsiva
5. Febre $\geq 39,5$
6. Manifestações gerais

- Notificar e investigar Avaliação clínico-cirúrgica
- Notificar e investigar Contra indicado administração de dose subsequente, indica-se DTaP.
- Notificar e investigar No caso da não cicatrização: Isoniazida, na dose de 10mg/kg/dia-dose máxima de 400mg, até a regressão completa da lesão.
- Notificar, investigar e acompanhar
- Não é necessário notificar e investigar
- Notificar e investigar .Não contra-indica doses subsequentes.

APÊNDICE –C Tabelas para análise dos dados

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Fator avaliado	n	%
Sexo		
Feminino	25	80,6
Masculino	6	19,4
Estado civil		
Solteiro	4	13,8
Casado	24	82,8
Divorciado	1	3,4
Faixa etária		
33	2	8,0
34	2	8,0
35	2	8,0
36	1	4,0
37	1	4,0
39	2	8,0
42	3	12,0
43	1	4,0
45	1	4,0
47	2	3,0
48	1	4,0
50	1	4,0
51	2	8,0
52	1	4,0
56	1	4,0
60	1	4,0
68	1	4,0
Total	25	100
Ausente	6	
Especialização		
Especialização	Frequência	Porcentagem
Sim	28	90,3
Não	3	9,7
Total	31	
Especialização		
Especialização	Frequência	Porcentagem
Saúde coletiva ou ESF	17	54,9
Nenhuma	3	9,7
Outras	11	35,5
Total	31	100

Fonte: Campo de Pesquisa (2013)

TABELA 2- INFORMAÇÕES RELACIONADAS À ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PNI

Variáveis	Status	Freq.	%
2.1a) Como você, enfermeiro (a), classifica o fluxo de crianças atendidas nesta unidade pelo Programa Nacional de Imunização	Muito Bom	19	61,3
	Bom	10	32,3
	Regular	2	6,5
	Ruim	0	0
	Muito ruim	0	0
2.1b) Como você, enfermeiro (a) considera o cumprimento das normas e rotinas da sala de vacina de sua UBS?	Muito Bom	0	0
	Bom	15	48,4
	Regular	4	12,9
	Ruim	11	35,5
	Muito ruim	1	3,2
2.1c) Como você, enfermeiro (a) considera sua contribuição para o cumprimento das normas e rotinas da sala de vacina de sua UBS?	Muito Bom	14	45,2
	Bom	14	45,2
	Regular	3	9,7
	Ruim	0	0
	Muito ruim	0	0

Fonte: Campo de Pesquisa (2013)

Tabela 3- INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO QUANTO ÀS VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO E ÀS CONDUTAS SOBRE EAPV

Notificação	Conhecimento sobre vacina			p
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Sim	18 (94,7%)	01 (5,3%)	19 (100%)	0,272
Não	09 (75,0%)	03 (25,0%)	12 (100%)	

Fonte: Campo de Pesquisa (2013)

ANEXO

ANEXO A- Calendário básico de vacina da criança

IDADE	VACINA	DOSE
Ao nascer	BCG-ID	Dose Única
	Hepatite B	1ª dose
2 meses	Pentavalente (DTP+Hib+HB)	1ª dose
	Vacina Inativada Poliomelite (VIP)	
	Vacina Oral Rota vírus Humano	
	Vacina Pneumocócica 10	
3 meses	Vacina Meningocócica C	1ª dose
4 meses	Pentavalente (DTP+Hib+HB)	2ª dose
	Vacina Inativada Poliomelite (VIP)	
	Vacina Oral Rota vírus Humano	
	Vacina Pneumocócica 10	
5 meses	Vacina Meningocócica C	2ª dose
6 meses	Pentavalente (DTP+Hib+HB)	3ª dose
	Vacina Oral Poliomelite (VOP)	
	Vacina Pneumocócica 10	
9 meses	Febre amarela	Dose inicial
12 meses	Tríplice viral	1ª dose
	Vacina Pneumocócica 10	Reforço
15 meses	Tríplice bacteriana (DTP)	1º reforço
	Vacina Oral Poliomelite (VOP)	Reforço
	Vacina Meningocócica C	
	Tríplice viral	Reforço
4 anos	Tríplice bacteriana (DTP)	2º reforço
10 anos	Febre amarela	Uma dose a cada dez anos

FONTE: Coordenação Estadual de Imunização- RN (2013)

ANEXO B – Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, – FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 6ª Reunião Extraordinária realizada em 22 de Agosto 2013 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado **"EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO:RELAÇÃO ENTRE A REALIZAÇÃO DE NOTIFICAÇÕES E O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE O TEMA"**, protocolo número: 159/13, CAAE: 19281613.3.0000.5176 e Parecer do CEP:383.823, Pesquisadora responsável: **Jussara Vilar Formiga** e dos Pesquisadores associados: **Camila Maia Serafim Fernandes, Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins, Thiberio de Souza Castelo e Wesley Adson Costa Coelho**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/09/2013, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 04 de Setembro de 2013


 Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE