



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

GABRIELLE PONTES SANTOS

**ESQUEMA VACINAL DE CRIANÇAS MENORES DE 10
ANOS: início, intervalo e completude das doses**

SÃO LUÍS
2021

GABRIELLE PONTES SANTOS

**ESQUEMA VACINAL DE CRIANÇAS MENORES DE 10
ANOS: início, intervalo e completude das doses**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Comissão Examinadora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Francisca Georgina Macedo de Sousa

SÃO LUÍS
2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Santos, Gabrielle.

ESQUEMA VACINAL DE CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS :
início, intervalo e completude das doses / Gabrielle
Santos. - 2021.

104 p.

Orientador(a): Francisca Georgina Macedo de Sousa.
Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2021.

1. Calendário Básico de Vacinação da Criança. 2.
Doenças Preveníveis por Vacina. 3. Saúde da Criança. I.
Macedo de Sousa, Francisca Georgina. II. Título.

GABRIELLE PONTES SANTOS

ESQUEMA VACINAL DE CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS: início, intervalo e completude de doses

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem apresentando à Banca Examinadora do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em:

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Francisca Georgina Macedo de Sousa
Doutora em Enfermagem – UFMA
Orientadora

Andrea Cristina Oliveira Silva – UFMA
Doutora em Ciências da Saúde
1º Membro

Lidiane Andrea Assunção Barros – UFMA
Mestre em Enfermagem
2º Membro

Luciana Batalha Sena – UFMA
Mestre em Enfermagem
1º Suplente

Maria de Fatima Lires Paiva – UFMA
Doutora em Saúde Coletiva
2º Suplente

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta etapa da minha formação acadêmica, o que transborda em meu coração é gratidão. Sem sombra de dúvidas esta pesquisa me proporcionou não apenas desenvolvimento acadêmico, mas também como pessoal. O que se encontra aqui não se resume a um Trabalho de Conclusão de Curso, cada detalhe reflete o interesse, o esforço, a dedicação e o envolvimento técnico e científico que desenvolvi pela temática no decorrer da sua elaboração;

Portanto, não poderia iniciar meus agradecimentos de forma diferente, se não rendendo graças a Deus por ser meu guia em tudo que faço. Não há um dia que eu não sinta Seu amor emanando em cada detalhe da minha vida e zelando e abençoando todos os meus passos. Não tenho dúvidas que o Senhor me protege todos os dias da maldade do mundo e me ampara nos momentos de dor. Sem o Senhor, eu nada seria;

À Universidade Federal do Maranhão por me possibilitar uma graduação rica em conhecimentos, professores capacitados e campos de prática diversificados, que viabilizaram meu contato de forma ampla com as áreas de atuação da Enfermagem;

À minha orientadora, Francisca Georgina Macedo de Sousa, por toda paciência, disponibilidade, ensinamentos, incentivos e oportunidades concedidas. O seu conhecimento, amor e dedicação pela Enfermagem e pela saúde da criança me inspiraram. Obrigada por me guiar até aqui;

A todos os membros do Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente - GEPSFCA, que me acolheram e me possibilitaram a aquisição de novos conhecimentos e perspectivas na iniciação científica;

À Secretária Municipal de Saúde de São Luís - Maranhão, por abrir as portas das Unidades de Básicas de Saúde, possibilitando a coleta de dados que viabilizaram a construção desta pesquisa;

À minha mãe, Luciana Siqueira Pontes, Deus sabe que palavras não são o suficiente para mensurar a gratidão e amor que sinto por essa mulher. Ela que, desde sempre, tem sido sinônimo e exemplo de força e perseverança em minha vida e uma das minhas maiores incentivadoras. Obrigada por tanto, tenho orgulho de ser sua filha e espero um dia ser a metade do que a senhora é, te amo!

Aos meus bichinhos de estimação: Roxinho (*in memorian*), no qual faz falta todos os dias, eu nunca vou esquecer seu amor genuíno. Obrigada por ser alegria mesmo em meio aos seus momentos de dor; Ao Raimundo, que tem a forma mais sutil e verdadeira de demonstrar

amor. Obrigada por passar as madrugadas comigo, sendo minha sentinela; e ao Jimmy, que há 10 anos faz parte de mim e me ensinou muito sobre responsabilidade. Vocês são minha família, consolo e reconforto;

Ao meu namorado, José Reinaldo Soeiro Neto, pelo companheirismo, zelo, encorajamento e suporte. Sem sombras de dúvidas você é meu melhor amigo e confidente, nos momentos que achei que não ia aguentar, bastava te ver para tudo melhorar. Obrigada por muitas vezes deixar de fazer por você, para fazer por mim. Obrigada por ser apoio, calma, abrigo e amor. Obrigada por tudo;

Aos meus bisavôs, Maria da Conceição Rangel Siqueira e Raimundo Soares Siqueira (*in memoriam*), que mesmo após tanto tempo de suas partidas, ainda se fazem tão presentes em mim. Ao meu tio e padrinho, Alysson Siqueira Pontes, por todo incentivo, carinho e apoio mesmo estando longe. E a minha sobrinha, Hannah Lucena Pontes, por ser descontração e sempre me lembrar que a vida também é brincar e sorrir das coisas bobas;

E por fim, aos meus amigos e todos que de alguma forma contribuíram com este processo, sem muitas vezes nem saber, nem ao menos perceber. Se fosse para mencionar o nome de todos, seria uma lista extensa, portanto, sintam-se contemplados. Obrigada pela compreensão, motivação e por não desistirem de mim.

RESUMO

Introdução: O Calendário Básico de Vacinação da Criança reflete a melhor relação de eficácia e proteção, o que torna essencial o seguimento fidedigno das normas e recomendações do Ministério da Saúde, para manutenção de ações de imunização seguras para este público-alvo. O registro das vacinas do Calendário Básico, assim como de todas as ações de atenção à criança, é realizado na Caderneta de Saúde da Criança (CSC), caracterizado como instrumento para o monitoramento da saúde infantil. No tocante à imunização da criança questiona-se: Como os profissionais de saúde realizam o manejo do Calendário Básico de Vacinação a partir dos registros na Caderneta de Saúde da Criança?

Objetivos: Avaliar o manejo do Calendário Básico de Vacinação de crianças de zero a menores de 10 anos de idade a partir dos registros realizados pelos profissionais da Atenção Primária em Saúde segundo registros da Caderneta de Saúde da Criança; Categorizar a situação vacinal de crianças segundo idade e o Calendário Básico de Vacinação instituído pelo Ministério da Saúde; Especificar idade de início de imunização; Avaliar o intervalo entre doses de vacinas multidoses utilizado pelos profissionais segundo recomendações do Ministério da Saúde; Identificar a administração simultânea segundo as recomendações do Ministério da Saúde. **Metodologia:** Pesquisa descritiva documental de caráter transversal e com abordagem quantitativa. Foi analisado 2.296 CSC de crianças atendidas em 31 Unidades Básicas de Saúde localizadas nos, até então, sete Distritos Sanitários do município de São Luís – MA. As Unidades Básicas de Saúde foram selecionadas por cálculo proporcional da população por estratos considerando aquelas com número de atendimento igual ou superior a 1000 crianças menores de 10 anos. A pesquisa tem parecer ético CAAE nº 17772819.1.0000.5087. **Resultados:** Das 2.296 CSC, 34,93% teve o calendário vacinal classificado como Atualizado e 33,18% como Atrasado. O imunobiológico com maior frequência de início de imunização em idade oportuna estabelecida pelo Ministério da Saúde, foi a vacina antipólio com 90,32% e a vacina Tríplice viral com maior frequência de atraso para início da imunização com 48,81%. A vacina com maior taxa de não vacinados e idade superior a idade máxima estabelecida, foi a Meningocócica com 1,06% e, com maior frequência incompletude no esquema, foi a Pentavalente com 3,27%. 19,62% das CSC não apresentavam o registro da data de administração da primeira, segunda ou ambas as doses da vacina rotavírus, inviabilizando a avaliação do intervalo entre doses deste imunobiológico. No que diz respeito às recomendações para a vacinação simultânea, em 11,10% foi detectado

condutas inadequadas, como a administração simultânea, na primovacinação de menores de 2 anos, das vacinas febre amarela e tríplice viral ou tetra viral e/ou não seguimento do intervalo mínimo de 30 dias entre os imunobiológicos de antígeno vivo. **Conclusão:** Apesar da maior frequência dos registros dos imunobiológicos, na CSC, terem sido caracterizados como adequados, o estudo identificou algumas fragilidades, como: a não vacinação, a incompletude de doses, o atraso no esquema vacinal, a administração de vacinas antes do intervalo mínimo entre as doses, o início da vacinação antes da idade mínima, a vacinação simultânea inadequada e a ausência do registro da data de acesso ao imunobiológico. Tais achados demonstram práticas que devem ser modificadas pelos profissionais de enfermagem que trabalham nas salas de imunização de São Luís - MA.

Palavras-chave: Saúde da Criança; Calendário Básico de Vacinação da Criança; Doenças Preveníveis por Vacina.

ABSTRACT

Introduction: The Children's Basic Vaccination Calendar reflects the best relationship of efficacy and protection, which makes it essential to faithfully follow the Ministry of Health's norms and recommendations, in order to maintain safe immunization actions for this target audience. The registration of vaccines in the Basic Calendar, as well as of all child care actions, is carried out in the Child Health Handbook (CSC), characterized as an instrument for monitoring child health. With regard to child immunization, the question is: How do health professionals manage the Basic Vaccination Calendar based on the records in the Child Health Handbook? **Objectives:** To evaluate the management of the Basic Vaccination Calendar for children from zero to under 10 years of age, based on records made by Primary Health Care professionals according to records in the Child Health Handbook; Categorize the vaccination status of children according to age and the Basic Vaccination Calendar established by the Ministry of Health; Specify age at onset of immunization; Evaluate the interval between doses of multidose vaccines used by professionals according to Ministry of Health recommendations; Identify simultaneous administration according to the recommendations of the Ministry of Health. **Methodology:** Descriptive cross-sectional documentary research with a quantitative approach. 2,296 CSC of children attended at 31 Basic Health Units located in the seven Sanitary Districts of the city of São Luís – MA were analyzed. The Basic Health Units were selected by proportional calculation of the population by strata considering those with a number of care equal to or greater than 1000 children under 10 years of age. The research has ethical opinion CAAE No. 17772819.1.0000.5087. **Results:** Of the 2,296 CSCs, 34.93% had the vaccination schedule classified as Updated and 33.18% as Delayed. The immunobiological with the highest frequency of starting immunization at an opportune age, established by the Ministry of Health, was the antipolio vaccine with 90.32% and the Triple viral vaccine with the highest frequency of delay in starting immunization with 48.81%. The vaccine with the highest rate of non-vaccinated individuals and older than the maximum age established was Meningococcal with 1.06% and, with the highest frequency of incompleteness in the scheme, was Pentavalent with 3.27%. 19.62% of the CSC did not have a record of the date of administration of the first, second or both doses of the rotavirus vaccine, making it impossible to assess the interval between doses of this immunobiological agent. With regard to the recommendations for simultaneous vaccination, in 11.10% inadequate conduct was detected in the simultaneous administration of immunobiologicals.

Conclusion: Despite the higher frequency of immunobiological records in the CSC having been characterized as adequate, the study identified some weaknesses, such as: non-vaccination, incomplete doses, delay in the vaccination schedule, administration of vaccines before the interval minimum between doses, starting vaccination before the minimum age, inadequate simultaneous vaccination and lack of record of the date of access to the immunobiological. These findings demonstrate practices that must be modified by nursing professionals who work in immunization rooms in São Luís - MA.

Keywords: Child Health; Child's Basic Vaccination Schedule; Vaccine-Preventable Disease

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Tamanho amostral por vacina/dose segundo registros na CSC – São Luís/MA, 2019/2021	25
Quadro 2 -	Esquema Vacinal utilizado na construção do instrumento de coleta de dados	27
Quadro 3 -	Calendário Básico de Vacinação Infantil definido pelo Ministério da Saúde	28
Quadro 4 -	Idade mínima e máxima para administração de imunobiológicos do Calendário Básico de Vacinação segundo definição do Ministério da Saúde	29
Quadro 5 -	Nomenclatura e Critérios para classificação do esquema vacinal das crianças segundo registros da Caderneta de Saúde da Criança	30
Quadro 6 -	Classificação da situação vacinal segundo avaliação do Esquema Básico	30
Quadro 7 -	Classificação e Critérios para avaliação do esquema complementar a partir do registro na Caderneta de Saúde da Criança de crianças ≥ 4 anos de idade	32
Quadro 8 -	Critérios de avaliação da situação do esquema vacinal por imunobiológico	32
Quadro 9 -	Classificação e Critérios para avaliação relativo ao início do esquema dos imunobiológicos considerando idade máxima e mínima segundo recomendações do Ministério da Saúde	33
Quadro 10 -	Intervalo entre doses das vacinas multidoses segundo recomendações do Ministério da Saúde	33
Quadro 11 -	Critérios de avaliação referentes ao seguimento do intervalo de vacinas multidoses segundo recomendações do Ministério da Saúde.	34
Quadro 12 -	Classificação e Critérios da situação do registro por dose de imunobiológicos multidoses	34
Quadro 13 -	Tipos de antígenos e administração simultânea de vacinas segundo o Ministério da Saúde	35
Quadro 14 -	Classificação e Critérios de avaliação de vacinação simultânea segundo o Ministério da Saúde	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Faixa etária das crianças segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021	25
Tabela 2 -	Situação, segundo faixa etária, do Calendário Básico de Vacinação da Criança, a partir dos registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021	54
Tabela 3 -	Situação do esquema das vacinas BCG e Hepatite B segundo registros da CSC de crianças ≥ 0 dias – São Luís/MA, 2019/2021	55
Tabela 4 -	Idade da criança quando do início das vacinas BCG e Hepatite B segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021	56
Tabela 5 -	Situação do esquema das vacinas Rotavírus e Pneumocócica segundo registros da CSC de crianças ≥ 4 meses – São Luís/MA, 2019/2021	57
Tabela 6 -	Situação do registro relativo as doses da vacina rotavírus na CSC de crianças ≥ 2 meses – São Luís/MA, 2019/2021	57
Tabela 7 -	Situação do registro relativo as doses da vacina pneumocócica registradas na CSC de crianças ≥ 2 meses – São Luís/MA, 2019/2021	58
Tabela 8 -	Idade da criança quando do início da vacina pneumocócica e rotavírus segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021	58
Tabela 9 -	Intervalo entre doses do esquema da vacina pneumocócica segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021	59
Tabela 10 -	Intervalo entre doses do esquema da vacina rotavírus segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021	60
Tabela 11 -	Situação do esquema das vacinas Antipólio e Pentavalente segundo registros da CSC de crianças ≥ 6 meses – São Luís/MA, 2019/2021	60
Tabela 12 -	Situação do registro relativo as doses da vacina antipólio na CSC de crianças de 2 meses a menores de 10 anos – São Luís/MA, 2019/2021	61
Tabela 13 -	Situação do registro relativo as doses da vacina pentavalente na CSC de crianças de 2 meses a menores de 10 anos – São Luís/MA, 2019/2021	62
Tabela 14 -	Idade da criança quando do início das vacinas antipólio e pentavalente segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021	62
Tabela 15 -	Intervalo entre doses do esquema da vacina antipólio segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021	63
Tabela 16 -	Situação do esquema da vacina meningocócica, segundo registros da CSC de crianças ≥ 5 meses – São Luís/MA, 2019/2021	64

Tabela 17 -	Situação do registro relativo as doses da vacina meningocócica na CSC de crianças de 3 meses a menores de 10 anos – São Luís/MA, 2019/2021	64
Tabela 18 -	Idade da criança quando do início da vacina meningocócica segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021	65
Tabela 19 -	Intervalo entre doses do esquema da meningocócica segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021	65
Tabela 20 -	Situação do esquema da vacina febre amarela segundo registros da CSC de crianças com ≥ 9 meses de idade – São Luís/MA, 2019/2021	66
Tabela 21 -	Idade da criança quando do início da vacina febre amarela segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021	66
Tabela 22 -	Situação do esquema com as vacinas tríplice/tetra viral segundo registros da CSC de crianças ≥ 15 meses – São Luís/MA, 2019/2021	66
Tabela 23 -	Situação do registro relativo as doses da vacina tríplice/tetra viral na CSC de crianças de 12 meses a menores de 10 anos – São Luís/MA, 2019/2021	67
Tabela 24 -	Idade da criança quando do início da imunização com a vacina Tríplice viral segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021	68
Tabela 25 -	Vacina administrada como segunda dose no esquema Tríplice/Tetra viral segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021	68
Tabela 26 -	Intervalo entre as doses do esquema tríplice/tetra viral segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021	68
Tabela 27 -	Situação do Calendário Básico de Vacinação infantil de crianças ≥ 12 meses de idade, a partir dos registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021	69
Tabela 28 -	Situação do esquema complementar segundo registros da CSC de crianças ≥ 4 anos – São Luís/MA, 2019/2021	70
Tabela 29 -	Vacinação simultânea segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021	70

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB -	Atenção Básica
ACs -	Agente Comunitário de Saúde
APS -	Atenção Primária a Saúde
BCG -	Bacilo Calmette Guerin
CC -	Cartão da Criança
CIT -	Comissão Intergestores Tripartite
CPMI -	Coordenação de Proteção Materno-Infantil
CSC -	Caderneta de Saúde da Criança
DNCr -	Departamento Nacional da Criança
DNSP -	Departamento Nacional de Saúde Pública
DINSAMI -	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DTP -	Difteria, Tétano e Coqueluche
ECA -	Estatuto da Criança e do Adolescente
EAPV -	Evento adverso pós-vacinação
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
GEPSCA -	Grupo de Estudo e pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente
IAC -	Hospital Amigo da Criança
IRAs -	Infecções Respiratórias Agudas
MES -	Ministério da Educação e Saúde
MS -	Ministério da Saúde
MI -	Mortalidade Infantil
NV -	Nascidos Vivos
ODM -	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS -	Organização Mundial da Saúde

PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC -	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM -	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PSF -	Programa de Saúde da Família
PNAISC -	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança
PNI -	Programa Nacional de Imunização
PNSP -	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RAS -	Redes de Atenção à Saúde
SEMUS/MA -	Secretaria Municipal de Saúde – Maranhão
SBIIm -	Sociedade Brasileira de Imunizações
SUS -	Sistema único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UPP -	Úlcera por pressão
VIP -	Vacina Inativada Poliomielite
VOP -	Vacina Oral poliomielite

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	21
3	METODOLOGIA	22
3.1	Caracterização do Estudo	23
3.2	Local da pesquisa	24
3.3	População e Amostra	24
3.4	Processo de Pesquisa	26
3.5	Instrumento de Coleta de Dados	26
3.6	Organização dos Dados	28
3.7	Análise dos Dados	28
4	Aspectos Éticos e Administrativos	35
5	REVISÃO DA LITERATURA	37
5.1	Saúde da criança e sua conexão com as ações de vacinação: uma retrospectiva histórica	37
5.2	Os passos trilhados nas políticas públicas no que tange a saúde da criança com ênfase na vacinação	45
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
7	CONCLUSÃO	72
8	REFERÊNCIAS	74
9	APÊNDICES	79
	Apêndice 1 – Lista das Unidades de Saúde no Município de São Luís por Distrito Sanitário	
	Apêndice 2 – Unidades de Saúde, População e Amostra	
	Apêndice 3 – Instrumento de Coleta de dados	
	Apêndice 4 – Solicitação de Dispensa de TCLE	
	Apêndice 5 – Carta de Apresentação do Pesquisador nas Unidades Básicas de Saúde	
10	ANEXOS	98

**Anexo 1 – Anuência da Superintendência de Educação em
Saúde**

**Anexo 2- Aprovação Do Protocolo De Pesquisa Pelo Sistema
Cep/Conep**

Anexo 3 - Parecer do colegiado do Curso

1. INTRODUÇÃO

A vacinação, no território brasileiro, é coordenada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), instituído em 1975 pela Lei nº 6.259, para coordenar as ações de imunização que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico de campanhas e pela reduzida área de cobertura de atuação (BRASIL, 2008). Através do PNI foi elaborado o primeiro Calendário Nacional de Vacinação, normatizado em 1977, de caráter obrigatório e tendo, a princípio, como público alvo apenas crianças que deveriam receber quatro vacinas no primeiro ano de vida: Bacilo Calmette Guerin (BCG); Vacina Oral poliomielite (VOP); Difteria, Tétano e Coqueluche (DTP); e contra o sarampo (BRASIL, 2015).

No ano seguinte, o PNI elaborou a nova atualização do calendário de vacinação, instituído pela Portaria nº 221, de 5 de maio, onde ocorreu a adição do imunobiológico contra varíola ao Calendário básico e o grupo alvo do programa foi modificado, passando a contemplar não apenas crianças menores de 1 ano, mas também escolares de 1º e 2º grau, em situações específicas de seleção e recrutamento (BRASIL, 2015).

Entretanto, mesmo com o uso e ampliação da vacinação, no final da década de 1970, as taxas de morbimortalidade infantil no Brasil ainda se encontravam elevadas (ARAÚJO et al., 2014). Os autores afirmam que, nessa década, a assistência à criança ainda era vinculada a saúde materna por meio da Política de Atenção à Saúde Materno-Infantil.

Sendo assim, como estratégia de enfrentamento às adversidades nas condições de saúde exclusivas da população infantil foi implantado, a partir de 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), cujo objetivo era promover e qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde para crianças de 0 a 5 anos (ARAÚJO et al., 2014; BRASIL, 2008). O PAISC determinou as seguintes ações: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno; controle das doenças diarreicas e das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) e a imunização (BRASIL, 2008).

Assim, como forma de unificar as informações aos profissionais de saúde e aos responsáveis da criança, referentes ao crescimento e desenvolvimento e a vacinação, surge o Cartão da Criança (CC) (AMORIM et al., 2018). Porém, o CC, após diversas modificações, passou a ser denominada Caderneta de Saúde da Criança (CSC) por meio da Portaria Nº 964

de 23 de junho de 2005 (BRASIL, 2005). Atualmente, após aprovação, em forma de anexo, disponível através da Consulta Pública nº 25, de 07 de dezembro de 2015, a CSC sofreu novas alterações, passando a intitular-se Caderneta da Criança - Passaporte da Cidadania (BRASIL, 2015).

Concomitante a tal modificação da CSC, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) por meio da Portaria nº 1.130, articulando as ações e os serviços de saúde, a fim de facilitar sua implementação pelas gestões estadual e municipal e pelos profissionais de saúde. A partir de então, o Sistema único de Saúde (SUS) passa a determinar a Atenção Primária a Saúde (APS) como responsável pela coordenação do cuidado à criança e ponto central desse processo em seu território (DAMASCENO et al., 2016).

Partindo desta perspectiva, todos os níveis de atenção à saúde deveriam efetuar a verificação e o manejo da CSC, como forma de comunicação entre os níveis de assistência. Porém, grande parte das informações são originadas pelo manejo dessas ações nas maternidades e, sobretudo, nos serviços de atenção primária (AMORIM et al. 2018). Reforçando, portanto, a importância da APS como o nível do sistema de serviço de saúde que procederá com o acompanhamento do lactente, após a alta da maternidade, mediante o uso da CSC.

A CSC apresenta-se como instrumento essencial de vigilância em saúde, por ser o documento onde são registradas todas as ações na atenção à criança, dentre as quais as vacinas do Calendário Nacional de Vacinação (SILVA, 2016). Através disso, é notável o desafio e responsabilidade do adequado manejo da CSC pelos profissionais inseridos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF, implementada a partir de 1994, foi instituída na perspectiva de organizar e fortalecer o primeiro nível de atenção, organizando os serviços e orientando a prática profissional de atenção à família, sendo que, no contexto da vacinação, a equipe da ESF realiza a verificação da CSC e a situação vacinal e encaminha a população ao serviço de vacinação para iniciar ou completar o esquema vacinal, conforme os calendários de vacinação (BRASIL, 2014). Sob esta perspectiva, é essencial reconhecer e reafirmar a vacinação como ação intrinsecamente vinculada à Atenção Básica em Saúde (AB), como um cuidado preventivo de promoção e de proteção da saúde, oferecido, de modo geral, na porta de entrada do SUS (BRASIL, 2013).

Outro componente importante nesse processo é a equipe de enfermagem, que será responsável por desenvolver as atividades na sala de vacinação. Para tanto, é essencial que esses profissionais sejam treinados e capacitados para os procedimentos de manuseio, conservação, preparo e administração, registro e descarte dos resíduos resultantes das ações de imunização (BRASIL, 2014).

Por meio da vacinação, já se alcançaram muitas conquistas. Dentre elas, destacam-se a erradicação da febre amarela urbana, da varíola e da poliomielite, o controle do sarampo, do tétano neonatal e acidental, das formas graves de tuberculose, difteria e coqueluche. Consequentemente, a vacinação tem contribuído para a redução significativa das taxas de morbimortalidade infantil. Isso demonstra a trajetória excepcional do programa de imunização no âmbito das políticas de saúde no Brasil (YOKOKURA et al., 2013).

No sentido de assegurar maior ampliação na proteção de doenças, o Ministério da Saúde tem periodicamente ampliado o esquema de vacinação em todo território brasileiro. Porém, foi somente após a instituição da Portaria nº 597, de 8 de abril de 2004, que a obrigatoriedade de vacinas deixa de ser somente para menores de 1 ano e escolares de 1º e 2º graus, em situações específicas de seleção e recrutamento, e passa a englobar crianças 0-15 meses e 4-10 anos. Sendo que, em 2013, após o lançamento da Portaria nº 1.498, de 19 de julho, o público alvo infantil passou por nova modificação, abrangendo, a partir de então, as faixas etárias de 0-15 meses e 2 a menores de 5 anos, definição essa que se encontra vigente até hoje (BRASIL, 2015).

As alterações do calendário, no que tange as vacinas ofertadas, têm sido realizadas de acordo com a modificação do perfil epidemiológico da localidade. Atualmente, o esquema de vacinação, para crianças menores de cinco anos, conta com 15 vacinas, sendo elas: BCG, Hepatite B, Varicela, Vacina Inativada Poliomielite (VIP), Hepatite A, Pentavalente, Rotavírus, Pneumocócica 10, Influenza, Meningocócica C, Febre amarela, Tríplice viral, Tetra viral, DTP e VOP (BRASIL, 2019).

O Calendário Básico de Vacinação é formulado a partir da perspectiva da melhor forma de se alcançar a proteção segura. Para tanto, toda vacina licenciada para uso passa antes por diversas fases de avaliação, desde os processos iniciais de desenvolvimento até a produção e a fase final que é a aplicação, garantindo assim sua segurança e eficácia (BRASIL, 2019). Portanto, todas as vacinas, mencionadas anteriormente, possuem recomendação de idade, número de doses e intervalos entre doses de vacinas que se baseiam em estudos clínicos, de custo-eficácia e custo-efetividade, e também nas características dos diferentes

imunológicos e na melhor forma de cumprir os esquemas vacinais (BRAVO, 2015). Além desses aspectos, o Ministério da Saúde determina orientações no tocante a administração conjunta de imunobiológicos e aqueles que não devem ser administrados no mesmo atendimento.

Segundo o Manual de Normas de vacinação (BRASIL, 2001), a aplicação de mais de um imunobiológico pode ocorrer pela vacinação combinada, associada e simultânea. O manual ainda classifica cada prática, onde, determina que a combinada ocorre quando há administração, em uma mesma preparação, de dois ou mais agentes como, por exemplo, no caso da vacina tríplice DTP, das vacinas duplas DT e dT e da vacina oral trivalente contra a poliomielite, que contém os três tipos de vírus atenuados da poliomielite. Na vacinação associada, ocorre quando é misturado as vacinas no momento da aplicação, o que pode ser feito, por exemplo, entre determinadas apresentações (marcas) das vacinas contra *Haemophilus influenzae* do tipo b e vacina tríplice DTP.

Ainda segundo o manual, a vacinação simultânea, ocorre quando duas ou mais vacinas são administradas em diferentes locais ou por diferentes vias num mesmo atendimento. Tal conduta, segundo o MS, é indicada e econômica, pois além de facilitar a efetivação do esquema, permite, em reduzido número de contatos da pessoa com o serviço de saúde, vacinar contra o maior número possível de doenças (BRASIL, 2014).

De modo geral, as vacinas do Calendário de Vacinação podem ser administradas simultaneamente sem que ocorra interferência na resposta imunológica, porém, em alguns casos, como o da primovacinação contra a febre amarela e Tríplice Viral, que possuem em sua fórmula vírus vivos atenuados, tal prática se torna inviável, pois há grande possibilidade de interferirem na eficácia uma da outra, devendo, portanto, ser administradas com intervalo mínimo de 30 dias (BRASIL, 2014).

O calendário de vacinação infantil, portanto, reflete a melhor relação de eficácia e proteção, o que torna essencial o seguimento fidedigno das normas e recomendações do Ministério da Saúde adotando-se procedimentos durante a administração dos imunobiológicos, portanto, levando em consideração essa constatação, esta pesquisa construiu as seguintes indagações: Como os profissionais de saúde realizam o manejo do Calendário Básico de Vacinação a partir dos registros na Caderneta de Saúde da Criança? Qual o intervalo temporal entre doses de vacinas utilizado pelos profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde? O intervalo temporal entre doses das vacinas é coerente com as recomendações do Ministério da Saúde? Qual a idade de início dos esquemas vacinais? Foi

em idade oportuna? Quais vacinas foram administradas no mesmo atendimento? Que inadequações podem comprometer a cobertura vacinal de crianças menores de 10 anos?

1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Durante as aulas práticas da disciplina Saúde da Criança e do Adolescente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMA, me foi possibilitado contato com a proposta de pesquisa, o que foi aprofundado com a minha inserção no Grupo de Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente (GEPSCFA). Tal contato, viabilizou a ampliação dos meus conhecimentos e interesse para com o assunto e, conseqüentemente, o reconhecimento da vacinação como uma importante intervenção na atenção à criança, com impacto significativo na redução da morbimortalidade de doenças imunopreveníveis para este grupo. Para tanto, reveste-se de grande importância assegurar a continuidade de sua eficácia e, por conseguinte, a manutenção do controle das endemias, diminuição do número de hospitalização e necessidade de tratamentos médicos por meio do adequado manejo do Calendário Básico de Vacinação.

O que reforçou a necessidade de avaliar os dados acerca da administração de imunobiológicos em crianças, principalmente no que tange ao manejo do Calendário Básico de Vacinação de crianças de zero a menores de 10 anos de idade pelos profissionais da Atenção Primária em Saúde, especificamente no que diz respeito a idade de início da imunização, ao intervalo entre doses, doses registradas segundo idade da criança e a administração simultânea de imunobiológicos. Compreende-se que condutas inadequadas nesse manejo poderão comprometer a eficácia do imunobiológico e a cobertura vacinal e, conseqüentemente, expor a criança a maiores riscos de agravos.

Portanto, esta pesquisa tornará viável não apenas a produção de conhecimento científico, mas também se reveste de importância para qualificar o processo de trabalho realizado nas UBS's de São Luís-MA, no que tange ao início em tempo oportuno, seguimento da administração das doses de vacina no intervalo correto, a aplicação de doses simultâneas e ao rastreamento de crianças com situação de atraso no calendário básico de vacinação. Subsidiando material que possa embasar gestores e profissionais da saúde a terem dados concretos que norteiem orientações específicas sobre as falhas detectadas no manejo do calendário vacinal.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral:

- Avaliar o manejo do Calendário Básico de Vacinação de crianças de zero a 10 anos de idade a partir dos registros realizados pelos profissionais da Atenção Primária em Saúde na Caderneta de Saúde da Criança.

2.2. Específicos:

- Categorizar a situação vacinal de crianças segundo idade e o Calendário Básico de Vacinação instituído pelo Ministério da Saúde;
- Especificar idade de início de imunização;
- Avaliar o intervalo entre doses de vacinas multidoses utilizado pelos profissionais segundo recomendações do Ministério da Saúde;
- Identificar a administração simultânea segundo as recomendações do Ministério da Saúde.

3. METODOLOGIA

3.1 Caracterização do Estudo

Esse estudo faz parte de uma pesquisa maior, intitulada “Caderneta de Saúde da Criança e o manejo profissional das ações de saúde infantil”, cujo objetivo é identificar como as ações de saúde da criança são registradas na CSC. Esta pesquisa, encontra-se vinculada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão sob a coordenação do Grupo de Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente – GEPSFCA.

Trata-se de pesquisa descritiva, documental de caráter transversal e com abordagem quantitativa.

De acordo com Gomes e Gomes (2019), a pesquisa descritiva é aquela que ocorre quando os fatos são observados, registrados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador. Esse tipo de pesquisa apenas descreve como são percebidos, expondo as características de determinada população ou fenômeno, estabelecendo correlações entre variáveis e definindo sua natureza.

Ainda segundo os autores Gomes e Gomes (2019), no que tange a pesquisa transversal, trata-se de uma pesquisa que possui enfoque na análise de um objeto em um dado momento específico, onde, este objeto será analisado de forma circunscrita e focal, desconsiderando o momento anterior e posterior a sua existência. Este método, possibilita o pesquisador analisar os dados de forma correlacional, ou seja, analisar se existe um padrão de um mesmo fenômeno ser observado em circunstâncias ou grupos de pessoas diferentes e analisar se há de fato alguma correlação entre os mesmos, na tentativa de encontrar a existência ou não de relações de causa e efeito.

Segundo os autores Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), a pesquisa documental caracteriza-se por ser uma busca por informações em documentos que não possuem nenhum tipo de tratamento científico, não foram analisados ou sistematizados, ou seja, são fontes primárias. Para esses autores, fontes primárias consistem em dados originais, no qual possuem uma relação direta com os fatos que o pesquisador detém interesse em analisar.

A pesquisa documental pode ser considerada um meio, um caminho, uma metodologia que ajudará entender a realidade material. Os documentos podem ser o ponto de partida da pesquisa para conhecer a realidade (CARVALHO, s.d). Portanto, o desafio desta técnica surge a partir da capacidade que o pesquisador possui de selecionar, tratar, interpretar a informação, buscando decifrar e compreender a interação com sua fonte. Quando tal processo alcança êxito, há um reflexo à pesquisa e aos dados coletados, que se tornam mais ricos em

informação e, conseqüentemente, mais significativos (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015).

A pesquisa documental possibilita a produção de novos conhecimentos, permite a criação de novas formas de compreender os fenômenos e de conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos. Segundo Kripka et al (2015), a pesquisa documental disponibiliza ao investigador a oportunidade de aprofundar-se no campo de estudo procurando captar o fenômeno a partir das perspectivas contidas nos documentos, contribuindo, portanto, com a área no qual ele se insere.

De acordo com Gomes e Gomes (2019) a utilização da abordagem quantitativa deve ocorrer quando a pergunta norteadora da pesquisa remeter a uma relação que pode ser mensurada em medidas ou relações matemáticas. Sendo que, o enfoque deverá ocorrer na medição objetiva e a quantificação dos resultados, evitando erros na etapa de processamento dos dados.

3.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de São Luís, capital do Estado do Maranhão, nas quais são realizados atendimentos à criança, como consulta de puericultura ou de pediatria e vacinação. Atualmente o município possui 57 Unidades de Saúde na Atenção Básica, sendo 43 Centros de Saúde, sete (07) Unidades Saúde da Família e quatro (04) Unidades Mistas de Saúde com serviço ambulatorial. No período de elaboração do projeto, o município era organizado e distribuído em sete (07) Distritos Sanitários (Apêndice 1), porém, atualmente, encontra-se dividido em nove (09) Distritos Sanitários.

3.3 População e Amostra

A população do estudo corresponde a 57.677 crianças de zero a menores de 10 anos atendidas nas Unidades Básicas de São Luís. Para a seleção amostral considerou-se as UBS's cujo número de atendimento no ano de 2018 tenha sido superior a 1000 crianças. Sendo assim, das 57 Unidades do município, 31 obedeciam a este critério e participaram da pesquisa. Assim, a amostra do estudo maior foi de 2.303 crianças definida a partir do cálculo de populações finitas com o erro amostral de 2%. A Amostragem foi estratificada por idade para cada UBS baseada no cálculo proporcional da população por estratos. A amostra por UBS foi definida por cálculo proporcional da população por estratos e encontra-se descrita no Apêndice 2.

Para análise, considerou-se a versão da CSC a partir da 7ª versão. As CSC nas versões anteriores a estas foram excluídas da pesquisa, pois não apresentavam todas as ações da saúde da criança definidas pelo Ministério da Saúde. Estas se restringiam ao registro dos imunobiológicos e do peso da criança. Foi excluída da análise a nova versão da “Caderneta da Criança - Passaporte para a Cidadania”, publicada pelo Ministério da Saúde em 2019. Em São Luís, a distribuição desta nova versão da Caderneta da Criança, foi iniciada em 2020, e, de modo irregular o que ainda não permitiu o acesso de todas as crianças a esta versão.

Foram avaliadas 2.303 CSC, entretanto, em sete (7) CSC não constava registro da data de nascimento na folha de Identificação e nos Dados do Recém-Nascido, inviabilizando a análise referentes à vacinação. Sendo assim, a amostra utilizada nesta pesquisa foi de 2.296 CSC. Segundo registro na CSC, as faixas etárias podem ser visualizadas na Tabela 1:

Tabela 1. Faixa etária das crianças segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Faixa etária	N	%
0 dia - < 2 meses	112	4,8
≥ 2 meses - < 3 meses	143	6,2
≥ 3 meses - < 4 meses	88	3,8
≥ 4 meses - < 5 meses	69	3,0
≥ 5 meses - < 6 meses	71	3,1
≥ 6 meses - < 9 meses	164	7,1
≥ 9 meses - < 12 meses	174	7,5
≥ 12 meses - < 15 meses	183	7,9
≥ 15 meses - < 4 anos	701	30,4
≥ 4 anos	591	25,7
Não foi possível avaliar a idade	07	0,5
TOTAL	2303	100

Fonte: dados da pesquisa.

Portanto, ao correlacionar a idade da CSC com a idade recomendada para recebimento de cada imunobiológico/dose, o número de crianças com idade para receber ou já ter recebido cada respectiva vacina foi:

Quadro 1. Tamanho amostral por vacina/dose segundo registros na CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Vacina/dose	N
BCG e Hepatite B (recombinante)	2.296
Rotavírus, Pentavalente, Pneumocócica, VIP (1ª dose)	2.184

Meningocócica (1ª dose)	2.041
Rotavírus, Pentavalente, Pneumocócica e VIP (2ª dose)	1.953
Meningocócica (2ª dose)	1.884
Pentavalente e VIP (3ª dose)	1.813
Febre amarela (dose única)	1.649
Tríplice viral (1ª dose); Pneumocócica e Meningocócica (reforço)	1.475
VOP, DTP (reforço); Tetra viral (dose única)	1.292
VOP e DTP (reforço)	591

Fonte: dados da pesquisa

3.4 Processo de Pesquisa

Antes de iniciar a coleta de dados, os membros da pesquisa dirigiram-se à Direção da Unidade de Saúde, apresentaram-se e entregaram a autorização para realização da pesquisa. Nessa oportunidade, foi explicado os objetivos da pesquisa e informado que os dados seriam coletados diretamente na CSC sem o envolvimento direto de seres humanos.

As salas de vacinas foram o contexto primário para o acesso às CSC. Para tanto, as pesquisadoras solicitavam a CSC à vacinadora, enquanto a criança se encontrava recebendo as vacinas, de uma forma que não interferiu no processo de trabalho dos profissionais e no atendimento aos usuários. As páginas de cada CSC foram escaneadas através do telefone celular das pesquisadoras e salvas em um único arquivo. Sendo, em seguida, aplicadas ao instrumento de coleta de dados. Esse processo reduziu o tempo de coleta de dados e permitiu que o registro das informações fosse realizado pelas pesquisadoras fora das UBS's com o apoio do instrumento de coleta de dados construído exclusivamente para esta pesquisa.

Para a coleta de dados todas as pesquisadoras receberam treinamento específico, seguido por um estudo-piloto em uma UBS da região metropolitana para adequação do instrumento e da metodologia de coleta de dados.

3.5 Instrumento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados mediante a verificação direta da CSC e apoiada por um protocolo de pesquisa. Para a construção do protocolo considerou-se todos os itens da 7ª versão da CSC e estruturado a partir de 17 dimensões e 98 itens (Apêndice 3): Folha de Identificação; Mudanças de endereço; Instrumento de vigilância do desenvolvimento; Folha de registro das medidas antropométricas; Gráfico do perímetro cefálico; Gráficos do

peso/idade; Gráfico comprimento/idade; Gráficos altura/idade; Gráfico Índice de Massa Corporal (IMC) /idade; Registros dos procedimentos de saúde bucal; Saúde ocular; Saúde auditiva; Registro de suplementação de ferro; Registro de suplementação de Vitamina A; Registro das vacinas (administradas e aprazadas); Registro da alimentação da criança; Registro de intercorrências e anotações.

Foi utilizado para produção desta pesquisa, somente o item “Registro das Vacinas do Calendário Básico”. Este item foi elaborado segundo as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao Calendário Básico de Vacinação da Criança a partir da Portaria nº 3.318, de 28 de outubro de 2010, utilizada como base para elaboração dos registros de vacinação na 7ª versão da CSC Tendo o cuidado de considerar todas as notas técnicas publicadas pelo MS quanto as alterações no calendário. Sendo assim, foi respeitado as modificações estabelecidas pela Portaria nº 1.498, de 19 de julho de 2013, no qual se encontra vigente até o dado momento. Portanto, a versão final utilizada no instrumento foi:

Quadro 2. Esquema Vacinal utilizado na construção do instrumento de coleta de pesquisa

VACINA	DOSE(S)
BCG	Dose única
Hepatite B	Dose ao nascer
Rotavírus Humano	2 doses
Pentavalente/DTP	3 doses (com penta) e 2 reforços (com DTP)
Pneumocócica 10V (conjugada)	2 doses e 1 reforço
VIP/VOP	3 doses (com VIP) e 1 reforço (com VOP)
Meningocócica C	2 doses e 1 reforço
Febre amarela	Dose única
Tríplice viral	1 dose
Tetra viral	1 dose

Fonte: dados da pesquisa

As inclusões das vacinas Varicela (Portaria nº 1.946, de 19 de julho de 2010), Hepatite A (Informe técnico o sobre a introdução da vacina adsorvida Hepatite A (inativada), de junho de 2014) e o segundo reforço de VOP (Portaria nº 452, de 1977) no Calendário Básico de Vacinação da Criança, não foram consideradas por esta pesquisa, pois, até a 8ª edição da CSC, o segundo reforço de VOP era registrado em “Outras vacinas”, assim também como os imunobiológicos Varicela e Hepatite A, que só passaram a possuir espaço de preenchimento nos “Registro das Vacinas do Calendário Básico”, a partir da 10ª edição. Portanto, suas inclusões no instrumento de coleta, poderiam ocasionar em uma inconsistência nos dados

3.6 Organização dos dados

O processamento dos dados foi realizado por uma equipe de digitadores utilizando o programa Microsoft Excel 2016 com dupla entrada seguida pela comparação dos bancos de dados. Nessa oportunidade foi realizado a correção dos erros de digitação.

3.7 Análise dos Dados

Para Moraes e colaboradores (2003), a cobertura vacinal é um indicador que fornece uma ideia do quantitativo de crianças menores de um ano protegidas em relação a cada uma das doenças imunopreveníveis, não correspondendo à cobertura pelo esquema completo para cada criança. Sendo assim, segundo os autores, há uma diferença entre cobertura por criança e cobertura por vacina. Onde, para obter a cobertura por criança, o procedimento adotado deverá ser a avaliação de cada uma das crianças, para averiguação da completude do esquema de vacinação preconizado, através do seguimento temporal indicado nos registros do Calendário Básico de Vacinação, que foi o procedimento adotado nesta pesquisa.

A avaliação por criança foi realizada tanto quanto por situação vacinal segundo a faixa etária (0 a < 10 anos), como por completude do esquema básico (≥ 12 meses) e esquema complementar (≥ 4 anos).

Para avaliação da situação vacinal do Calendário Básico de Vacinação da Criança, foi levado em consideração as informações formuladas pelo Ministério da Saúde (2020):

Quadro 3. Calendário Básico de Vacinação infantil definido pelo Ministério da Saúde

IDADE	VACINA	DOSE
Ao nascer	BCG	Dose única
	Hepatite B	Dose ao nascer
2 meses	Rotavírus Humano	1ª dose
	Pentavalente/DTP	1ª dose (com penta)
	Pneumocócica 10V (conjugada)	1ª dose
	VIP/VOP	1ª dose (com VIP)
3 meses	Meningocócica C	1ª dose
4 meses	Rotavírus	2ª dose
	Pentavalente/DTP	2ª dose (com penta)
	Pneumocócica 10	2ª dose
	VIP/VOP	2ª dose (com VIP)
5 meses	Meningocócica C	2ª dose

6 meses	Pentavalente/DTP	3ª dose (com penta)
	VIP	3ª dose (com VIP)
9 meses	Febre amarela	Dose única
12 meses	Tríplice viral	1ª dose
	Pneumocócica 10V	Reforço
	Meningocócica C	Reforço
15 meses	VIP/VOP	1º reforço com VOP
	Pentavalente/DTP	1º reforço com DTP
	Tetra viral	Uma dose
	Hepatite A*	Uma dose
4 anos	VIP/VOP*	2º reforço com VOP
	DTP	2º reforço com VOP
	Varicela*	Uma dose

Fonte: Ministério da Saúde. Brasil (2020)

*As informações acerca dos imunobiológicos Hepatite A, Varicela e 2º reforço de VOP estão presentes por uma questão meramente informativa, já que, como mencionado anteriormente, não serão incluídas na pesquisa.

Quadro 4 - Idade mínima e máxima para administração de imunobiológicos do Calendário Básico de Vacinação segundo definição do Ministério da Saúde.

Vacinas	INÍCIO DA VACINAÇÃO	
	Idade mínima	Idade máxima
BCG	Ao nascer	4 anos, 11 meses e 29 dias
Hepatite B	Ao nascer	30 dias
Pentavalente	2 meses	4 anos, 11 meses e 29 dias
VIP	2 meses	4 anos, 11 meses e 29 dias
Rotavírus	1ª dose: 1 mês e 15 dias	1ª dose: 3 meses e 15 dias
	2ª dose: 3 meses e 15 dias	2ª dose: 7 meses e 29 dias
Pneumocócica 10	2 meses	4 anos, 11 meses e 29 dias
Meningocócica C	3 meses	4 anos, 11 meses e 29 dias
Febre Amarela	9 meses	-
Tríplice Viral	12 meses	-
Tetra viral	15 meses	4 anos, 11 meses e 29 dias
DTP	15 meses	6 anos, 11 meses e 29 dias
VOP	15 meses	4 anos, 11 meses e 29 dias

Fonte: Ministério da Saúde. Brasil (2014)

Para classificar a situação vacinal das crianças segundo registros da CSC foi utilizada a seguinte nomenclatura:

Quadro 5 – Nomenclatura e Critérios para classificação do esquema vacinal das crianças (0 a < 10 anos) segundo registros da Caderneta de Saúde da Criança

NOMENCLATURA	CRITÉRIOS
Concluído	Crianças \geq 4 anos, com registro de todas as vacinas e suas respectivas doses e reforços no calendário de vacinação da CSC
Atualizado	Crianças < 4 anos, com registro de todas as vacinas preconizadas para sua idade na CSC
Atrasado	Início da imunização, porém ausência de registro de uma ou mais doses de um ou mais imunobiológico e idade igual ou inferior a idade máxima recomendada
Incompleto	Ausência de registro de um ou mais imunobiológico e idade superior a idade máxima recomendada
Não vacinado	Sem registro de nenhuma dose de uma ou mais vacinas

Fonte: a autora

Segundo a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) (2016), o Calendário Básico de Vacinação brasileiro é aquele estabelecido pelo PNI, que defini, por meio de estudos epidemiológicos, o conjunto de vacinas consideradas de interesse prioritário à saúde pública do país, contemplando diferentes faixas etárias (Crianças, adolescentes, adultos e idosos). No que concerne ao esquema básico direcionado a criança, é esperado que estes indivíduos o concluam no seu primeiro ano de vida. Sendo assim, foi considerado também como critério para análise a classificação do Esquema Básico segundo as CSC de crianças na faixa etária \geq 12 meses (N=1475), segundo os critérios abaixo, elaborados de acordo com recomendações do Ministério da Saúde:

Quadro 6. Classificação da situação vacinal segundo avaliação do Esquema Básico de crianças \geq 12 meses de idade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
Completo	Registro de todas as vacinas e suas respectivas doses (incluindo a terceira dose de reforço) recomendadas pelo Ministério da Saúde até 1ano de idade
Atrasado	Início da imunização, porém ausência de registro de uma ou mais doses de um ou mais imunobiológicos e idade igual ou inferior a idade máxima recomendada

Incompleto	Ausência de registro de um ou mais imunobiológico e idade superior a idade máxima recomendada
Não vacinado: menor que a idade máxima recomendada pelo Ministério da Saúde	Não tem nenhum registro de nenhuma dose de uma ou mais vacinas, porém ainda idade igual ou inferior a idade máxima recomendada
Não vacinado: maior que a idade máxima recomendada pelo Ministério da Saúde	Não tem nenhum registro de nenhuma dose de uma ou mais vacinas, porém idade superior a idade máxima recomendada

Fonte: a autora

No caso das vacinas multidoses, após a conclusão do esquema básico, o calendário deve ser complementado com as doses de reforço ou doses adicionais. Portanto, foi avaliado o registro das doses de reforço nas CSC de crianças com idade ≥ 4 anos (N=591), isto é, com idade recomendada para completude do esquema complementar. Sendo assim, foram utilizadas as seguintes classificações:

Quadro 7. Classificação e Critérios para avaliação do esquema complementar a partir do registro na Caderneta de Saúde da Criança de crianças ≥ 4 anos de idade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
Completo	Registro de todas as doses de reforço na CSC segundo recomendações do Ministério da Saúde
Atrasado	Início do esquema complementar, porém ausência de registro de um ou mais doses de um ou mais reforços e idade igual ou inferior a idade máxima recomendada para recebimento da dose
Incompleto	Início do esquema complementar, porém ausência de registro de um ou mais reforços e idade superior a idade máxima recomendada para recebimento da dose

Fonte: a autora

Uma criança é considerada devidamente vacinada para uma determinada doença, quando apresenta o registro do esquema completo, recomendado pelo Ministério da Saúde, para o imunobiológico que propõe imunidade contra o patógeno causador da enfermidade (BRASIL, 2014). Sendo assim, foi averiguado o quantitativo de CSC que os registros apontassem a devida imunização de cada vacina disponibilizada pelo Calendário Básico de Vacinação da Criança. Foi utilizado os critérios:

Quadro 8. Critérios de avaliação da situação do esquema vacinal por imunobiológico

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
Completo	Registro de todas as doses recomendadas pelo Ministério da Saúde para o imunobiológico avaliado
Atrasado	Início da imunização, porém ausência de registro de uma ou mais doses do imunobiológico avaliado e idade igual ou inferior a idade máxima de recebimento
Incompleto	Ausência de registro de uma ou mais doses do imunobiológico avaliado e idade superior a idade máxima de recebimento
Não vacinado: menor que a idade máxima recomendada pelo Ministério da Saúde	Não tem nenhum registro de nenhuma dose da vacina, porém ainda idade igual ou inferior a idade máxima de recebimento do imunobiológico
Não vacinado: maior que a idade máxima recomendada pelo Ministério da Saúde	Não tem nenhum registro de nenhuma dose da vacina, porém idade superior a idade máxima de recebimento do imunobiológico

Fonte: a autora

De posse dos dados, foi importante categorizar a administração dos imunobiológicos relativo ao tempo oportuno segundo recomendações do Ministério da Saúde. Compreendendo tempo oportuno, como aquele em que a criança recebe o imunobiológico no espaço temporal entre a idade mínima e máxima assim como definido pelo Ministério da Saúde.

Outro ponto levado em consideração foi que, o atraso no início da imunização, ou seja, a demora entre a criança completar a idade mínima e a de recebimento da primeira dose, se configura como um período no qual a criança se encontrou desprotegida e suscetível a contrair a doença pela qual não se encontrava imunizada. Nesse critério, foi estabelecido intervalos de tempo além da idade mínima recomendada e antes da idade máxima de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde para cada imunobiológico. Sendo assim, de uma forma geral, surgiram as seguintes categorizações para avaliação do início da vacinação de cada imunobiológico:

Quadro 9. Classificação e Critérios para avaliação relativo ao início do esquema dos imunobiológicos considerando idade máxima e mínima segundo recomendações do Ministério da Saúde

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
Antes da idade mínima recomendada	Registro da data de administração do imunobiológico em idade menor que a recomendada pelo Ministério da Saúde
Em tempo oportuno	Registro da data de administração do imunobiológico segundo idade mínima e máxima recomendada pelo Ministério da Saúde

Atrasou	Registro da data de administração maior que a idade mínima recomendada e menor que a idade máxima
Tardio	Registro da data de administração do imunobiológico com cálculo de idade maior que a idade máxima de recebimento
Não há como avaliar	Ausência de registro da data de administração do imunobiológico, inviabilizando a avaliação de início da vacinação

Fonte: a autora

Algumas vacinas do Calendário são multidoses. Para administração destes imunobiológicos, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) estabelece um intervalo de tempo entre as doses, que deve ser seguido pelos serviços e profissionais de saúde. Caso ocorra atraso na administração das doses subsequentes, o esquema será continuado a partir da dose em que se deu a descontinuação, considerando a recomendação da idade máxima de recebimento da vacina (BRASIL, 2020).

Entretanto, enfatiza-se a importância da completude do esquema vacinal com todos os imunobiológicos e todas as doses recomendadas, pois enquanto o esquema não for finalizado, a criança não possui imunidade totalmente eficiente contra a determinada doença na qual a vacina propõe proteção, o que torna a criança parcialmente suscetível. Sendo assim, para caracterização da situação vacinal é importante definir o intervalo utilizado entre as doses segundo informações do quadro 10:

Quadro 10. Intervalo entre doses das vacinas multidoses segundo recomendações do Ministério da Saúde.

VACINAS	INTERVALO ENTRE DOSES	
	Recomendado	Mínimo
Pentavalente	60 dias	30 dias
VIP	60 dias	30 dias
Rotavírus	60 dias	30 dias
Pneumocócica10	60 dias	30 dias
Meningocócica C	60 dias	30 dias
DTP	1º reforço aos 9 meses após 3ª dose; 2º reforço 3 anos após 1º reforço	1º reforço 6 meses após 3ª dose; 2º reforço 6 meses após 1º reforço
VOP	1º reforço aos 15 meses; 2º reforço 3 anos após 1º reforço	1º reforço 6 meses após 3ª dose; 2º reforço 6 meses após 1º reforço

Fonte: Ministério da Saúde. Brasil (2020)

Em seguida foram definidos critérios e classificações como apresentados no quadro 11:

Quadro 11. Critérios de avaliação referentes ao seguimento do intervalo de vacinas multidoses segundo recomendações do Ministério da Saúde

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
Intervalo recomendado	Intervalo de tempo entre doses segue com o recomendado do imunobiológico
Intervalo mínimo (30 dias entre as doses)	Intervalo de tempo entre doses segue o intervalo mínimo do imunobiológico
Antes do tempo mínimo	Intervalo de tempo entre doses menor que o tempo mínimo do imunobiológico
Atrasou: ≥ 30 dias	Intervalo de tempo entre doses atrasado ≥ 30 dias além do recomendado
Atrasou: ≥ 4 meses	Intervalo de tempo entre doses atrasado ≥ 4 meses além do recomendado
Atrasou: ≥ 1 ano	Intervalo de tempo entre doses atrasado ≥ 1 ano além do recomendado
Não há como avaliar: sem data de administração	Sem registro da data de administração de uma dose ou ambas

Fonte: a autora

Outro fator avaliado, no esquema vacinal de vacinas multidoses, foi a situação por dose, através do número de registros de dose por imunobiológico. Onde, as classificações utilizadas foram:

Quadro 12. Classificação e Critérios para avaliação da situação do registro por dose dos imunobiológicos multidoses

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
Com registro	Registro de uma ou mais informações, como carimbo da unidade, lote, data de administração ou rubrica do profissional, no local de registro específico do imunológico/dose avaliado
Sem registro	Ausência de todas as informações, como carimbo da unidade, lote, data de administração e rubrica do profissional, no local de registro específico do imunológico/dose avaliado

Fonte: a autora

No que compete ao processamento dos dados relativo à vacinação simultânea, foi levado em consideração a existência de vacinas com diferentes tipos de antígeno, que segundo o Ministério da Saúde (2014), se dividem em: tipo inativo (Hepatite B, Meningocócica C,

Pneumocócica 10); inativado e atenuado (VIP, DTP e Pentavalente); e vivo e atenuado (BCG, Febre amarela, VOP, Rotavírus, Tríplice e Tetra viral). Portanto, foi seguido o recomendado pelo Ministério Saúde (2014), para cada tipo antígeno:

Quadro 13. Tipos de antígenos e administração simultânea de vacinas segundo o Ministério da Saúde

TIPO DE ANTÍGENO	ADMINISTRAÇÃO SIMULTÂNEA
Inativado	Podem ser administrados simultaneamente entre si e com outros tipos de antígenos em qualquer intervalo de tempo
Inativado e atenuado	Podem ser administrados simultaneamente entre si e com outros tipos de antígenos em qualquer intervalo de tempo
Vivo e atenuado	Vacinas contra febre amarela e tríplice viral: Nos casos de primovacinação em menores de 2 anos de idade, não podem ser administrados simultaneamente, devendo ter um intervalo de 4 semanas entre as doses; Ademais vacinas: Podem ser administrados simultaneamente, porém, caso tal conduta não possa ser realizada no mesmo atendimento, esperar 4 semanas até a próxima administração de vacina de antígeno vivo e atenuado

Fonte: Ministério da Saúde. Brasil (2014)

Por conseguinte, os dados referentes a vacinação simultânea foram rotulados como:

Quadro 14. Classificação e Critérios de avaliação de vacinação simultânea segundo o Ministério da Saúde

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
Adequado	Administração simultânea de vacinas recomendadas e seguimento de intervalo de 4 semanas nos casos de primovacinação de febre amarela e tríplice viral em menores de 2 anos de idade e entre vacinas de antígeno vivo e atenuado que não puderam ser administradas simultaneamente
Inadequado	Vacinação simultânea ou intervalo menor que 4 semanas na administração das vacinas febre amarela e tríplice viral em menores de 2 anos de idade e/ou intervalo menor que 4 semanas entre vacinas de antígeno vivo e atenuado

Fonte: a autora

4. Aspectos Éticos e Administrativos

Apesar de tratar-se de pesquisa documental, coletada a partir dos dados registrados nas Cadernetas de Saúde da Criança no tocante ao Calendário Básico de Vacinação, a Resolução

nº 510 (Brasil, 2016), prevê que estas pesquisas, quando para os Trabalhos de Conclusão de Curso, monografias e similares, deve-se apresentar o protocolo de pesquisa ao sistema CEP/CONEP. Sendo assim, o projeto foi submetido na Plataforma Brasil com CAAE nº 17772819.1.0000.5087, onde o mesmo foi aprovado (Anexo 2). Como a pesquisa não realizou coleta de dados com seres humanos, foi solicitado Dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 4) e assegurado todos os aspectos éticos como o anonimato e a preservação dos dados, que serão utilizados especificamente para finalidade acadêmica.

Quanto aos aspectos administrativos, o projeto maior foi apresentado à Superintendência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís – MA (SEMUS/MA), para avaliação e anuência na realização da pesquisa assim como emissão de autorização para acesso da pesquisadora nas UBS's (Anexo 1).

Para a identificação da pesquisadora nas UBS's vinculadas à pesquisa, foi entregue à Direção da UBS a Carta de Apresentação (Apêndice com identificação do nome do pesquisador e da Coordenação da pesquisa (Apêndice 5).

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Saúde da criança e sua conexão com as ações de vacinação: uma retrospectiva histórica

A atenção à saúde da criança é uma área que, a princípio, não recebeu a devida prioridade. Inicialmente, a assistência à saúde dessas pessoas era prestada aos mesmos moldes dos adultos, ou seja, sem nenhuma consideração pelo crescimento e desenvolvimento infantil e a suas singularidades (ARAÚJO et al., 2014). Sendo assim, as diferentes fases do desenvolvimento infantil, passaram despercebidas por séculos. Onde, a história social da criança nos revela que esses indivíduos não passavam pelos estágios da infância estabelecidos pela nossa sociedade atual (ANDRADE, CARVALHO e PEREIRA, 2016).

Portanto, a infância era um estágio da vida que, independentemente da classe social, era uma etapa vivenciada de maneira passageira, pois, assim que demonstravam condições de sobreviverem sem os cuidados maternos básicos, as crianças já ingressavam no mundo dos adultos, onde passavam a ser tratadas como tais (CALDEIRA, 2010, apud, Ferriani, 1991).

Ainda segundo Caldeira (2010), a invenção da ideia de infância como um período de desenvolvimento, começa a se desenvolver somente entre os séculos XVII e XVIII. Sendo que, até o século XVII, as crianças eram retratadas como homens de tamanho reduzido. Essa mudança de paradigma se inicia exatamente quando as primeiras políticas públicas de saúde surgem na Europa. As primeiras políticas refletiam o momento histórico da Revolução industrial, portanto, eram movidas por motivos econômicos e, em essência, eram voltadas ao controle social, serviços de saneamento e de apoio a saúde da classe trabalhadora (ARAÚJO et al., 2014).

Sendo assim, ao longo deste tempo, a criança se encontrou desamparada frente suas necessidades biopsicossociais. Portanto, por se encontrarem em uma posição na qual não era posto em prioridade a atenção a suas singularidades, é achado um grande número de registros de condutas bárbaras na criação de crianças que eram vistas como “normais” perante a sociedade da época (ANDRADE, CARVALHO e PEREIRA, 2016).

No Brasil não foi diferente, já que, durante o período colonial, as pessoas eram submetidas as precárias condições sanitárias e sociais, o que colaborava com o processo de adoecimento de toda população no geral, mas em peso na infantil (ARAÚJO et al., 2014). Além disto, Araújo e colaboradores (2014) ainda reforçam o agravante de que ocorria uma média de abandono de 40% dos recém-nascidos vivos, ficando conhecido como a história da criança abandonada brasileira. Onde, o Estado pouco se responsabilizou em buscar

alternativas que solucionassem tal mazela, sobrando para as entidades de caridade, geralmente de cunho religioso, acolherem esses lactentes abandonados. Tais instituições recebiam as crianças, que eram depositadas em um dispositivo de madeira denominado “roda”, conhecido posteriormente como a Roda dos Expostos, que viabilizava o abandono de forma anônima (RESENDE, s.d).

Sendo assim, é evidente que as condições sanitárias e, conseqüentemente, de saúde eram precárias para toda população brasileira da época, mas tal situação se agravava quando se tratava da saúde infantil. Durante séculos, pouquíssimas ou, em alguns momentos, nenhuma intervenção foi realizada com relação à saúde. Não havia políticas públicas estruturadas, quanto menos a existência de centros de atendimento à população (ARAÚJO et al., 2014).

Mediante isto, os primeiros registros de ações públicas e organizadas de saúde no Brasil datam somente do início do século XIX, com a chegada da Corte portuguesa ao país. Onde, ocorre a implementação da primeira política sanitária efetiva, que girava em torno justamente do campo da vacinação, em um cenário gravíssimo de epidemia de varíola (VARELA, LOPES e HALSEN, s.d)

A introdução da vacina antivariólica no Brasil já havia ocorrido, em 1804, através do método braço a braço. Entretanto, havia ocorrido através da iniciativa do Marquês de Barbacena, ou seja, não havia sido uma implementação de cunho público e difusa entre a população. Após a chegada da Corte, a vacina antivariólica ganhou maior impulso por D. João que, em 1811, criou a Junta Vacínica da Corte com intuito de implementar as ações de vacinação pelo país (LOPES e POLITO, 2007).

A Junta Vacínica é fundada nesse contexto de preocupações para com a epidemia de varíola e tinha como objetivos o estudo, a prática, o aprimoramento e a propagação da vacina antivariólica em todo o Império Brasileiro. Para isso, reafirmava-se a vacinação como um ato necessário para todas as pessoas residentes no Império, quaisquer que fossem sua idade, sexo ou condição (VARELA, LOPES e HALSEN, s.d)

Sendo assim, na década de 1820, patrocinadas pela corte, já haviam estruturas físicas para as atividades da Junta Vacínica em São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Porém, estas não eram suficientes para suprir a demanda da população que, em contrapartida, encontrava-se resistente a tal medida, fazendo com as autoridades adotassem, como solução para efetivar o ato da vacinação, o uso da força (VARELA, LOPES e HALSEN, s.d)

Mediante isto, a obrigatoriedade da vacina foi, pela primeira vez, estabelecida no município do Rio de Janeiro, em 1832, para as crianças de até 3 meses e em grupos

determinados, através do Código de Posturas. A partir de então, exigia-se o atestado de vacinação para a admissão em algumas instituições de trabalho, como também para a admissão no Exército ou Forças Armada e em oficinas a cargo do governo. A não vacinação se tornou passível de multa (GAZÊTA, 2016).

Porém, mesmo após entrar em vigor a obrigatoriedade, ao invés de aumentar a adesão a prática da vacinação, ocorreu o efeito reverso ao esperado, havendo uma baixa na cobertura vacinal, pois, a população no geral, descreditava e temia o uso da vacina (GUARANY, 1863; LEE, 1863; MOREIRA, 1862 apud FERNANDES, 1999).

Em 1845, o órgão responsável pela saúde pública, da época, era a Secretaria de Estado dos Negócios do Império que, seguindo a autorização dada pela lei n. 369, de 18 de agosto do mesmo ano, passa a cuidar da reforma da instituição vacínica. Conforme tal relatório, a meta era a construção de “uma instituição central, responsável pela normalização e fiscalização da propagação da vacina, e que mantivesse informado o governo imperial sobre seu progresso” (RELATÓRIO, 1847, p. 52, APUD, BRASIL, 2016). Buscando concretizar tais metas, em 1846, através do decreto n.º 464, foi criado o Instituto Vacínico do Império, órgão central que atuava nas localidades e era responsável pela vacinação na corte. (GAZÊTA, 2016).

Em 1847, o Regulamento do Instituto Vacínico já se encontrava em vigor em grande parte do Império. O território brasileiro passou a ter comissários provinciais responsáveis por vacinar a população em quase todas as províncias, com exceção apenas do Espírito Santo. Sendo assim, o Brasil contava com 239 comissários municipais e paroquiais distribuídos entre a Bahia, Ceará, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Alagoas e, ainda, no Maranhão (VARELA, LOPES e HALSEN, s.d).

Entretanto, a extensão do país e as dificuldades de comunicação representavam obstáculos significativos à realização dos objetivos do Instituto. Além disto, a partir desde ponto, a vacinação já possuía décadas de sua implementação, mas assim como era longa sua história, também era a tradição popular de resistência à vacina, ocasionado em dificuldades à vacinação e revacinação (CHALHOUB, 2017). Sendo assim, em 1849, o até então Ministro do Império, Visconde de Monte Alegre, afirmou ser de suma importância a criação de "regulamentos sanitários que auxiliassem, desenvolvessem e completassem o pensamento que presidira a fundação do Instituto Vacínico, dando às disposições por que se regia, o vigor de que necessitavam para que o povo se não subtraísse à vacinação e se removessem outras causas de contágio por meio de medidas coercitivas e providências apropriadas que deviam ser consignadas naqueles regulamentos" (BARBOSA, 1978, APUD, VARELA et. al., s.d) Tal

medida não alcança o seu êxito, culminando, em 1886, na extinção do instituto, e na volta da produção da vacina e da vacinação descentralizada (VARELA, LOPES e HALSEN, s.d).

A partir disto, é possível observar que em décadas nenhuma medida tomada possuía como foco central a saúde da criança brasileira e suas peculiaridades. Apesar dos problemas de saúde pública ser algo geral ao povo, observa-se que contexto social da criança, dentre todos, era extremamente desfavorável e isso perdurou por anos a fio, já que, culturalmente falando, a família e o Estado pouco entediam seu papel social junto a criança (RIZZINI, 2000).

Portanto, é notório que, quando se tratava deste público, faltava interesse dos órgãos competentes pelos mesmos, condição que se acentuava quando o foco era população infantil pobre. Por isso, é somente a partir de 1874, que é encontrado registros em documentos brasileiros propondo ações direcionadas ao cuidado central a criança. Entretanto, nada voltado diretamente a saúde, mas sim a educação (RIZZINI, 2000).

Segundo Rizzini (2000), com a chegada da metade do século XIX, é estabelecido pelas autoridades a educação obrigatória a todos os meninos maiores de sete anos, possuindo como pré-requisitos para garantia de acesso à educação: não apresentar nenhuma moléstia contagiosa, ser vacinado, não ser escravo e ser menino. Observamos que, apesar da exclusão social e de gênero no acesso ao ensino, a vacina já era reconhecida pelas entidades competentes como um ato primordial que, portanto, se fazia necessário incentivar entre a população e criar mecanismos que levassem os pais ou responsáveis a vacinar as crianças “livres” do sexo masculino.

Entretanto, no período do Brasil República – a chamada República Velha, os problemas sociais herdados do Império se intensificaram pelo território brasileiro, em especial as taxas de mortalidade infantil, que haviam aumentado mesmo após tais medidas adotadas (ARAÚJO et al., 2014). Contudo, neste período, observa-se um papel mais ativo da administração pública com ações voltadas a população que, de certa forma, beneficiava a infantil.

É notório tal conduta, pois, no início do período republicano, com o surgimento de tais problemas de saúde pública, criou-se um serviço de Inspeção Higiênica. À frente da diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, organizou e implementou progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Em paralelo, adotou o modelo das 'campanhas sanitárias', destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais (LUZ, 1991).

Neste cenário, ressurgem a produção e a prática da vacinação centralizadas, porém, agora controladas pelo Instituto Vacínico Municipal, criada pelo Barão de Pedro Affonso e aprovada através do decreto nº 105, de 15/09/1894, onde, iniciou suas atividades comprometido com a nova técnica da produção de vacina animal (FONSECA et al., s.d).

Em 1903, Oswaldo Cruz propõe uma lei que reimplimentasse a vacinação e revacinação como ações obrigatórias a população de toda a República. Tal proposta obteve êxito, através da aprovação por parte do Congresso Nacional, originando a lei nº 1.261, em 31 de outubro de 1904 (FONSECA et al., s.d). A normatização da obrigatoriedade da vacina, ocasionou em uma crescente intervenção médica nos espaços urbanos. Que em contrapartida, foi recebida, mais uma vez, com desconfiança e medo pela população (HOCHMAN, 2011).

Na época, foi iniciada a tentativa da primeira campanha nacional de vacinação. Entretanto, a oposição popular ao modo como era imposto as intervenções tomou enormes medidas, culminando na revolta contra a vacina obrigatória (contra varíola), ainda em 1904. Impressionados e desgastados com a proporção da revolta, o governo revogou o decreto que estabelecia a obrigatoriedade da vacina, retomando a sua configuração anterior, ou seja, preconizando obrigatoriedade da vacinação apenas para escolares, viajantes e funcionários públicos (FONSECA et al., s.d; BRASIL, 2006; HOCHMAN, 2011).

O período pós 1ª Guerra Mundial foi marcado pelo êxodo rural, no qual parte da população partia do interior para as cidades, aumentando consideravelmente a massa de trabalhadores, funcionários públicos, operários, comerciantes e militares. Essa massa de trabalhadores, embora numerosa, era desprovida de poderes políticos, ou seja, não tinham poder de decisão, pois a política social do Brasil ainda tinha como base a estrutura agrária (ARAÚJO, 2010).

Tal cenário muda, na década de 1920, quando o Estado, pressionado pelo crescente movimento operário, que possuía como uma das reivindicações a extensão dos serviços de saúde, adota um novo discurso acerca da saúde pública no Brasil (BRAVO, 2006). Diante de tal cenário, surge o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado através do decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que reorganizou os serviços de saúde, expandindo e centralizando as medidas de controle das doenças transmissíveis nos estados (BRASIL, 2017).

No mesmo ano, é aprovado o seu regulamento, através do art. 1.185 do decreto nº 14.354, de 15 de setembro. Onde, atribuía a demanda da produção da vacina antivariólica ao Instituto Oswaldo Cruz, passando a incorporar à sua estrutura um instituto vacinogênico, e

encerrava as ações de vacinação por intermédio do Instituto Vacínico Municipal, mediante a rescisão do contrato com o Barão de Pedro Affonso (BRASIL, 2017).

O Instituto Vacinogênico Federal, regulamentado pelo decreto nº 14.629 de 17 de janeiro de 1921, passou a constituir "uma seção técnica, destinada à cultura, preparo e fornecimento da vacina antivariólica e a realizar todos os serviços correlatos", tornando gratuito o fornecimento da vacina ao DNSP e aos Serviços de Higiene e Assistência Pública da União e dos Estados (ARÊAS et al., s. d).

A década de 1920 é marcada pelo considerável decréscimo na incidência de novos casos, com diminuição da gravidade e da capacidade de transmissão das patologias endêmicas. Tal cenário, indicava, enfim, um vislumbre de aceitação da vacinação e a consequente diminuição dos casos, o que levou o Estado brasileiro a conferir valor limitado à doença e maior valorização da vacina, mediante sua visível capacidade de interrupção no ciclo de proliferação do patógeno através da ação rotineira da vacinação (GAZÊTA, 2006).

A criação do DNSP, marcou a transição da saúde pública como questão política para uma questão de cunho social, passando a ser difundida como necessária à população através de campanhas educativas e deixada de ser tratada de forma imposta pelo Estado. Sendo assim, em 1923, ocorre a reforma administrativa nos Serviços de Saúde Pública sob orientação de Carlos Chagas, que tentou ampliar o atendimento à saúde por parte do governo. (DOLCI, 2017).

É neste mesmo ano, através da primeira lei formulada pela previdência, a lei Eloy Chaves, que o adoecimento infantil deixa de ser de interesse único das entidades caritativas e passa a ser de responsabilidade das empresas, de natureza civil e privada, em zelar pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde dos empregados de empresas específicas (CUNHA; CUNHA, 1998).

Mediante isto, as crianças que eram filhas desses trabalhadores, passam a ser beneficiadas como dependentes dos seus responsáveis, obtendo o direito de receber assistência médica de acordo com as propostas impostas pelos médicos contratados por proprietários de cada empresa (ARAÚJO et al., 2014).

Porém, tal atenção à saúde da criança, apresentava apenas caráter curativo e individualizado, sendo desenvolvidas em hospitais privados ou centros médicos de grandes indústrias, e ocorre motivado por interesses econômicos, já que, foi percebido que as mães assalariadas faltavam mais e rendiam menos em seus trabalhos quando seus filhos se encontravam doentes (ARAÚJO et al., 2014). Ainda segundo Araújo e colaboradores (2014), é através dessa constatação que surge o incentivo ao aleitamento materno como forma de

diminuir o adoecimento infantil. Conclui-se assim que, por não ser uma iniciativa pública, nem toda população infantil era beneficiada.

O entendimento disseminado durante o primeiro Governo de Getúlio Vargas (1930-45) acerca dos imunobiológicos, era de que a produção da vacina e a prática da vacinação deveriam ser de administração dos governos estaduais e municipais (HOCHMAN, 2011).

Tais ideias culminam na criação, em 1930, do Ministério da Educação e Saúde e no estabelecimento em 1941 na prestação de serviços dedicados a combater e prevenir as doenças consideradas mais urgentes no país. No dado momento, foi dada prioridade a tuberculose, a lepra, a malária e as chamadas endemias rurais (HOCHMAN e FONSECA, 1999, APUD, GAZÊTA, 2006).

O governo federal era responsável em auxiliar tecnicamente e apoiar na produção do suprimento de imunizantes, mas no geral, tal ajuda ocorria de forma insuficiente e descontínua. Passando a depender da iniciativa dos governos estaduais e locais para que pudesse vim a ocorrer uma ampliação coberturas vacinais. Porém, os mesmos tinham outras prioridades ou mesmo incapacidade técnica e financeira para produzir ou comprar vacinas e vacinar rotineiramente (HOTCHMAN, ARRETCHE e MARQUES, 2007).

Somente durante o Estado Novo, que foi criado, pelo Decreto-Lei 2.024 em 17 de fevereiro de 1940, pelo até então ministro da Educação e Saúde Gustavo Capanema, o primeiro programa estatal, que se tem registro, de proteção à maternidade, à infância e à adolescência no Brasil, o Departamento Nacional da Criança (DNCr) (BRASIL, 1940). Sendo que, submetidos ao órgão do Ministério da Educação e Saúde (MES) e possuindo um documento que estabelecia as orientações para a implantação, nas esferas estadual e municipal, de serviços públicos e privados de proteção a esses grupos populacionais (BRASIL, 2011).

O Departamento tinha como foco: Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização. As ações instituídas à saúde deste grupo alvo ocorriam nos chamados “Postos de Puericultura”. Onde, todas as mães, independente da classe econômica e social, deveriam receber orientação médica desde o início da gravidez, prosseguindo com o acompanhamento da criança até a fase escolar, quando entraria em cena a Casa da Criança, que correspondia a um tipo de escola com orientação médica (BRASIL, 1940).

Entretanto, sua evolução ocorreu atrelada às relações de poder entre as entidades patronais e a administração pública, já que tais estabelecimentos seriam supostamente construídos e mantidos por iniciativa local, cabendo ao Departamento apenas a orientação

técnica e, eventualmente, algum subsídio em dinheiro. O programa, portanto, dependia da boa vontade de certas figuras sociais, em especial: profissionais: médicos e professoras; as autoridades públicas: prefeitos e juizes; a "elite moral": os ricos e "especialmente as brasileiras" (BRASIL, 2011; ARAÚJO et al., 2014).

Assim, o DNCr coordenou a assistência materno-infantil no Brasil até meados de 1969, desenvolvendo atividades dirigidas à infância, à maternidade e à adolescência, com o objetivo de normatizar o atendimento à dupla mãe-filho e combater a mortalidade infantil (MI) (BRASIL, 2011). Tal cenário é modificado quando o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde (MS), que até então se encontravam interligados, desenvolvendo ações e estratégias para a saúde da criança, sofre, em 1953 um desmembramento. Após a divisão, o MS assumiu a responsabilidade do DNCr. Onde, uma de suas primeiras ações, que vale ressaltar, foi a destituição do DNCr, em 1969, e em seguida, em 1970, a criação da Coordenação de Proteção Materno-Infantil (BRASIL, 2011; ARAÚJO et al., 2014).

A Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), instituído através do Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970, e vinculado à Secretaria de Assistência Médica, foi formulada com intuito de planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 2011). Entretanto, um ponto importante deste período, encontrava-se nos altos índices de MI, chegando a 120,7/1000 Nascidos Vivos (NV). Vincula-se que a alta frequência, deste referido acontecimento, ocorresse como resultado a assistência estabelecida a criança, onde, a mesma era assistida apenas em questões pontuais decorrentes das condições agudas de saúde (ARAÚJO et al., 2014).

Mediante isto, segundo Hirata (1979), em 1975, com o propósito de reverter tal cenário, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, buscando contribuir não somente para a redução da morbidade e da mortalidade da criança, mas também como o da mulher. Para tanto, o programa adotou como eixo central estratégico a assistência prestada principalmente nos níveis de Prevenção Primária, aumentou a cobertura de atendimento e delimitou como grupo alvo mulheres que se encontravam no período pré-natal, parto e puerpério, seguindo com a captação precoce e atendimento de criança menores de 1 ano, e garantindo a sequência a crianças de 1 a menores de 5 anos (BRASIL, 2011).

Sendo assim, possuía como objetivos, em linhas gerais, a concentração de recursos financeiros, preparação da infraestrutura de saúde, melhora da qualidade da informação, estimulação do aleitamento materno, garantia da suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliação e melhoria da qualidade das ações dirigidas à

mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança (BRASIL, 2004). Entretanto, na prática, a realidade, segundo Araújo et al (2014), era outra, já que as ações, mesmo passando a possuir enfoque na prevenção, se encontravam pautadas em métodos centralizadores que desconsideravam a diversidade regional existente no país

No que tange a vacinação, mesmo após diversas mudanças na forma de abordagem a população e a administração dos imunobiológicos, a dificuldade em se estabelecer a erradicação das doenças endêmicas perdurava, pois, como até então as ações se caracterizavam pela descontinuidade, pelo caráter episódico de campanhas e pela reduzida área de cobertura de atuação, é somente após 7 anos do início da campanha que o mesmo consegue alcançar êxito em seu objetivo central, finalmente alcançando a certificação internacional da erradicação da varíola (BRASIL, 2008; BRASIL, 2004).

É diante deste cenário, como uma forma de coordenar as ações de imunização de forma resolutiva, planejada e sistematizada, que surge a proposta do Programa Nacional de Imunizações (PNI), sendo instituído em 1975 pela Lei nº 6.259 (BRASIL, 2008).

No ano seguinte, em 1976, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil passou a ser reconhecida como Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), lhe sendo atribuída a responsabilidade, em nível central, pela assistência à saúde da mulher, da criança e do adolescente e encontrando-se vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (BRASIL, 2011). No entanto, os índices de MI, neste ano, contabilizavam 113/1000 NV, o que demonstra que, em comparação ao cenário do começo desta década, não houve uma mudança efetiva na assistência para geração de impacto significativo nesses números (ARAÚJO et al., 2014).

Com a persistência dos altos índices de morbimortalidade materno e infantil é elaborado, em 1983, pelo Ministério da Saúde, através da DINSAMI, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). Levando em consideração que, o método anterior adotado não havia surtido o efeito esperado, este novo programa objetivava reformular a assistência prestada implementando um cuidado integral e incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Porém, ainda segundo Brasil (2011), no ano subsequente ocorre o desmembramento do PAISMC, originando assim, dois programas específicos, sendo um para a saúde da mulher e, o outro, para o da criança, intitulados, respectivamente, de Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC).

5.2 Os passos trilhados nas políticas públicas no que tange a saúde da criança com ênfase na vacinação

A ambientalização de um cenário favorável ao surgimento de novas propostas de políticas públicas, aflora em meio a processos históricos, conflitos e reivindicações que eclodem em meio a embates entre diferentes pontos de vistas entre os governantes e a população sobre os direitos humanos (ARAUJO et al., 2017). Portanto, as políticas públicas de saúde formuladas a cada época refletem diretamente o contexto do dado momento no qual foram elaborados, sendo que, seu êxito e nível de implementação refletem o cenário econômico, os avanços no âmbito científico e, principalmente, a capacidade das classes sociais envolvidas de influenciarem na política em detrimento de outros atores e projetos (CEFOR, s.d; ARAUJO et al., 2017).

Com a área da saúde da criança não foi diferente, já que, foi somente em 1984, após anos nos quais o sistema de saúde brasileiro prestou assistência à criança interligada à saúde materna, que surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) como estratégia de enfrentamento às adversidades nas condições de saúde, com enfoque único, da população infantil (ARAUJO et al., 2017). Sendo assim, observamos que finalmente ocorreu um contexto favorável para o reconhecimento da criança com o um ser singular e com especificidades específicas.

Segundo referências do Ministério da Saúde (2002), o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) foi uma das estratégias nacionais adotadas, “visando incrementar a atenção dos serviços de saúde”, identificando e priorizando ações básicas que fossem eficazes no controle dos problemas de saúde e envolvessem baixa complexidade tecnológica. No caso da assistência infantil, tais ações foram denominadas “Ações Básicas na Assistência Integral à Saúde da Criança”, devendo constituir o núcleo da assistência prestada na rede básica de serviços de saúde (ARPINI; SANTOS, 2007).

Através do PAISC, era esperado alcançar um grupo de metas estabelecidas pela Reunião de Cúpula em Favor da Infância, ocorrida em Nova York em 1990, a serem atingidas até o ano 2000. O Brasil foi um dos participantes desta reunião e um dos 158 signatários da Declaração Mundial sobre Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança (VIDAL, FRIAS, MARQUES, 2001).

O Ministério da Saúde contou com o apoio da Unicef e da Organização Pan-Americana da Saúde, e previu cinco ações básicas: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno e orientações para o desmame, controle de doenças

diarreicas, controle de infecções respiratórias agudas e controle de doenças preveníveis por imunização (ARPINI, SANTOS, 2007). Para tanto, foram distribuídos pela rede de atenção à saúde, manuais que procuravam “definir e justificar o conteúdo das referidas ações, normatizando seus procedimentos e padronizando as condutas que delas decorrem” (BRASIL, 1987).

Sendo assim, foi estabelecido o foco da assistência ao período do nascimento aos 5 (cinco) anos de idade, já que se entendia que era um intervalo de idade muito importante para o crescimento e desenvolvimento, devido à “alta velocidade, ritmo, intensidade e vulnerabilidade” do processo (BRASIL, 1986, apud ARPINI, SANTOS, 2007). Mediante isto, é desenvolvido o CC como suporte para controle das ações preconizadas.

O CC era um instrumento de caráter educativo, que se constituía numa maneira econômica, não-invasiva, de fácil interpretação e compreensão por parte da comunidade (AMORIM et al., 2018). Que, além de monitorar as 5 ações básicas pré-estabelecidas, permitia também o registro de identificação da criança, tipo de parto, índice de Apgar, local e data de nascimento, calendário para anotação das vacinas, informações básicas de desenvolvimento e dos direitos constitucionais das crianças (VIEIRA et al. 2005).

Em 1988, O Brasil assumiu, na Constituição Federal, a garantia do direito universal à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com sua invenção ocorre a implementação das ações preventivas, o que determinou a decisão de implantação do CC em todo território nacional (VIEIRA et al. 2005). Segundo Vieira e colaboradores (2005), o CC passou a ser válido em todo o território nacional como controle e comprovante das ações de vacinação e o seu fornecimento passou a ser disponibilizado de forma gratuita, onde, os pais deveriam ter a posse assegurada no momento do nascimento

Sendo assim, a partir de então, estava garantido na Constituição Federal: “A Saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 1988). E de acordo com os princípios elaborados como alicerce do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência deve ser universal, igualitária e equitativa. Portanto, além de oferecer o atendimento indiscriminado, a pessoa deve ser cuidada de acordo com a sua individualidade (FURTADO, 2018).

De forma geral, entre os anos de 1980 e 1990, ocorreram muitas conquistas sociais no âmbito da saúde, por meio da Constituição Federal de 1988, das Leis Orgânicas Municipais e, posteriormente, as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, as quais contribuíram profundamente para delinear as transformações no modelo de saúde brasileiro, bem como no que diz respeito à saúde da criança (BRASIL, 2011; ARAÚJO et al., 2014). Esse conjunto de ações proporcionou um declínio importante da MI, pois nesta época (1990) os índices

alcançaram 47,7/1000 NV, contudo, ainda existia um longo caminho a percorrer (ARAÚJO et al, 2014).

Ainda segundo Araújo e colaboradores (2014), em 13 de julho de 1990, foi aprovada a Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a partir do qual, os mesmos passaram a adquirir de amplos direitos como sujeitos em condição peculiar de desenvolvimento e, portanto, devem receber atenção prioritária e acesso garantido aos serviços e condições de saúde, alimentação, educação, lazer, cultura, esportes, profissionalização, dignidade, respeito e convívio social, conforme pode ser visualizado no artigo 4º, Título I – Das Disposições Preliminares do ECA.

O ECA vem reforçar a importância do ato da vacinação na população infantil, através do artigo 14, parágrafo primeiro, onde fala que é obrigatório a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias. Esse estatuto vem garantir a vacinação das crianças e adolescentes como um direito a ser cumprido pelo Estado e amparado pela família (BRASIL, 1990).

Mediante isto, visando estender as ações básicas de saúde aos núcleos familiares, em 1991, o Ministério da Saúde oficializou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com uma agenda prioritariamente direcionada ao grupo materno-infantil. Através da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), esperava-se alcançar o desenvolvimento das principais ações do programa (BRASIL, s.d; BRASIL, 2012). Os ACS's surgem com a proposta de trabalhar junto à comunidade, no qual o posto de saúde estivesse inserido, detectando as necessidades locais e desenvolvendo atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, sob supervisão competente. Dentre as responsabilidades designadas aos agentes, está a de visitar a criança em seu domicílio, ao menos uma vez ao mês, monitorando o CC e identificando sua situação vacinal e, caso necessário, encaminhando para unidade básica de saúde (BRASIL, 2012).

Em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), idealizado pelo MS, é que a saúde da criança foi efetivamente potencializada. O programa foi formulado com a proposta de reestruturar os serviços de saúde de cada município, através da transformação do modelo hegemônico centrado na medicalização para um modelo focado na promoção da saúde e na participação comunitária. Esta nova forma de fazer saúde buscava mudar o conceito de que o usuário era passivo e assume a vinculação responsável entre uma equipe de saúde interdisciplinar e sua população (BRASIL, s.d; BRASIL, 2012).

Em 1995, com o objetivo de garantir o acesso da criança a uma assistência humanizada e com o intuito de incentivar, promover e apoiar o aleitamento materno, o MS

lançou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (ARAÚJO et al., 2014). Dentro das estratégias de apoiar o aleitamento materno, no caso de mães para as quais amamentar não é contraindicado, porém que apresentem problemas de saúde que causam preocupação, como no caso de mães com hepatite b, foi estabelecido que os seus lactentes deveriam receber a vacina contra a hepatite B nas primeiras 48 horas ou assim que possível, um passo importante para garantir a amamentação desses recém-nascido, já que, foi somente em 1998, que a vacina contra hepatite b, foi introduzida oficialmente ao esquema vacinal do Calendário Nacional de Vacinação (BRASIL, 2008)

Em 2004, como uma forma de fortalecer as ações que garantissem o nascimento saudável, o crescimento e desenvolvimento, o combate a distúrbios nutricionais e às doenças prevalentes na infância, o MS implementou a iniciativa “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”. Para aprimorar tais ações, o MS propôs linhas de cuidado, as quais permitiram uma visão ampliada dos usuários em todas as dimensões. Essa forma de organizar a assistência aproxima e articula os três níveis de atenção à saúde, primário, secundário e terciário, indicando, proporcionalmente, a construção do cuidado integral à saúde das crianças (BRASIL, 2004).

Entre as orientações que foram ressaltadas na Agenda de Compromisso, mais uma vez, a imunização foi colocada em pauta e reafirmada como uma ação estratégica primordial no controle de doenças preveníveis por vacinação (BRASIL, 2004). Seu objetivo, no âmbito da imunização, era atingir a meta de vacinar com o esquema básico no mínimo 95% das crianças que nascem a cada ano e, também, alcançar um alto percentual de municípios com cobertura vacinal adequada por estado (BRASIL, 2004).

Entre algumas linhas de cuidados de saúde, que constavam a menção das iniciativas de vacinação, constava a ação “Primeira Semana Saúde Integral”, que entre as assistência garantidas, encontrava-se o direito do lactante de receber a dose de BCG e Hepatite B nas primeiras 24 horas de vida, ainda na maternidade, e a designação, das equipes de saúde na atenção primária, em organizar o acompanhamento da cobertura vacinal das crianças de sua área, realizar o controle e a busca ativa de faltosos pelo arquivo de vacinação com a segunda via do cartão (BRASIL, 2004)

Ainda, no que diz respeito a atuação da atenção primária, tal iniciativa, ainda preconizava a tarefa das Unidade de Saúde em se tornarem responsáveis em garantir o funcionamento contínuo da sala de vacina, sem restrição de horários, para não perder os momentos oportunos de vacinação (BRASIL, 2004). Mediante isto, a Agenda de Compromissos, vem corroborar com a importância da atuação da atenção básica para

asseguração do contato da população com os imunobiológicos, não somente no que concerne à sua aplicação no sentido literal, mas também no processo de educação e promoção de saúde dessa linha de cuidado.

Em 2006, outra iniciativa é desenvolvida, o Pacto pela Saúde, sendo este uma estratégia pública que unia um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuando, entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). Dentre as estratégias constava o investimento em recursos que se destinavam a vacinação, com repasses específicos no que tange a realização de campanhas de vacinação, obrigatoriedade da existência de uma sala de vacinação nas Unidades Básicas de Saúde e estabelecimento da meta de cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95% para o ano em questão (BRASIL, 2006).

Em 2008, dois anos após a criação do Pacto pela Saúde, é lançado mais duas iniciativas do MS que englobavam a imunização e beneficiavam a parcela infantil, sendo eles: O Mais Saúde Direito de Todos e a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (BRASIL, 2016). Sendo que, o primeiro consistia em um conjunto de medidas para melhorar a gestão da saúde que, para mais adequada representação, foram distribuídas em 8 eixos afim de promover uma melhor articulação entre a dimensão econômica e a dimensão social da saúde (BRASIL, 2010).

Dentre os eixos estabelecidos, o Eixo 2 “Atenção à saúde” e o Eixo 3 “complexo industrial e de inovação em saúde” possuíam medidas voltadas a imunização, onde, no Eixo 2, foram determinadas ações prioritárias, como: introdução de novas vacinas no calendário básico de vacinação, ampliação da população-alvo para vacina contra rubéola e sarampo, a ampliação da cobertura vacinal da segunda dose da BCG na população em idade escolar e a instalação de uma Rede Nacional de Armazenamento de Insumos Críticos à Saúde (BRASIL, 2008; BRASIL 2010).

Já no terceiro eixo, podemos encontrar algumas metas como “Redução da vulnerabilidade da política de saúde” que, segundo o MS, deveria ocorrer através do aumento da capacidade produtiva de produtos essenciais em saúde com alto potencial de inovação, dentre os quais, os imunobiológicos. Ainda, o “Investimento nos produtores públicos de vacinas”, com o intuito de prover o Brasil com capacitação tecnológica competitiva em novos imunobiológicos. Este último tinha como o foco o PNI, já que objetivava atender a 80% das

necessidades do referido programa, principalmente no que tangia ao domínio do ciclo tecnológico das vacinas (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

Enquanto isso, a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis era uma iniciativa do MS, que buscava consagrar o conjunto de esforços em todo o país através da articulação, interação e implantação de ações voltadas à saúde das mulheres e das crianças, esses últimos na faixa etária de 0-6 anos de idade. O projeto vai de encontro com o compromisso assumido pelo Governo Brasileiro de cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Principalmente no que concerne ao cumprimento dos Objetivos 4, 5 e 7, já que estes encontravam-se mais fortemente interligados a iniciativa da Estratégia Brasileirinhos, uma vez que tratam da redução da mortalidade materna e infantil e da qualidade de vida. Sendo assim, entre as ações em desenvolvimento pela Estratégia, com envolvimento das medidas de vacinação para redução da mortalidade materno-infantil, é inserido o monitoramento das ações do PNI nos municípios prioritários (BRASIL, 2010).

Em 2011, surge outra estratégia idealizada pelo MS: a Rede Cegonha. Essa iniciativa, que é operacionalizada pelo SUS, foi criada fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde, mulheres, recém-nascidos e crianças são vistos como detentores de direitos que devem ser garantidos e assegurados. Entre as quais, a garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade no acesso às vacinas disponíveis no SUS. A Rede Cegonha ainda usa como um dos “Indicadores de Atenção”, para avaliação da cobertura de equipes de Saúde da Família, a porcentagem de crianças com as vacinas de rotina de acordo com os registros da agenda programada, como forma de acompanhamento de desempenho desta ação (BRASIL, 2011).

Mediante a implementação destas iniciativas, o Brasil conseguiu alcançar uma grande diminuição nas taxas de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e de mortalidade na infância (menores de 5 anos), atingindo uma redução de 77%, que foi considerada uma das maiores do mundo. Tal feito lhe possibilitou, com três anos de antecedência, realizar o cumprimento do quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para 2015. Outros objetivos concretizados, foi o considerável controle da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis e diarreia, diminuição dos índices de desnutrição e a melhora crescente nos indicadores de aleitamento materno (BRASIL, 2018).

Entretanto, apesar da visível melhora nos indicadores de saúde infantil e dos avanços nos investimentos nas políticas públicas federais voltadas à saúde da criança, foi detectado novas demandas a serem supridas. Questões como a detecção de novos agentes infecciosos e o reaparecimento de patologias consideradas, até então, sob controle; os efeitos do

envelhecimento populacional e da violência urbana; as altas taxas de parto cesáreo e da prematuridade, ao mesmo tempo em que crescem a prevalência da obesidade na infância e os óbitos evitáveis por causas externas (acidentes e violências), além das doenças em razão das más condições sanitárias. Situações estas, nas quais podem ser apontadas como reflexo da complexidade sociocultural e dos fenômenos viventes pela sociedade contemporânea na qual estamos inseridos e que, infelizmente, prejudicam em peso a parcela infantil (BRASIL, 2018).

É mediante isto que, em 11 de dezembro de 2014, ocorre a 8ª reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), onde foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Que foi, posteriormente, oficializada pela Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 (BRASIL, 2015). A PNAISC surge com a proposta de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, desde a vida intrauterina até os nove anos de idade. Sendo que, tem como ênfase, a intervenção mediante a atenção e cuidados integrais e integrado, com foco principal, à primeira infância e populações de maior vulnerabilidade, pois acredita que, direcionando cuidados centrados a esta parcela da população em específico, irá conseguir alcançar a redução da morbimortalidade infantil e contribuir para um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2019).

A PNAISC está estruturada em princípios, diretrizes e eixos estratégicos. No total, são 7 eixos estratégicos que compõem a política, com intuito de orientar gestores e trabalhadores sobre as ações e serviços de saúde da criança no território. Suas ações são garantidas através da atuação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com auxílio das redes temáticas, em especial à Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha) e tendo, como ordenadora e coordenadora das ações e do cuidado, a Atenção Básica que irá garantir a transversalidade na RAS, através de linhas de cuidado e metodologias de intervenção voltadas à criança. Entre os programas que trabalham em conjunto com a AB, para seguimento do que é preconizado pela política, podemos citar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), o PSE e, ainda, o PNI (BRASIL, 2015; BRASIL, 2018).

É possível perceber que, com a implementação da PNAISC, houve uma ampliação do acesso aos serviços prestados pela AB e que, ainda assim, a imunização não foi substituída por outras práticas, encontrando-se até hoje em pauta nas ações programáticas e obtendo expressivos resultados no que tange a prevenção de doenças prevalentes na infância. Inegavelmente, merece constatar destaque pela indescritível contribuição na redução da

Mortalidade Infantil e na Infância. Observamos assim, que a vacinação se tornou uma expressão de intervenção perene para SUS ao longo das últimas décadas (BRASIL, 2018).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, por intermédio do PNI, desenvolveu o Manual de Normas e Procedimento para Vacinação como forma de informar, atualizar e disseminar normas e orientações referentes às ações de vacinação, aos profissionais de saúde do SUS que trabalham direta e indiretamente nas atividades de imunização nas três esferas de atenção (BRASIL, 2014).

Onde, preconiza que o profissional, como forma de garantir a segurança da criança durante a imunização deverá, ao manusear vacinas, soros e imunoglobulinas, prestar atenção em aspectos específicos relacionados: à composição; à apresentação; à via e às regiões anatômicas para a sua administração; ao número de doses; ao intervalo entre as doses; à idade recomendada; à conservação; e à validade (BRASIL, 2014).

O presente estudo se propôs a analisar as condutas, na administração dos imunobiológicos, adotadas no que concerne a situação vacinal, início da imunização, intervalo entre doses – de vacinas multidoses – e vacinação simultânea, afim de levantar dados que apontem possíveis erros que possam vim a comprometer a eficácia e eficiência da vacinação.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em número absoluto e frequência simples, todos organizados em tabelas.

Tabela 2. Situação, segundo faixa etária, do Calendário Básico de Vacinação da Criança, a partir dos registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Situação vacinal segundo idade	N	%
Concluído	331	14,41%
Atualizado	802	34,93%
Atrasado	762	33,18%
Incompleto	101	4,39%
Não vacinado	300	13,06%
TOTAL	2296	100%

Fonte: dados da pesquisa

As ações de vacinação possuem importância tanto de caráter de proteção individual, assim como de caráter coletivo, através da indução da imunidade em massa da população e, conseqüentemente, interrupção da cadeia de transmissão e incidência de novos casos (MORAES et al., 2003). Portanto, é de extrema relevância manter a situação vacinal de crianças atualizadas de acordo com as vacinas preconizadas para cada faixa etária.

Das 2.296 CSC avaliadas quanto a situação vacinal, 802 (34,93%) encontravam-se com o esquema atualizado; 762 (33,18%) possuíam atraso na administração de um imunobiológico ou mais; 331 (14,41%) possuía registro de todos os imunobiológicos avaliados sendo classificadas como “Concluído”, enquanto que 300 (13,06%) encontrava-se não imunizado para um ou mais vacinas.

Tabela 3. Situação do esquema das vacinas BCG e Hepatite B segundo registros da CSC de crianças ≥ 0 dias – São Luís/MA, 2019/2021

Esquema vacinal	BCG		Hepatite B	
	N	%	N	%
Completo	2257	98,30%	2226	96,95%
Atrasado	34	1,39%	3	0,13%
Não vacinado	5	0,30%	67	2,91%
TOTAL	2296	100%	2296	100%

Fonte: dados da pesquisa

Para o início do esquema vacinal, o Manual de Normas e Procedimento para Vacinação (Brasil, 2014), afirma que o ideal é que a criança o inicie assim que completar a idade mínima recomendada segundo cada imunobiológico. Pois, no primeiro ano de vida o sistema imunológico ainda está em desenvolvimento, não se encontrando preparado para ser exposto a uma alta carga de patógeno infectocontagioso. Sendo assim, o MS almeja que o primeiro contato seja com o antígeno vacinal, que é elaborado de modo a desenvolver a imunidade na criança de forma segura e no momento oportuno, prevenindo possíveis agravos e internações.

A vacina BCG e a Hepatite B possuem recomendação de administração ao nascer (BRASIL, 2020). Sendo assim, todas as CSC avaliadas na pesquisa (N=2296) deveriam ter recebido as referidas vacinas ou estavam em idade para que fosse administrada as doses. Sendo que, a vacina BCG foi o imunobiológico de maior cobertura vacinal segundo dados da CSC, pois 2257 (98,30%) encontravam-se com o esquema completo e 5 (0,30%) não possuíam registro no espaço destinado ao preenchimento dos dados desta vacina e já haviam alcançado a idade máxima de recebimento, portanto, encontrando-se não imunizada contra as formas graves de tuberculose.

Enquanto a dose isolada de Hepatite B (recombinante), 2226 (96,95%) estava Completo. No entanto, 67 (2,91%) apresentavam idade igual ou superior a idade máxima de

recebimento e não apresentavam registro da dose, por esta razão, classificado o esquema como Não vacinado para a dose isolada Hepatite B (recombinante).

Tabela 4. Idade da criança quando do início das vacinas BCG e Hepatite B segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Início vacinação BCG	N	%	Início vacinação Hepatite B	N	%
Com \geq 0 dias de idade	1519	67,30%	Com \geq 0 dias de idade	1063	47,75%
Com \geq 4 dias de idade	632	28,00%	Com \geq 2 dias de idade	1092	49,05%
Com \geq 1 mês de idade	91	4,03%	Com $>$ 1 mês de idade	56	2,51%
Não há como avaliar: sem registro da data de administração da vacina	15	0,66%	Não há como avaliar: sem registro da data de administração da vacina	15	0,67%
TOTAL	2257	100%	TOTAL	2226	100%

Fonte: dados da pesquisa

Como mencionado anteriormente, a conduta esperada, segundo recomendações do Ministério da Saúde para o esquema de BCG, é que a mesma seja administrada ao nascer, ainda na maternidade ou antes da alta hospitalar (BRASIL, 2020). Das 2257 CSC 1519 (67,30%) apresentavam registro da data de administração com \geq 0 dias de idade, enquanto 632 (28,00%) de \geq 4 dias de idade e 91 (4,03%) com \geq 1 mês de idade. Em 15 (0,66%) CSC não possuíam registro da data de administração do imunobiológico, inviabilizando o cálculo da idade da criança na ocasião.

Enquanto que, para o imunobiológico contra a Hepatite B o preconizado é que o primeiro contato ocorra em até 24 horas após o nascimento da criança, sendo essa conduta recomendada como forma de intervenção contra a transmissão vertical – da mãe para o bebê – dessa patologia (BRASIL, 2014). Considerando que, quanto mais precoce a criança tiver contato com o antígeno da vacina, maior é a probabilidade de eficácia do imunobiológico e consequente interrupção da cadeia de transmissão vertical. Em contra partida que, quanto maior o atraso, maiores as chances de contaminação do recém-nascido, que tem direito de recebimento da dose do imunobiológico até a idade máxima de 30 dias de vida.

Das 2226 CSC com registro da Hepatite B, 1063 (47,75%) receberam o imunobiológico em até 24 horas após o nascimento, 1.092 (49,05%) \geq 2 dias de vida e 15 (0,67%) das CSC não apresentavam registro da data de administração da vacina. Ainda 56 (2,51%), apresentaram registro $>$ 30 dias de vida.

Tabela 5. Situação do esquema das vacinas Rotavírus e Pneumocócica segundo registros da CSC de crianças \geq 4 meses – São Luís/MA, 2019/2021

Esquema vacinal	Rotavírus		Pneumocócica	
	N	%	N	%
Completo	1768	90,52%	1821	93,24%
Atrasado	32	2,09%	88	4,50%
Incompleto	89	7,37%	11	0,56%
Não vacinado	55	4,55%	16	0,81%
Não vacinado	9	0,46%	17	0,87%
TOTAL	1953	100%	1953	100%

Fonte: dados da pesquisa

Nos casos de seguimento fidedigno ao recomendado pelo Ministério da Saúde (2020), para os imunobiológicos rotavírus e pneumocócica, aos 4 meses de idade a criança estará em idade apropriada para receber a segunda e última dose das vacinas e, conseqüentemente, devidamente protegida contra gastroenterite ocasionada pelo rotavírus e contra doenças graves causadas pela bactéria pneumococo, como pneumonias, meningites e sepses.

Das 1953 CSC com idade ≥ 4 meses, avaliadas na tabela 5, 1768 (90,52%) apresentaram situação vacinal Completa para a rotavírus e 1821 (93,24%) para pneumocócica, e que 9 (0,46%) não possuíam registro de nenhuma das doses da rotavírus e 17 (0,87%) nenhuma da pneumocócica e não mais se encontravam em idade oportuna para completar o esquema vacinal. 89 (7,37%) iniciaram o esquema vacinal, porém não o concluíram em tempo oportuno.

Entretanto, 11 (0,56%) estavam com esquema incompleto; não tiveram contato com nenhuma dose do imunobiológico e 88 (4,50%) iniciaram o esquema, porém ainda não o havia completado caracterizado como atrasado.

Tabela 6. Situação do registro relativo as doses da vacina rotavírus na CSC de crianças ≥ 2 meses– São Luís/MA, 2019/2021

Dose	Com registro		Sem registro		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1ª dose: ≥ 2 meses	2096	95,97%	88	4,02%	2184	100%
2ª dose: ≥ 4 meses	1768	90,52%	185	9,47%	1953	100%

Fonte: dados da pesquisa

Considerando a condição do registro na CSC a 1ª e 2ª dose, 2096 (95,97%) e 1768 (90,52%) “Com registro” e 88 (4,02%) e 185 (9,47%) “Sem registro”.

Tabela 7. Situação do registro relativo as doses da vacina pneumocócica registradas na CSC de crianças ≥ 2 meses – São Luís/MA, 2019/2021

Dose	Com registro		Sem registro		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1ª dose: ≥ 2 meses	2087	95,55%	97	4,44%	2184	100%
2ª dose: ≥ 4 meses	1821	93,24%	132	6,75%	1953	100%
1º reforço: ≥ 12 meses	1281	86,84%	194	13,15%	1475	100%

Fonte: dados da pesquisa

Quando considerado os registros da 1ª dose da vacina pneumocócica 2087 (95,55%) “Com registro” e “Sem registro” em 97 (4,44%). Enquanto que, a 2ª dose possuiu 1821 (93,24%) de CSC com registro e 132 (6,75%) ausência nos registros.

Tabela 8. Idade da criança quando do início da vacina pneumocócica e rotavírus segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Início vacinação pneumocócica	N	%	Início vacinação rotavírus	N	%
Antes de 2 meses	04	0,19%	Antes de 1 mês e 15 dias	04	0,19%
Com ≥ 2 meses de idade	1279	61,28%	Com ≥ 1 mês e 15 dias	11	0,52%
Com ≥ 3 meses de idade	787	37,70%	Com ≥ 2 meses	1747	83,34%
Com ≥ 12 meses de idade	11	0,52%	Com ≥ 3 meses e 15 dias	108	5,15%
Não há como avaliar: sem registro da data de administração da vacina	06	0,28%	Não há como avaliar: sem registro da data de administração da vacina	226	10,78%
TOTAL	2087	100%	TOTAL	2096	100%

Fonte: dados da pesquisa

O início da vacinação com a pneumocócica é previsto a partir dos 2 meses de idade (BRASIL, 2020). Esta conduta foi adotada em 1279 (61,28%) das 2087 CSC que possuíam registro da primeira dose do imunobiológico. Em 787 (37,70%), foi identificado que o primeiro contato com a vacina só ocorreu um mês após a idade mínima recomendada pelo MS e 11 (0,52%) iniciaram o esquema após completarem um ano ou mais.

A idade mínima recomendada pelo Ministério da Saúde (2020) para administração da primeira dose da rotavírus, é a partir de 1 mês e 15 dias de vida, sendo que, 11 (0,52%) das CSC as crianças receberam a dose em tempo oportuno. Entretanto, a idade recomendada, mais comumente utilizada nas salas de vacinação e amplamente divulgada é com ≥ 2 meses, no qual 1747 (83,34%) dos das CSC foi para esta idade. Dada a ausência dos registros das doses administradas, 226 (10,78%) dos registros não puderam ser avaliados quanto ao início do esquema vacinal.

Tabela 9. Intervalo entre doses do esquema da vacina pneumocócica segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Variáveis	1ª- 2ª dose pneumocócica	
	N	%
Segundo intervalo recomendado de 2 meses	1298	71,27%
Segundo intervalo mínimo de 30 dias	33	1,81%
Antes do intervalo mínimo de 30 dias	12	0,65%
Atrasou: ≥ 1 mês além do recomendado	402	22,07%
Atrasou: ≥ 4 meses além do recomendado	50	2,74%
Atrasou: ≥ 12 meses além do recomendado	09	0,49%
Sem registro da data de administração	17	0,93%
TOTAL	1821	100%

Fonte: dados da pesquisa.

As vacinas com esquema multidoses, são aquelas que necessitam da administração de mais de uma dose para uma adequada proteção. Sendo que, para seguimento do seu esquema, é estabelecido um intervalo entre as doses, que pode ser segundo intervalo mínimo (30 dias) ou segundo o recomendado – que difere de imunobiológico para imunobiológico –, onde o que é recomendado, deve ser sempre priorizado durante a conduta dos profissionais das salas de vacinação. O intervalo mínimo entre as doses, corresponde ao período da queda de anticorpos produzidos pela dose anterior. Sendo, portanto, de suma importância respeitar o intervalo mínimo, para administração da dose seguinte, pois o não seguimento desta recomendação implicará na necessidade de repetição das doses administradas no período inferior ao tempo mínimo recomendado (BRASIL, 2014).

O intervalo previsto pelo Ministério da Saúde (2020) para 1ª e 2ª dose da pneumocócica é de 2 meses entre administração das doses. Segundo a tabela 24, 1298 (71,27%) das CSC utilizou intervalo recomendado de 2 meses entre as doses, 33 (1,81%) intervalo mínimo de 30 dias; em 12 (0,65%) a administração da segunda dose ocorreu antes do intervalo mínimo de 30 dias. “Atrasou: ≥ 1 mês além do recomendado”, foi a variável de maior frequência com 402 (22,07%) das CSC.

Tabela 10. Intervalo entre doses do esquema da vacina rotavírus segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Variáveis	1ª- 2ª dose rotavírus	
	N	%

Segundo intervalo recomendado de 2 meses	1175	66,45%
Segundo intervalo mínimo de 30 dias	42	2,37%
Antes do intervalo mínimo de 30 dias	8	0,45%
Atrasou: ≥ 1 mês além do recomendado	190	10,74%
Atrasou: ≥ 4 meses além do recomendado	6	0,33%
Sem registro da data de administração	347	19,62%
TOTAL	1768	100%

Fonte: dados da pesquisa

Na avaliação do intervalo entre a 1ª dose e 2ª dose rotavírus, o intervalo mais frequentemente utilizado foi o de 2 meses segundo recomendação do Ministério da Saúde, apresentando 1175 (66,45%) dos registros nas CSC. Ainda, 190 (10,74%) Atrasou: ≥ 1 mês além do recomendado.

De acordo com o Manual de Normas e Procedimento para Vacinação (Brasil, 2014), uma das funções básicas da equipe de imunização é o registro dos dados referentes às atividades de vacinação nos impressos adequados. Dentre os quais, a CSC na qual sempre há um espaço para o registro individual da dose de vacina recebida, devendo o vacinador registrar: nome da unidade, lote da vacina, data de administração e a sua assinatura. É importante que nenhuma vacina seja administrada sem que haja o correto registro no documento pessoal da criança, pois os registros de imunização na CSC são usados amplamente como prova de imunização, desde a família de uma criança até os profissionais de saúde e autoridades competentes. Entretanto, nesta pesquisa, 347 (19,62%) não apresentavam registro da data de administração na primeira, segunda ou ambas doses da rotavírus, impossibilitando o cálculo do intervalo entre doses desse imunobiológico.

Tabela 11. Situação do esquema das vacinas Antipólio e Pentavalente segundo registros da CSC de crianças ≥ 6 meses – São Luís/MA, 2019/2021

Esquema vacinal	Pólio		Penta	
	N	%	N	%
Completo	1678	92,55%	1638	90,34%
Atrasado	121	6,94%	162	8,93%
Incompleto	05	0,49%	06	3,27%
Não vacinado	05	0,49%	05	0,27%
Não vacinado	04	0,22%	02	0,11%
TOTAL	1813	100%	1813	100%

Fonte: dados da pesquisa

Seguindo as recomendações do Ministério da Saúde (2020) para administração do imunobiológico antipólio e pentavalente, o preconizado é que a criança aos 6 meses de idade tenha completado o esquema com três doses de cada imunobiológico, passando a ser

considerada como devidamente imunizada contra a poliomielite, difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e contra a bactéria haemophilus influenza tipo b.

Das 1813 CSC de crianças com ≥ 6 meses avaliadas quanto ao registro da vacina antipólio, 1678 (92,55%) apresentava o esquema básico completo, 4 (0,22%) não possuíam registro de nenhuma dose e com idade superior à recomendada para iniciar ou completar o esquema. 121 (6,94%) haviam tomado uma e duas doses, portanto, com esquema Incompleto.

Enquanto a vacina pentavalente, 1638 (90,34%) foram identificadas com o registro de todas as doses do esquema básico, sendo classificada como “Esquema Completo”. Em 162 (8,93%) dos registros da pentavalente, apesar de apresentar um registro ou mais, o esquema encontrava-se Atrasado, 06 (3,27%) o esquema estava Incompleto para ao menos uma dose e 5 (0,27%) não possuíam registro de nenhuma dose, mesmo apresentando idade oportuna de recebimento das doses.

Tabela 12. Situação do registro relativo as doses da vacina antipólio na CSC de crianças de 2 meses a menores de 10 anos – São Luís/MA, 2019/2021

Dose	Com registro		Sem registro		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1ª dose: ≥ 2 meses	2148	98,39%	36	1,60%	2184	100%
2ª dose: ≥ 4 meses	1889	96,67%	64	3,32%	1953	100%
3ª dose: ≥ 6 meses	1677	92,55%	136	7,44%	1813	100%

Fonte: dados da pesquisa

Na avaliação da situação dos registros da vacina antipólio por dose, constava registro das três doses da administração das mesmas. 2148 (98,39%) registros na primeira dose, 1889 (96,67%) na segunda e 1677 (92,55%) na terceira. Entretanto, é notório o considerável aumento da variável “Sem registro” de 36 (1,60%) na primeira dose, para 136 (7,44%) na terceira. Como a pesquisa foi documental, não se pode inferir que a criança não tenha recebido a dose ou se o profissional não procedeu ao registro da vacina administrada.

Tabela 13. Situação do registro relativo as doses da vacina pentavalente na CSC de crianças de 2 meses a menores de 10 anos – São Luís/MA, 2019/2021

Dose	Com registro		Sem registro		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%

1ª dose: ≥ 2 meses	2101	96,19%	83	3,80%	2184	100%
2ª dose: ≥ 4 meses	1851	94,77%	102	5,22%	1953	100%
3ª dose: ≥ 6 meses	1638	90,34%	175	9,65%	1813	100%
1º reforço (DTP): ≥ 15 meses	1080	84,67%	212	15,32%	1292	100%
2º reforço (DTP): ≥ 4 anos	444	75,12%	147	24,87%	591	100%

Fonte: dados da pesquisa

Na avaliação dos registros por dose da vacina pentavalente, a primeira dose foi a que apresentou maior número dos registros com 2101 (96,19%) das CSC. De um modo geral, desde as doses do esquema básico as doses de reforço, a variável mais detectada foi a de “Com registro”, com a 2ª dose contendo 1851 (94,77%), a 3ª dose possuindo 1638 (90,34%), o 1º reforço apresentando 1080 (84,67%) dos registros e 444 (75,12%) do 2º reforço. Entretanto, foi o imunobiológico que apresentou, nesta pesquisa, a maior taxa de ausência de registros nas CSC com 24,87% no 2º reforço com DTP.

Tabela 14. Idade da criança quando do início das vacinas antipólio e pentavalente segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Início vacinação antipólio	Antipólio		Pentavalente	
	N	%	N	%
Antes de 2 meses	14	0,65%	13	0,61%
Com ≥ 2 meses de idade	1940	90,32%	1828	87,00%
Com ≥ 3 meses de idade	186	8,65%	253	12,04%
Com ≥ 12 meses de idade	04	0,18%	6	0,28%
Não há como avaliar: sem registro da data de administração da vacina	04	0,18%	1	0,04%
TOTAL	2148	100%	2101	100%

Fonte: dados da pesquisa

A imunogenicidade de uma vacina é a sua capacidade de provocar uma resposta imune específica. Entretanto, para alcançá-la é necessário que a vacina seja aplicada em condições ideais, como a exemplo, na idade recomendada pois, no caso de crianças, a habilidade de montar uma resposta imune é diminuída em resposta a um imunógeno. Sendo assim, a idade adequada para início de cada imunobiológico é determinada através de estudos que buscam estabelecer a relação de risco da doença e suas complicações em uma determinada idade com a imunogenicidade da vacina por faixa etária, estabelecendo assim, o intervalo etático ideal de vacinação, ou seja, o momento oportuno para desenvolvimento de uma resposta imune

eficiente. Portanto, vacinar antes da idade mínima recomendada implica na possibilidade da não formação de uma resposta imune satisfatória, acarretando na necessidade de repetição da dose (ORENSTEIN et al., 1986; MAYER., 2017; AUSTRÁLIA, 2020).

A idade mínima, recomendada pelo Ministério da Saúde (2020), para acesso aos imunobiológicos antipólio e pentavalente pelo SUS é aos 2 meses de idade. Na tabela 15, das 2148 CSC com registro da primeira dose da vacina antipólio, 1940 (90,32%) receberam em tempo oportuno conforme recomendação do Ministério da Saúde. Em 186 (8,65%) a dose foi administrada após 2 meses de idade e 14 (0,65%) foram vacinadas antes da idade mínima recomendada. Quando adicionados os registros de doses administradas antes ou após do segundo mês de vida ou antes do segundo totaliza 9,30% das CSC.

Das 2101 CSC com registro da primeira dose da pentavalente, 1828 (87,00%) das crianças receberam com idade ≥ 2 meses, 253 (12,04%) com ≥ 3 meses de idade e 6 (0,28%) com ≥ 12 meses. Ainda, 13 (0,61%) possui data de administração do imunobiológico que indicava administração antes da idade mínima recomendada.

Tabela 15. Intervalo entre doses do esquema da vacina antipólio segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Variáveis	1ª-2ª dose pólio		2ª-3ª dose pólio		1ª-2ª dose penta		2ª-3ª dose penta	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Segundo intervalo recomendado de 2 meses	1500	79,39%	1129	67,28%	1474	79,63%	1170	71,42%
Segundo intervalo mínimo de 30 dias	29	1,53%	16	1,01%	14	0,75%	24	1,46%
Antes do intervalo mínimo de 30 dias	06	0,31%	8	0,47%	11	0,59%	10	0,61%
Atrasou: ≥ 1 mês além do recomendado	282	14,93%	421	25,08%	278	15,01%	343	20,94%
Atrasou: ≥ 4 meses além do recomendado	53	2,80%	68	4,05%	57	3,07%	70	4,27%
Atrasou: ≥ 1 ano além do recomendado	14	0,74%	23	1,37%	10	0,54%	11	0,67%
Sem registro da data de administração de uma ou ambas as doses	5	0,26%	12	0,71%	7	0,37%	10	0,61%
TOTAL	1889	100%	1677	100%	1851	100%	1638	100%

Fonte: dados da pesquisa

O maior número de achados, tanto na avaliação do intervalo de tempo entre a 1ª e 2ª doses quanto entre a 2ª e 3ª doses das vacinas antipólio e pentavalente, foi de “Segundo intervalo recomendado de 2 meses” com 1500 (79,39%) e 1129 (67,28%) para a antipólio, e 1474 (79,63%) e 1170 (71,42%) para pentavalente respectivamente. Quanto a frequência de

atrasos no intervalo entre doses, tanto na análise do esquema antipólio, como da pentavalente, apresentou maior frequência de atraso de ≥ 1 mês além do recomendado entre a 1ª e 2ª dose em 282 (14,93%) e 278 (15,01%), e entre a 2ª e 3ª dose e 421 (25,08%) e 343 (20,94%), suscetivelmente. Em 68 (4,05%) das CSC o atraso entre a 2ª e 3ª dose constava ≥ 1 ano além do recomendado. Vê-se, portanto, uma alta frequência de intervalo inadequado entre as doses para a administração da vacina antipólio e pentavalente.

Tabela 16. Situação do esquema da vacina meningocócica, segundo registros da CSC de crianças ≥ 5 meses – São Luís/MA, 2019/2021

Situação vacinal meningocócica	N	%
Completo: ≥ 5 meses	1673	88,80%
Atrasado: < 4 anos, 11 meses e 29 dias	154	8,17%
Incompleto: ≥ 4 anos, 11 meses e 29 dias	13	0,69%
Não vacinado: < 4 anos, 11 meses e 29 dias	24	1,27%
Não vacinado: ≥ 4 anos, 11 meses e 29 dias	20	1,06%
TOTAL	1884	100%

Fonte: dados da pesquisa

A vacina meningocócica é recomendada pelo Ministério da Saúde (2020) em um esquema de duas doses e um reforço, a partir dos 3 meses de idade, devendo a criança finalizar o esquema aos 5 meses de vida mediante a administração da segunda e última dose. Das 1884 CSC com idade para apresentar completude desse esquema, 1673 (88,80%) a situação vacinal foi definida como “completo”, 154 (8,17%) se enquadraram na condição de Incompleto. Na condição de “não vacinado” 24 (1,27%) e 20 (1,06%) totalizando 2,33% das CSC avaliadas.

Tabela 17. Situação do registro relativo as doses da vacina meningocócica na CSC de crianças de 3 meses a menores de 10 anos – São Luís/MA, 2019/2021

Dose	Com registro		Sem registro		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1ª dose: ≥ 3 meses	1933	94,70%	108	5,30%	2041	100%
2ª dose: ≥ 5 meses	1673	88,80%	211	11,19%	1884	100%
1º reforço: ≥ 12 meses	1246	84,47%	229	15,52%	1475	100%

Fonte: dados da pesquisa

Para registro do imunobiológico meningocócica, a CSC possui 3 espaços destinados ao preenchimento da 1ª, 2ª e 3ª dose de reforço. Quanto a 1ª dose, 1933 (94,70%) das CSC constava registro da dose administrada e 108 (5,30%) não constava o registro. A 2ª dose

manteve a variável “Com registro” com maior frequência com 1673 (88,80%), o que se repete na dose de reforço com 1246 (84,47%).

Tabela 18. Idade da criança quando do início da vacina meningocócica segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Início da vacinação meningocócica	N	%
Antes de 3 meses	23	1,18%
Com \geq 3 meses de idade	1440	74,49%
Com \geq 4 meses de idade	444	22,96%
Com \geq 12 meses de idade	23	1,18%
Não há como avaliar: sem registro da data de administração da vacina	3	0,15%
TOTAL	1933	100%

Fonte: dados da pesquisa

Para início do esquema da vacina meningocócica, a idade recomendada é a partir dos 3 meses de idade (BRASIL, 2020). Segundo a tabela 27, 1440 (74,49%) das CSCs, as crianças receberam a primeira dose na idade recomendada, 444 (22,96%) com \geq 4 meses de idade e 23 (1,18%) com \geq 12 meses de idade. Outro achado, foi 23 (1,18%) das CSC com início da imunização antes da idade recomendada.

Tabela 19. Intervalo entre doses do esquema da meningocócica segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Variáveis	1ª- 2ª dose meningocócica	
	N	%
Segundo intervalo recomendado de 2 meses	1124	67,18%
Segundo intervalo mínimo de 30 dias	30	1,79%
Antes do intervalo mínimo de 30 dias	11	0,65%
Atrasou: \geq 1 mês além do recomendado	403	24,08%
Atrasou: \geq 4 meses além do recomendado	85	5,08%
Atrasou: \geq 12 meses além do recomendado	7	0,41%
Sem registro da data de administração	13	0,77%
TOTAL	1673	100%

Fonte: dados da pesquisa

O intervalo adotado pelos profissionais entre a 1ª- 2ª dose meningocócica, segundo a tabela 28, foi em 1124 (67,18%) das CSC, “Segundo intervalo recomendado de 2 meses”. No que concerne a intervalos com atraso entre as doses, 403 (24,08%) apresentaram atraso de \geq 1 mês além do recomendado, 85 (5,08%) \geq 4 meses além do recomendado, 7 (0,41%) \geq 12 meses além do recomendado. Ainda, 11 (0,65%) receberam a segunda dose antes do intervalo mínimo recomendado.

Tabela 20. Situação do esquema da vacina febre amarela segundo registros da CSC de crianças com ≥ 9 meses de idade – São Luís/MA, 2019/2021

Situação vacinal febre amarela	N	%
Completo: ≥ 9 meses	1517	92,00%
Não vacinado: > 59 anos, 11 meses e 29 dias	132	8,00%
TOTAL	1649	100%

Fonte: dados da pesquisa

A vacina contra febre amarela é administrada em dose única aos 9 meses de idade e garantida pelo SUS até os 59 anos, 11 meses e 29 dias (BRASIL, 2020). Segundo dados analisados, 1517 (92,00%) das CSC possuíam registro da dose, em contrapartida, 132 (8,00%) das CSC encontravam-se sem registro de administração do imunobiológico.

Tabela 21. Idade da criança quando do início da vacina febre amarela segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Início vacinação febre amarela	N	%
Antes de 9 meses	19	1,25%
Com ≥ 9 meses de idade	821	54,11%
Com ≥ 10 meses de idade	629	41,46%
Com ≥ 24 meses de idade	41	2,70%
Não há como avaliar: sem registro da data de administração da vacina	07	0,46%
TOTAL	1517	100%

Fonte: dados da pesquisa

Como mencionado anteriormente, a imunização contra a febre amarela é recomendada pelo Ministério da Saúde (2020) a partir dos 9 meses de idade. Das 1517 CSC com registro desse imunobiológico, 821 (54,11%) iniciaram a imunização com idade ≥ 9 meses, 629 (41,46%) com ≥ 10 meses de idade e 41 (2,70%) com ≥ 24 meses de idade. 19 (1,25%) tiveram o contato com o imunobiológico antes dos 9 meses e em 7 (0,46%) das CSC, não foi possível realizar a avaliação da idade, por falta de registro da data de administração.

Tabela 22. Situação do esquema com as vacinas tríplice/tetra viral segundo registros da CSC de crianças ≥ 15 meses – São Luís/MA, 2019/2021

Situação vacinal tríplice/tetra viral	N	%
Completo: ≥ 15 meses	1063	82,27%
Atrasado: ≤ 4 anos, 11 meses e 29 dias	158	12,22%
Incompleto: > 4 anos, 11 meses e 29 dias	23	1,78%
Não vacinado: ≤ 4 anos, 11 meses e 29 dias	43	3,32%
Não vacinado: > 4 anos, 11 meses e 29 dias	5	0,38%
TOTAL	1292	100%

Fonte: dados da pesquisa

A administração da vacina Tríplice viral é recomendada a partir dos 12 meses para proteger as crianças contra o sarampo, a caxumba e a rubéola. Para considerar uma criança protegida, aos 15 meses de vida, ela deverá ter recebido a dose do imunobiológico Tetra viral, se tornando imunizada contra as doenças citadas anteriormente e contra a varicela. Sendo assim, das 1292 CSC com idade para ter esquema completo, 1063 (82,27%) se enquadraram nesta condição. Entre as CSC das crianças com idade oportuna para recebimento do imunobiológico, 158 (12,22%) foram classificadas como atrasadas e 43 (3,32%) como não vacinadas. Das com idade maior a idade máxima, 23 (1,78%) foram nomeadas como incompletas e 5 (0,38%) como não vacinadas.

Tabela 23. Situação do registro relativo as doses da vacina tríplice/tetra viral na CSC de crianças de 12 meses a menores de 10 anos – São Luís/MA, 2019/2021

Dose	Com registro		Sem registro		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Tríplice: ≥ 12 meses	1349	91,38%	126	8,61%	1475	100%
Tríplice/Tetra: ≥ 15 meses	1063	82,50%	229	17,49%	1292	100%

Fonte: dados da pesquisa

Na avaliação dos registros referentes à vacina Tríplice viral, 1349 (91,38%) das CSC com registro da administração do imunobiológico e 126 (8,61%) sem registro. Quanto ao imunobiológico Tetra viral, 1063 (82,50%) apresentavam registro e 229 (17,49%) sem registro. Quando adicionadas as CSC sem registro dos imunobiológicos Tríplice e tetra viral totaliza 26,0%. Esta condição pode sugerir que as crianças não receberam os imunobiológicos, ou que apesar de terem sido vacinadas o registro não foi efetivado. A ausência do registro vacinal durante o atendimento acarreta, além de riscos de não vacinação nos períodos adequados, na reaplicação de doses sem a necessidade, gerando custos extras e expondo as crianças a riscos, pois a revacinação desnecessária pode gerar graves efeitos colaterais (TIMÓTEO, 2018; JUNDIAÍ, 2019). Portanto, uma ou outra condição concorrem para inadequações importantes no manejo do Calendário Básico de Vacinação.

Tabela 24. Idade da criança quando do início da imunização com a vacina Tríplice viral segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Início da vacinação com Tríplice viral	N	%
--	---	---

Antes de 12 meses	27	2,00%
Com \geq 12 meses de idade	611	42,32%
Com \geq 13 meses de idade	659	48,81%
Com \geq 24 meses de idade	49	3,63%
Não há como avaliar: sem registro da data de administração da vacina	03	0,22%
TOTAL	1349	100%

Fonte: dados da pesquisa

O primeiro contato com a vacina Tríplice viral deve ocorrer assim que a criança completar 12 meses de idade. Segundo dados da tabela 33, 611 (43,32%) dos registros indicavam o seguimento desta recomendação. Entretanto, o maior número de achados, foi o de administração da dose com \geq 13 meses de idade, com 659 (48,81%) dos registros, indicando um atraso de um mês além da idade recomendada para início da imunização.

Tabela 25. Vacina administrada como segunda dose no esquema Tríplice/Tetra viral segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Vacina	N	%
Tríplice viral simultânea a varicela	766	72,04%
Tetra viral	297	27,95%
TOTAL	1063	100%

Fonte: dados da pesquisa

Mediante a falta do imunobiológico Tetra viral na unidade de saúde, o profissional poderá proceder com a substituição dessa vacina pela associação das vacinas Tríplice viral e Varicela durante o atendimento. Mediante isto, foi verificado a frequência em que tal conduta precisou ser adotada, de acordo com os registros na CSC. Segundo a tabela 34, 766 (72,04%) dos registros na segunda dose apresentavam especificação da administração da vacina Tríplice viral simultânea a Varicela e, em 297 (27,95%) das CSC, o imunobiológico utilizado como segunda dose havia sido a Tetra viral.

Tabela 26. Intervalo entre as doses do esquema tríplice/tetra viral segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Variáveis	Tríplice – Tetra viral	
	N	%

Intervalo recomendado de 3 meses	274	21,15%
Intervalo mínimo de 30 dias	314	24,30%
Antes do intervalo mínimo de 30 dias	21	1,69%
Atrasou: ≥ 1 mês além do recomendado	131	19,61%
Atrasou: ≥ 4 meses além do recomendado	251	19,23%
Atrasou: ≥ 1 ano além do recomendado	63	4,84%
Sem registro da data de administração	9	0,76%
TOTAL	1063	100%

Fonte: dados da pesquisa

Das 1063 CSC avaliadas na tabela 35, quanto ao intervalo entre as vacinas tríplice e tetra viral, 274 (21,15%) seguia com o recomendado, 314 (24,30%) o intervalo mínimo e em 251 (19,23%) a administração entre doses atrasou ≥ 4 meses além do recomendado. Ainda, 63 (4,84%) alcançou o atraso de ≥ 1 ano além do recomendado.

Tabela 27. Situação do Calendário Básico de Vacinação infantil de crianças ≥ 12 meses de idade, a partir dos registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Situação vacinal crianças ≥ 12 meses	N	%
Completo	1139	77,22%
Atrasado	162	11,79%
Incompleto	96	6,50%
Não vacinado: menor que a idade máxima	7	0,47%
Não vacinado: maior que a idade máxima	59	4,00%
TOTAL	1475	100%

Fonte: dados da pesquisa

Uma criança é considerada devidamente protegida contra todas as doenças do Calendário Básico de Vacinação quando, com ou mais de um ano de idade, apresenta registro de todos os imunobiológicos/doses do esquema básico na CSC (BRASIL, 2014). Portanto, quando a situação vacinal foi avaliada nas crianças ≥ 12 meses de idade, 1139 (77,22%) foi classificada como “Completo”. Enquanto 162 (11,79%), apesar de possuírem idade oportuna para recebimento da(s) dose(s), apresentavam atraso vacinal, 96 (6,30%) o Esquema vacinal estava Incompleto e 59 (4,00%) das CSC foram classificadas como Não vacinada: maior que a idade máxima.

Através do PNI, o Brasil ganhou reconhecimento mundial por ser um dos poucos países na incorporação de diversas vacinas de maneira universal e gratuita através do

calendário vacinal disponibilizado pelo SUS, alcançou altas taxas de cobertura e, conseqüentemente, erradicou e controlou diversas patologias de preocupação epidemiológica. Porém, a alta taxa de cobertura, que sempre foi uma de suas principais conquistas, vem caindo nos últimos anos (CRUZ, 2017). Contribuiu para esta situação, a falsa sensação de segurança ocasionada pela eliminação e controle de algumas patologias e a propagação das *Fake News* e o medo dos eventos adversos como grandes contribuintes para as quedas na imunização (BRASIL, 2020).

Por outro lado, a queda na cobertura vacinal também é um reflexo do modelo de atenção à saúde tradicional que ainda prevalece na assistência às condições agudas de saúde dando pouco enfoque as atividades desenvolvidas na APS voltadas a prevenção (CRUZ, 2017).

Tabela 28. Situação do esquema complementar segundo registros da CSC de crianças ≥ 4 anos – São Luís/MA, 2019/2021

Situação vacinal crianças ≥ 4 anos	N	%
Completo	371	62,77%
Atrasado	141	23,85%
Incompleto	79	13,36%
TOTAL	591	100%

Fonte: dados da pesquisa

A meta do MS é garantir que o esquema básico seja completo no primeiro ano de vida. Após a sua conclusão, a criança deverá dar prosseguimento ao esquema complementar, no qual se remete a administração dos reforços das vacinas multidoses, que se seguido de acordo com o recomendado, a criança deverá concluir aos 4 anos de idade (BRASIL, 2014). Durante a avaliação dos dados referentes ao esquema complementar, foi detectado 591 CSC com idade adequada para avaliação desta variável. Sendo assim, de acordo com a tabela 4, 371 (62,77%) encontravam-se com esquema dos imunobiológicos de reforço completo contra 79 (13,36%) que apresentavam incompletude nos registros. Ainda, 141 (23,85%) constava atraso na administração de um ou mais imunobiológicos.

Tabela 29. Vacinação simultânea segundo registros da CSC – São Luís/MA, 2019/2021

Vacinação Simultânea	N	%
Adequado	2041	88,89%
Inadequado	255	11,10%

TOTAL	2296	100%
--------------	-------------	-------------

Fonte: dados da pesquisa

De acordo com o Manual de Normas e Procedimento para Vacinação (Brasil, 2014), no geral, os imunobiológicos do calendário de vacinação da criança, podem ser administrados de forma simultânea no mesmo atendimento sem que ocorra interferência na resposta imunológica. A única exceção ocorrerá somente na administração das vacinas Febre amarela e tríplice viral, contra varicela ou tetra viral ou em casos em que as demais vacinas de antígeno vivo não possam ser administradas no mesmo atendimento, devendo ser adotado um intervalo mínimo de 30 dias. Na avaliação das condutas seguidas pelos profissionais, no que concerne a vacinação simultânea, 2041 (88,89%) CSC seguia com as recomendações do Ministério da Saúde, sendo rotulados como “Adequado”, e 255 (11,10%) foram preconizados como “Inadequado”.

Além de garantir a prevenção de erros no processo de imunização, o seguimento fidedigno das normas técnicas do Ministério da Saúde, para administração do Calendário Básico de Vacinação, também garante a eficácia do imunobiológico, já que a probabilidade de alcance de bons resultados se potencializa quando realizado em condições ideais. Portanto, a garantia da eficácia de um imunobiológico, assim como a segurança da criança nas salas de vacinação, dependerá de condutas adequadas em todas as etapas de administração e retorno em tempo oportuno (BRASIL, 2014).

A equipe de enfermagem é o eixo central e norteador das ações de vacinação na assistência, sendo responsável por garantir a administração dos imunobiológicos de acordo com o recomendado pelo MS, a correta realização dos registros e orientações dos cuidados pós vacina e importância do retorno na data de aprazamento. Estas recomendações garantem a atenção às normas de vacinação e uma assistência segura e de qualidade, prevenindo danos as crianças por imperícia em suas condutas (BRASIL, 2014).

7. CONCLUSÃO

Apesar da maior frequência dos registros dos imunobiológicos na CSC terem sido caracterizados como adequados, o estudo identificou algumas fragilidades, como: a não vacinação, a incompletude de doses, o atraso no esquema vacinal, a administração de vacinas antes do intervalo mínimo entre as doses, o início da vacinação antes da idade mínima, a vacinação simultânea inadequada e a ausência do registro da data de acesso ao imunobiológico. Tais achados demonstram práticas e, em alguns casos, a falta delas, que devem ser modificadas pelos profissionais de enfermagem que trabalham nas salas de imunização e melhor acompanhadas pelos enfermeiros e gestores das UBS's e Coordenação do Serviço de Imunização do município.

Outro ponto que deve ser melhor abordado, é o rastreamento das CSC para identificar e localizar as crianças com atraso no esquema vacinal. Esta estratégia, pode ser implementada nas práticas dos ACS quando das visitas domiciliares de rotina às famílias cadastradas em sua área adscrita.

Aliado a estas questões, todos os profissionais de saúde devem ser mobilizados e mobilizadores quanto a importância na atenção ao Calendário Básico de Vacinação em todos os contatos da criança com os serviços de saúde. Assim será possível identificar situações de atraso no esquema e as providências necessárias para a completude do esquema vacinal.

Mediante a influência das informações propagadas pelas redes sociais, na formação da opinião da população, outro ponto que pode ser melhor trabalhado, é os informes educativos através dos canais de comunicação oficiais das repartições públicas de saúde de São Luís, como forma de aderir novos conhecimentos à população, sanar as dúvidas e combater as *Fake News*.

Por intermédio do governo federal, foi criada uma plataforma digital denominada Conecte SUS, onde é possível o cidadão obter acesso as suas informações de saúde, dentre as quais, a “Carteira de Vacinação Digital” que, atualmente, apresenta dados somente referentes a vacina contra a COVID-19, mas promete gradativamente disponibilizar informação das demais vacinas recebidas pelo usuário. Uma alternativa viável, seria a criação de uma função de notificação dentro da plataforma, que fosse disponibilizada para quem a possuísse no formato de aplicativo no celular, no qual alertasse pais e responsáveis quanto a aproximação da data de aprazamento.

Esses dados se mostram fundamentais para nortear a elaboração de intervenções eficientes para garantia das boas práticas nas ações de imunização. Portanto, esse

monitoramento da situação vacinal das crianças deve ser realizado com maior frequência e em maior número, de preferência, não somente no contexto das unidades, mas também no domiciliar e escolar, viabilizando uma visão mais ampla da situação vacinal de crianças.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. R. et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio Janeiro, v.25, n.3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300013>. Acesso em: 25 de março de 2020.
- AMORIM, L. P. et al. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, mar. 2018. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 de fevereiro de 2020.
- AUSTRÁLIA. Minimum acceptable age for the 1st dose of scheduled vaccines in infants. **Australian immunisation Handbook**. 3 de junho de 2020. Disponível em: < [Table. Minimum acceptable age for the 1st dose of scheduled vaccines in infants | The Australian Immunisation Handbook \(health.gov.au\)](#) >. Acesso em: 12 de agosto de 2021.
- ANDRADE, A. M. V., CARVALHO, G. M. F. e PEREIRA, R. S. História da criança e sua importância na sociedade: dos primórdios da idade média aos dias atuais. **Portal Faculdade São Luís de França**, 2016. Disponível em: < [HISTÓRIA DA CRIANÇA E SUA IMPORTÂNCIA NA SOCIEDADE: DOS PRIMÓRDIOS DA IDADE MÉDIA AOS DIAS ATUAIS \(fslf.edu.br\)](#) >. Acesso em: 08 de maio de 2021.
- ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista brasileira de enfermagem**, v.67, n.6, p. 1000-1007, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>>. Acesso em: 29 de fevereiro de 2020.
- BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 88- 110.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 964, de 23 de junho de 2005. Aprova a resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05 e seu anexo intitulado “Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da criança”. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jun. 2005. Seção I, p. 74. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 16 de março de 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Iniciativa hospital amigo da criança. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Brasília, jan. 2011. Disponível em: < [Situação da IHAC atualizada para site jan2011 \(saude.gov.br\)](#) >. Acesso em: 12 de outubro de 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações (PNI) : 40 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 236 p. : il.
- _____. Ministério da Saúde. FUNASA. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. 7 de agosto de 2017. Disponível em: < [Cronologia Histórica da Saúde Pública - Fundação Nacional de Saúde \(funasa.gov.br\)](#) >. Acesso em: 27 de março de 2020.
- _____. Rede Interagencial de Informações Para a Saúde. Comentários sobre os Indicadores de Cobertura até 2006. **DataSUS**. Disponível em: < [Microsoft Word - F13.doc \(datasus.gov.br\)](#) >. Acesso em: 10 de agosto de 2021.
- _____. Ministério da Saúde. Especialistas fala sobre o impacto das notícias falsas nas coberturas vacinais no país. 29 de outubro de 2020. Disponível em: < [Especialistas falam sobre o impacto das notícias falsas nas coberturas vacinais do país — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](#) >. Acesso em: 10 de julho de 2021.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde direito de todos: 2008-2011**. 3 ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 138 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família (ESF) [internet]. Disponível em: < [Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde \(saude.gov.br\)](#) >. Acesso em: 10 de março de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 80 p. : il. – (Série I. História da Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 128 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série ODM Saúde Brasil ; v. IV).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde direito de todos: 2008 – 2011**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 100 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 180 p. : il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.: il.: color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Brasileirinhos e brasileiras saudáveis, primeiros passos para o desenvolvimento nacional**. [Internet]. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/palestras/humanizacao/brasileirinhos_apresentacao_dra_liliane.pdf >. Acesso em: 28 de novembro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. **Diretrizes gerais e operacionais da rede cegonha**. [Internet]. Disponível em: < http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/carta_da_saude/ed_17_docs/cegonha.pdf >. Acesso em: 29 de novembro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Fio Cruz. **VACINAÇÃO COVID-19: PROTOCOLOS E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS**. Módulo 2, 2021. [Internet]. Disponível em: < <https://www.passeidireto.com/arquivo/91522723/mo-dulo-2-o-que-sao-vacinas-indicadores-vacinais-e-cobertura-vacinal-serie-espec> >. Acesso em: 15 de maio de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe técnico da introdução da vacina adsorvida hepatite a (inativada)**. Brasília, jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 452**, de 1977

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.946**, de 19 de julho de 2010. Brasília, 2010.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Estadual de Saúde. Diretoria de Atenção Primária. Área Técnica Saúde da Criança. **Atenção Integral a Saúde da Criança**. Outubro de 2015. [Internet]. Disponível em: < <https://central3.to.gov.br/arquivo/257921/> >. Acesso em: 29 de novembro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Coberturas vacinais no Brasil Período: 2010 – 2014**, Brasília, outubro de 2015. [Internet]. Disponível em: <

<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/17/AACOBERTURAS-VACINAIS-NO-BRASIL---2010-2014.pdf> >. Acesso em: 2 de janeiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Primeira Infância Melhor. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC**. Janeiro de 2019. [Internet]. Disponível em: < <http://www.pim.saude.rs.gov.br/site/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-crianca-pnaisc/> >. Acesso em: 01 de dezembro de 2020.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 46, n. 30, 2015. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/14/besvs-pni-v46-n30.pdf>>. Acesso em: 27 de março de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da criança: Orientações para implementação**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 115-120. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pnaisc/>> Acesso em: 16 de março de 2020.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf>. Acesso em: 24 de março de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf>. Acesso em: 17 de março de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **INSTRUÇÃO NORMATIVA REFERENTE AO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO 2020,2020**.

BRAVO, F. Calendário de vacinação. **Revista imunizações**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 28-32, 2015. Disponível em: <<https://sbim.org.br/images/files/revista-imuniz-sbim-v8-n1-2015-04-150424c-web.pdf>>. Acesso em: 29 de fevereiro de 2020.

CALDEIRA, L. B. O conceito de infância no decorrer da história. **Educadores dia a dia**. Paraná, 2010. Disponível em: < [O CONCEITO DE INFÂNCIA NO DECORRER DA HISTÓRIA \(diaadia.pr.gov.br\)](https://www.diaadia.pr.gov.br/conceito-de-infancia-no-decorrer-da-historia) >. Acesso em: 30 de outubro de 2020.

CARVALHO, J. A. B. PESQUISA EM EDUCAÇÃO E A PESQUISA DOCUMENTAL: UM EXERCÍCIO TEÓRICO METODOLÓGICO. **Repositório Institucional da Kroton, s.d**. Disponível em: <<http://repositorio.pgskroton.com.br/bitstream/123456789/13753/1/Pesquisa%20em%20Educa%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 17 de março de 2020.

CEFOP. **Breve história das políticas de saúde no Brasil**. São Paulo.

CHALHOUB, S. **Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial**. — 2a ed. — São Paulo : Companhia das Letras, 2017.

CUNHA, E. N. L. A NOVA "ROUPAGEM" DO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL NO BRASIL EM FACE DO AVANÇO LEGISLACIONAL. **Repositório Digital Institucional UFPR**. v. 3, n. 1, fev. 2015. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/sclplr/article/download/64711/pdf> >. Acesso em: 7 de fevereiro de 2020.

CUNHA, C. L. et al. O uso de serviços de atenção primária à saúde pela população infantil em um estado do nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000200003>. Acesso em: 25 de março de 2020.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. Cadernos de Saúde. Planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. Cap. 2, p. 11-26.

DAMASCENO, S. S. et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902961&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 20 de março de 2020.

DOLCI, M. C. Sobre as ideias americanas de saúde pública e a criação do primeiro centro de saúde da América do Sul. In: Simpósio Nacional de História, XXIX, 2017, Brasília. **Anais**. Brasília, DF, 24 a 28 de julho 2017 / organizado por Lucília de Almeida Neves Delgado.

FERNANDES, Tania. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 29-51, mar./jun. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-5970199900020000>. Acesso em: 9 de julho de 2020.

FONSECA, M. R. F. et al. INSTITUTO VACÍNICO MUNICIPAL. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930), s.d. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/instvacmun.html>>. Acesso em: 9 de julho de 2020.

FURTADO, P. J. F. M. **SAÚDE DA CRIANÇA: PRINCIPAIS CAUSAS QUE LEVAM AS CRIANÇAS AO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF MORRINHOS**. 2018, p. 6. Tese - Universidade Federal do Ceará, Guaraciaba do Norte – Ceará, 2018.

GAZÊTA, A. A. B. **Uma Contribuição à História do Combate à Varíola no Brasil: do Controle à Erradicação**. 2006. 179-180 f. Tese – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

_____. Com a Varíola, Nasce a Saúde Pública. *História Viva*. n. 134, p.14-19, 2016. Disponível em: <[Dossiê História & Saúde: com a varíola, nasce a saúde pública | História, Ciências, Saúde – Manguinhos \(fiocruz.br\)](https://www.scielo.br/hv/article/view/134)>. Acesso em: 4 de julho de 2020.

HOCHMAN, Gilberto. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16. n. 2, fev. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000200002&lang=pt>. Acesso em: 7 de julho de 2020.

HOCHMAN, G., ARRETCHE, M. e MARQUES, E. **Políticas públicas no Brasil**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, cap. 12, p. 379, 2007.

JUNDIAÍ. Prefeitura de Jundiaí. **Carteira de vacinação é documento e deve ser preservada** [Internet]. 29 de setembro de 2019. Disponível em: <[Carteira de vacinação é documento e deve ser preservada | Notícias \(jundiai.sp.gov.br\)](https://www.jundiai.sp.gov.br/noticias)> Acesso em: 19 de setembro de 2021.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M. e BONOTTO, D. L. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa. *Atas CIAIQ2015*, v. 2, jul. 2015. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252>>. Acesso em: 22 de março de 2020.

LOPES, M. B. e POLITO, P. “Para uma história da vacina no Brasil”: um manuscrito inédito de Norberto e Macedo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.595-605, abr./jun. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n2/10.pdf>>. Acesso em: 14 de julho de 2020.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. *Revista de Saúde Coletiva*. v.1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: <[77-96 \(scielosp.org\)](https://www.scielo.org/pt/pub/doc/77-96)>. Acesso em: 29 de abril de 2020.

MAYER, G. **IMUNOLOGIA – CAPÍTULO TRÊS ANTÍGENOS**. Tradução de Myres Hopkins. 2017. (título original: IMMUNOLOGY - CHAPTER THREE ANTIGENS). Disponível em: <[ANTIGENS \(microbiologybook.org\)](https://microbiologybook.org/)>. Acesso em: 12 de outubro de 2021.

MORAES, J. C. et al. What is the real vaccination coverage?. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 12, n. 3, p. 147-153, set. 2003. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 de setembro de 2021.

RESENDE, D. C. RODA DOS EXPOSTOS: um caminho para a infância abandonada. **Universidade Federal de São João del-Rei**. Disponível em: <[REVTG1rodaexpostos.PDF \(ufsj.edu.br\)](https://repositorio.ufsj.edu.br/bitstream/handle/2012/123456789/1/REVTG1rodaexpostos.PDF)>. Acesso em: 04 de março de 2020.

_____. A criança e a Lei no Brasil: revisitando a história (1822-2000). Brasília, DF; Rio de Janeiro: Unicef; USU Editora Universitária, 2000.

RIZZINI, I. A criança e a Lei no Brasil: revisitando a história (1822-2000). Brasília, DF; Rio de Janeiro: Unicef; USU Editora Universitária, 2000.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. e GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, jul. 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/0>. Acesso em: 18 de março de 2020.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Programa Municipal de Hepatites Virais. Centro de Controle de Doenças. Coordenação de Vigilância em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Transmissão vertical do vírus da Hepatite B**. Maio, 2016. Disponível em: < ([Microsoft Word - Transmiss\343o vertical do v\355rus da Hepatite B.doc](#)) (prefeitura.sp.gov.br) >. Acesso em: 9 de setembro de 2021.

TAUIL, M. C. et al. Coberturas vacinais por doses recebidas e oportunas com base em um registro informatizado de imunização, Araraquara-SP, Brasil, 2012-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2017, v. 26, n. 4, p. 835-846. Disponível em: < <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000400014> >. Acesso em: 2 de setembro de 2021

TIMÓTEO. Prefeitura de Timóteo. **Saúde convoca quem ainda não se vacinou para se proteger contra Febre Amarela** [Internet]. 06 de fevereiro de 2018. Disponível em: < [Portal de Timóteo \(timoteo.mg.gov.br\)](http://portal.timoteo.mg.gov.br) > Acesso em: 19 de setembro de 2021.

VARELA, A.; LOPES, A. A. L.; HANSEN, P.S. e MADUREIRA, F. J. C. INSTITUTO VACÍNICO DO IMPÉRIO. **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**, s.d. Disponível em: < <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/instvacimp.html> >. Acesso em: 10 de julho de 2020.

VIDAL, S. A., FRIAS, P. G. E MARQUES, N. M. Avaliação normativa das ações do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) em Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2001, v. 1, n. 2, p. 129-135, 20 de julho de 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292001000200006>>. Acesso em: 22 de março de 2020.

VIEIRA, G. O. et al. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 5, n. 2, abr/jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000200006>. Acesso em: 23 de março de 2020.

YOKOKURA, A. V. et al. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, São Luís v.29, n.3, p.522-534, 2013. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2013.v29n3/522-534/>> Acesso em: 17 de março de 2020.

MACÊDO, V. C. M. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016. 43 p.

OLIVEIRA, P. M. N. de et al. O panorama da vigilância de eventos adversos pós-vacinação ao fim da década de 2010: importância, ferramentas e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, 2020. [Internet]. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001402001&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 20 de maio de 2021

ORENSTEIN, W A et al. Idade apropriada para a vacinação contra o sarampo nos Estados Unidos. **Desenvolvimentos na padronização biológica**, vol. 65, p. 13-21, 1986. Disponível em: < [Appropriate age for measles vaccination in the United States - PubMed \(nih.gov\)](#) >. Acesso em: 20 de agosto de 2021.

SOARES, M. M. e MACHADO, J. A. **Federalismo e Políticas Públicas**, Brasília: Enap, 2018. 112 p. : il.

APÊNDICES

Apêndice 1– Lista das Unidades de Saúde no Município de São Luís por Distrito Sanitário

DISTRITO	UNIDADE DE SAÚDE	LOCALIDADE
BEQUIMÃO	C. S. AMAR	VILA VICENTE
	USF DA VILA LOBÃO	VILA LOBÃO
	C. S. RADIONAL	SANTA CRUZ
	U. M. BEQUIMÃO	BEQUIMÃO
CENTRO	C. S. BEZERRA DE MENEZES	SÃO FRANCISCO
	U.S.F SÃO FRANCISCO	SÃO FRANCISCO
	C. S. LIBERDADE	LIBERDADE
	C. S. PAULO RAMOS	CENTRO
	CTA DO LIRA	LIRA
COHAB	C. S. COHAB ANIL	COHAB ANIL
	C. S. TURU	TURU
	C. S. DJALMA MARQUES	TURU
	C. S. GENESIO RAMOS FILHO	COHAB
	C. S. SALOMÃO FIQUENE	COHATRAC
COROADINHO	C. S. DR. ANTONIO	COROADINHO
	C. S. DO JOAO PAULO	JOAO PAULO
	C. S. CARLOS MACIEIRA	VILA DOS FRADES
	C. S. DE FÁTIMA	BAIRRO DE FATIMA
ITAQUI-BACANGA	C. S. YVES PARGA	ANJO DA GUARDA
	C. S. CLODOMIR P. COSTA	SÁ VIANA
	C. S. VILA NOVA	VILA NOVA
	C. S. VILA EMBRATEL	VILA EMBRATEL
	C. S. SÃO RAIMUNDO	VILA MAURO
	C. S. GAPARA	GAPARA
	C. S. VALDECY ELEOTÉRIA	PARAISO
TIRIRICAL	C. S. SÃO CRISTÓVÃO	SÃO CRISTOVÃO
	C. S. JOÃO DE DEUS	JOÃO DE DEUS
	USF PIRAPORA	PIRAPORA
	C. S. VILA ITAMAR	VILA ITAMAR
	C. S. NAZARÉ NEIVA	SÃO RAIMUNDO
	C. S. ANTONIO CARLOS C. REIS – OLIMPICA I	CIDADE OLIMPICA
	C.S. MARIA AYRECILLA NOVOCHADLO – OLIMPICA II	CIDADE OLIMPICA
	C. S. JAILSON ALVES VIANA – OLIMPICA III	CIDADE OLIMPICA
	C. S. SANTA BÁRBARA	SANTA BÁRBARA
	C. S. SANTA CLARA	SANTA CLARA
	USF JARDIM SÃO	JARDIM S.
	USF SANTA EFIGENIA	SANTA EFIGENIA
	C. S. FABICIANA MORAES	APACO –
	C. S. JANAÍNA	JANAÍNA
	COQUILHO	COQUILHO
U. M. SÃO BERNARDO	SÃO BERNARDO	

	EXPEDITO ALVES	ALEXANDRA
VILA ESPERANÇA	USF COQUEIRO	COQUEIRO
	C. S. LAURA VASCONCELOS	ESTIVA
	C. S. ITAPERÁ	ITAPERÁ
	C.S. MARACANÃ	MARACANÃ
	USF VILA SARNEY	VILA SARNEY
	C. S. JOSÉ DE RIBAMAR F.	NOVA REPUBLICA
	C. S. QUEBRA POTE	QUEBRA POTE
	C. S. THALES R. GONÇALVES	VILA ESPERANÇA
	C. S. TIBIRI	TIBIRI
	C. S. PEDRINHAS I	PEDRINHAS
	C. S. PEDRINHAS II	PEDRINHAS
	C. S. MARIA LOURDES	RIO GRANDE

APÊNDICE 2 – Unidades de Saúde, População e Amostra

Nº	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	POPULAÇÃO	AMOSTRA
1	C.S. AMAR	1.255	50
2	C.S. RADIONAL	1.125	45
3	C.S. DA LIBERDADE	3.743	150
4	C.S. SAO FRANCISCO	3.221	129
5	C.S. COHAB ANIL	2.945	118
6	C.S. DO TURU	3.276	131
7	C.S. DJALMA MARQUES	2.407	96
8	C.S. GENESIO RAMOS FILHO	2.978	119
9	C.S. DR JOSE CARLOS MACIEIRA	2.123	85
10	C.S. DR ANTONIO GUANARE	1.259	50
11	C.S. SAO RAIMUNDO	1.660	66
12	C.S. VILA NOVA	1.527	61
13	C.S. YVES PARGA	1.389	56
14	C.S. VILA EMBRATEL	2.415	97
15	C.S.GAPARA	1.002	40
16	C.S. SAO CRISTOVAO	1.988	79
17	C.S. VILA ITAMAR	1.436	57
18	C.S. NAZARE NEIVA	1.860	74
19	U.S.F. OLIMPICA III - JAILSON ALVES VIANA	1.213	48
20	U.S.F. OLIMPICA II	1.757	70
21	U.S.F. OLIMPICA I ANTONIO CARLOS REIS	1.302	52
22	U.S.F. PIRAPORA	1.447	58
23	C.S. SANTA BARBARA	1.171	47
24	C.S. FABICIANA MORAES	1.705	68
25	C.S. JANAINA	1.599	64

26	POSTO DE SAUDE COQUILHO	1.036	41
27	C.S.THALLES RIBEIRO GONCALVES	1.060	42
28	C.S. LAURA VASCONCELOS	2.113	84
29	C.S. QUEBRA POTE	1.857	74
30	U.S.F. VILA SARNEY	1.731	69
31	C.S. DR JOSE RIBAMAR FRAZAO CORREA	2.077	83
TOTAL		57.677	2303

APÊNDICE 3 – Instrumento de Coleta de Dados

MANEJO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Nome da Criança	
a. <input type="checkbox"/> Completo, sem abreviatura e escrito com esferográfica	b. <input type="checkbox"/> Completo, sem abreviatura e escrito com lápis
c. <input type="checkbox"/> Abreviado e escrito com esferográfica	d. <input type="checkbox"/> Com abreviatura e escrito com lápis
e. <input type="checkbox"/> Sem o nome	f. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
1.2 Data de Nascimento	
a. <input type="checkbox"/> Completo, escrito com esferográfica	b. <input type="checkbox"/> Completo, escrito a lápis
c. <input type="checkbox"/> Incompleto, escrito com esferográfica	d. <input type="checkbox"/> Incompleto, escrito a lápis
e. <input type="checkbox"/> Não	f. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
1.3 Município de Nascimento	
a. <input type="checkbox"/> Completo, escrito com esferográfica	b. <input type="checkbox"/> completo, escrito a lápis
c. <input type="checkbox"/> Incompleto, escrito com esferográfica	d. <input type="checkbox"/> incompleto, escrito a lápis
e. <input type="checkbox"/> Não	e. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
1.4 Nome da mãe	
a. <input type="checkbox"/> Completo e escrito com esferográfica	b. <input type="checkbox"/> Completo e escrito a lápis
c. <input type="checkbox"/> Abreviado e escrito com esferográfica	d. <input type="checkbox"/> Abreviado e escrito a lápis
e. <input type="checkbox"/> Não	f. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever
1.5. Nome do pai:	
a. <input type="checkbox"/> Completo, escrito com esferográfica,	b. <input type="checkbox"/> Completo, escrito a lápis
c. <input type="checkbox"/> Abreviado, escrito com esferográfica	d. <input type="checkbox"/> Abreviado, escrito a lápis
e. <input type="checkbox"/> Não	f. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
1.6. Endereço	
a. <input type="checkbox"/> Completo, escrito com esferográfica	b. <input type="checkbox"/> Completo, escrito a lápis
c. <input type="checkbox"/> Incompleto, escrito com esferográfica	d. <input type="checkbox"/> Incompleto, escrito a lápis
e. <input type="checkbox"/> Não	f. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
1.7. Bairro	
a. <input type="checkbox"/> Completo, escrito com esferográfica	b. <input type="checkbox"/> Completo, escrito a lápis
c. <input type="checkbox"/> Incompleto, escrito com esferográfica	d. <input type="checkbox"/> Incompleto, escrito a lápis
e. <input type="checkbox"/> Não	f. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
1.8. Cidade	
a. <input type="checkbox"/> Completo, escrito com esferográfica,	b. <input type="checkbox"/> Completo, escrito a lápis
c. <input type="checkbox"/> Incompleto, escrito com esferográfica	d. <input type="checkbox"/> Incompleto, escrito a lápis
e. <input type="checkbox"/> Não	f. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:

1.9. Estado	
a. <input type="checkbox"/> Completo, escrito com esferográfica,	b. <input type="checkbox"/> Completo, escrito a lápis
c. <input type="checkbox"/> Incompleto, escrito com esferográfica	d. <input type="checkbox"/> Incompleto, escrito a lápis
e. <input type="checkbox"/> Não	f. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:

1.10. Telefone	
a. <input type="checkbox"/> Completo, escrito com esferográfica,	b. <input type="checkbox"/> Completo, escrito a lápis
c. <input type="checkbox"/> Incompleto, escrito com esferográfica	d. <input type="checkbox"/> Incompleto, escrito a lápis
e. <input type="checkbox"/> Não	f. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
1.11. CEP	
a. <input type="checkbox"/> Completo, escrito com esferográfica,	b. <input type="checkbox"/> Completo, escrito a lápis
c. <input type="checkbox"/> Incompleto, escrito com esferográfica	d. <input type="checkbox"/> Incompleto, escrito a lápis
e. <input type="checkbox"/> Não	f. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
1.12. Raça/cor/etnia:	
a. <input type="checkbox"/> Assinalado com esferográfica	b. <input type="checkbox"/> Assinalado com lápis
c. <input type="checkbox"/> Não assinalado	d. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever
1.13. Unidade Básica que frequenta:	
a. <input type="checkbox"/> Escrito com esferográfica	b. <input type="checkbox"/> Escrito a lápis
c. <input type="checkbox"/> Não preenchido	d. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever
1.14. N° do Registro Civil de Nascimento:	
a. <input type="checkbox"/> Escrito com esferográfica	b. <input type="checkbox"/> Escrito a lápis
c. <input type="checkbox"/> Não preenchido	d. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever
1.15. N° da Declaração de Nascido Vivo:	
a. <input type="checkbox"/> Escrito com esferográfica	b. <input type="checkbox"/> Escrito a lápis
c. <input type="checkbox"/> Não preenchido	d. <input type="checkbox"/> outros. Descrever
1.16. N° do cartão do SUS:	
a. <input type="checkbox"/> Completo, escrito com esferográfica,	b. <input type="checkbox"/> Completo, escrito a lápis
c. <input type="checkbox"/> Não preenchido	d. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:

2. DADOS SOBRE GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

• GRAVIDEZ

2.1 Pré-natal iniciou no:	
a. <input type="checkbox"/> Assinalado	b. <input type="checkbox"/> Não assinalado
2.2. N° de consultas pré-natais:	
a. <input type="checkbox"/> Especificado com esferográfica	b. <input type="checkbox"/> Especificado a lápis
c. <input type="checkbox"/> Não especificado	d. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
2.3 Gravidez	

a. () Assinalado com esferográfica	b. () Assinalado a lápis
c. () Não assinalado	d. () Outros. Descrever
2.4 Sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (código do CID-10):	
a.() Assinalado com esferográfica	b.() Assinalado a lápis
c.() Não assinalado	d.() Outros. Descrever

• **PARTO E PÓS-PARTO**

2.5 Parto realizado:	
a. () Assinalado com esferográfica,	b. () Assinalado a lápis
c. () Não assinalado	d. () Outros. Descrever
2.6 Tipo de parto:	
a.() Assinalado com esferográfica,	b.() Assinalado a lápis
e.() Não assinalado	f. () Outros. Descrever:
2.7 Sorologias maternas realizadas ainda na maternidade para os agravos (código do CID-10):	
a.() Assinalado com esferográfica,	b.() Assinalado a lápis
c.() Não assinalado	.d.() Outros. Descrever:
2.8 Intercorrências clínicas da gravidez, parto e puerpério:	
a.() Descrito com esferográfica	b.() Descrito a lápis
c.() Não descrito	d.() Outros. Descrever:

3. DADOS DO RECÉM-NASCIDO

• **NASCIMENTO**

3.1 Hora de nascimento:	
a.() Completo, escrito com esferográfica	b.() Completo, escrito a lápis
c.() Incompleto, escrito com esferográfica	d.() Incompleto, escrito a lápis
e.() Não	f.() Outros. Descrever:
3.2 Data de nascimento:	
a.() Completo, escrito com esferográfica,	b.() Completo, escrito a lápis
c.() Incompleto, escrito com esferográfica	d.() Incompleto, escrito a lápis
e.() Não	f.() Outros. Descrever:
3.4 Maternidade/cidade, UF:	
a. () Completo, escrito com esferográfica	b.() Completo, escrito a lápis
c. () Incompleto, escrito com esferográfica	d.() Incompleto, escrito a lápis

e. () Não	f. () Outros. Descrever:
3.5 Peso ao nascer:	
a. () Escrito com esferográfica	b. () Escrito a lápis
c. () Não preenchido	d. () Outros. Descrever:
3.6 Comprimento ao nascer:	
a. () Escrito com esferográfica,	b. () Escrito a lápis
c. () Não preenchido	d. () Outros. Descrever:

3.7 Perímetro cefálico:	
a. () Escrito com esferográfica	b. () Escrito a lápis
c. () Não preenchido	d. () Outros. Descrever:
3.8 Sexo:	
a. () Assinalado com esferográfica	b. () Assinalado a lápis
c. () Não assinalado	d. () Outros. Descrever:
3.9 APGAR:	
a. () Escrito com esferográfica	b. () Escrito a lápis
e. () Não preenchido	f. () Outros. Descrever:
3.10 Idade gestacional (IG):	
a. () Escrito com esferográfica	b. () Escrito a lápis
c. () Não preenchido	d. () Outros. Descrever:
3.11 Método de avaliação da IG:	
a. () Assinalado com esferográfica	b. () Assinalado a lápis
c. () Não preenchido	d. () Outros. Descrever:
3.12 Tipagem sanguínea do RN:	
a. () Escrito com esferográfica	b. () Escrito a lápis
c. () Não preenchido	d. () Outros. Descrever:
3.13 Tipagem sanguínea da mãe:	
a. () Escrito com esferográfica	b. () Escrito a lápis
c. () Não preenchido	d. () Outros. Descrever
3.14 Profissional que assistiu ao recém-nascido:	

a. () Assinalado com esferográfica,	b. () Assinalado a lápis
c. () Não assinalado	d. () Outros. Descrever
3.15 Aleitamento materno na 1ª hora de vida:	
a. () Assinalado com esferográfica	b. () Assinalado a lápis
c. () Não assinalado	d. () Outros. Descrever

• **EXAMES/TRIAGEM NEONATAL:**

3.16 Manobra de Ortolini:	
a. () Assinalado com esferográfica	b. () Assinalado a lápis
c. () Não assinalado	d. () Outros. Descrever
3.17 Teste do Reflexo Vermelho:	
a. () Realizado antes da alta da Maternidade	b. () Não realizado antes da alta
c. () Especificada data da realização	d. () Não especificada data da realização
e. () Descrita a conduta	f. () Não descrita a conduta
g. () Não há informações sobre realização do TRV	
3.18 Teste do Pezinho:	
a. () Realizado antes da alta da Maternidade	b. () Não realizado antes da alta da Maternidade
c. () Especificada data de realização	d. () Não especificada data da realização
e. () Não há informações sobre realização do teste	f. () Assinalado resultado com esferográfica
e. () Assinalado resultado a lápis	f. () Outros. Descrever
3.19 Triagem Auditiva:	
a. () Realizado antes da alta da Maternidade	b. () Não realizado antes da alta da Maternidade
c. () Especificada data da realização	d. () Não especificada data da realização
e. () Não há informações sobre realização do teste	f. () Assinalado resultado do teste
g. () Não assinalado o resultado do teste	h. () Agendado reteste
I. () Não agendado reteste	j. () Tem resultado do reteste
l. () Descrito conduta	m. () Não há descrição de conduta
3.20 Outros exames:	
a. () Descrito com esferográfica	b. () Descrito a lápis
c. () Não há descrição de conduta	d. () Outros. Descrever

- **DADOS NA ALTA:**

3.21 Data:	
a. () Escrito com esferográfica	b. () Escrito a lápis
c. () Não preenchido	d. () Outros. Descrever
3.22 Peso	
a. () Completo, escrito com esferográfica	b. () Completo, escrito a lápis
c. () Incompleto, escrito com esferográfica	d. () Incompleto, escrito a lápis
e. () Não	f. () Outros. Descrever:
3.23 Alimentação:	
a. () Assinalado com esferográfica	b. () Assinalado a lápis
c. () Não há informações	d. () Outros. Descrever

- **ANOTAÇÕES**

a. () Registrado com esferográfica	b. () Registrado a lápis
c. () Não há registro	d. () Não se aplica
e. () Outros. Descrever:	

4. INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO

4.1. Crianças de zero a 12 meses:	
a. () Assinalado com P; A; NV	b. () Assinalado com um X
c. () Não há registro da avaliação	d. () Outros. Descrever
4.2. Crianças de 12 meses a 3 anos:	
a. () Assinalado com P; A; NV	b. () Assinalado com um X
c. () Não há registro de avaliação	d. () Outros. Descrever

5. FOLHA DE REGISTRO DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

a. () Há registro das medidas segundo dados do nascimento e consultas subsequentes	b. () Não há registro das medidas do nascimento
c. () Registros incompletos das medidas	d. () Outros. Descrever

6. GRAFICOS DAS MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

6.1. Perímetro cefálico x idade (zero a 2 anos):	
a. () Realizado corretamente	b. () Realizado incorretamente
c. () Não realizado	d. () Outros. Descrever

6.2. Peso x idade (zero a 2 anos):	
a. () Realizado corretamente	b. () Realizado incorretamente
c. () Não realizado	d. () Outros. Descrever
6.3. Peso x idade (2 a 5 anos):	
a. () Realizado corretamente	b. () Realizado incorretamente
c. () Não realizado	d. () Outros. Descrever
6.4. Peso x idade (5 a 10 anos):	
a. () Realizado corretamente	b. () Realizado incorretamente
c. () Não realizado	d. () Outros. Descrever
6.5. Comprimento x idade (zero a 2 anos):	
a. () Realizado corretamente	b. () Realizado incorretamente
c. () Não realizado	d. () Outros. Descrever
6.6. Altura x idade (2 a 5 anos):	
a. () Realizado corretamente	b. () Realizado incorretamente
c. () Não realizado	d. () Outros. Descrever
6.7. Altura x idade (5 a 10 anos):	
a. () Realizado corretamente	b. () Realizado incorretamente
c. () Não realizado	d. () Outros. Descrever
6.8. Índice de Massa Corporal x idade (zero a 2 anos):	
a. () Realizado corretamente	b. () Realizado incorretamente
c. () Não realizado	d. () Outros. Descrever
6.9. Índice de Massa Corporal x idade (2 a 5 anos):	
a. () Realizado corretamente	b. () Realizado incorretamente
c. () Não realizado	d. () Outros. Descrever
6.10. Índice de Massa Corporal x idade (5 a 10 anos):	
a. () Realizado corretamente	b. () Realizado incorretamente
c. () Não realizado	d. () Outros. Descrever

7. AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

b. () Registrado com esferográfica	c. () Registrado a lápis
d. () Não há registro	e. () Outros. Descrever

8. SAÚDE BUCAL

a. () Registrado com esferográfica	b. () Registrado a lápis
c. () Não há registro	d. () Não se aplica
e. () Outros. Descrever:	

9. SAÚDE OCULAR

a. <input type="checkbox"/> Registrado com esferográfica	b. <input type="checkbox"/> Registrado a lápis
c. <input type="checkbox"/> Não há registro	d. <input type="checkbox"/> Não se aplica (crianças menor de 4 anos)
e. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:	

10. SAÚDE AUDITIVA

b. <input type="checkbox"/> Registrado com esferográfica	b. <input type="checkbox"/> Registrado a lápis
c. <input type="checkbox"/> Não há registro	d. <input type="checkbox"/> Não se aplica
e. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:	

11. REGISTRO DA SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

11.1. FERRO (6 a 24 meses)	
a. <input type="checkbox"/> Registrado com esferográfica	b. <input type="checkbox"/> Registrado com lápis
c. <input type="checkbox"/> Iniciada com 4 meses de idade	d. <input type="checkbox"/> Iniciada com 6 meses de idade
e. <input type="checkbox"/> Iniciada após 6 meses de idade	f. <input type="checkbox"/> Duração da suplementação em meses
g. <input type="checkbox"/> Não há registro	h. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever
11.1. VITAMINA A (6 a 59 meses)	
a. <input type="checkbox"/> Registrado com esferográfica	<input type="checkbox"/> Registrado com lápis
c. <input type="checkbox"/> Iniciada com 6 meses de idade	d. <input type="checkbox"/> Iniciada após os 6 meses de idade
e. <input type="checkbox"/> Número de doses recebidas	f. <input type="checkbox"/> Não há registro
g. <input type="checkbox"/> Registro no calendário de vacinação	h. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever

12. REGISTRO DAS VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO

12.1. BCG	
a. <input type="checkbox"/> Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. <input type="checkbox"/> Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. <input type="checkbox"/> Especificado o lote da vacina	d. <input type="checkbox"/> Não especificado o lote da vacina
e. <input type="checkbox"/> Especificado a data de administração	f. <input type="checkbox"/> Não especificado a data de administração
g. <input type="checkbox"/> Tem rubrica visível do profissional	h. <input type="checkbox"/> Não tem rubrica visível do profissional
i. <input type="checkbox"/> Recebeu a BCG antes da alta da maternidade	j. <input type="checkbox"/> Não recebeu a dose depois da alta da maternidade
k. Idade que recebeu a vacina _____	l. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
12.2. HEPATITE B	
12.2.1. 1ª DOSE	
a. <input type="checkbox"/> Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. <input type="checkbox"/> Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. <input type="checkbox"/> Especificado o lote da vacina	d. <input type="checkbox"/> Não especificado o lote da vacina
e. <input type="checkbox"/> Especificado a data de administração	f. <input type="checkbox"/> Não especificado a data de administração
g. <input type="checkbox"/> Tem rubrica visível do profissional	h. <input type="checkbox"/> Não tem rubrica visível do profissional
i. <input type="checkbox"/> Recebeu a dose antes da alta da maternidade	j. <input type="checkbox"/> Não recebeu a dose depois da alta da maternidade

k. Idade que recebeu a vacina _____	l. () Outros. Descrever:
12.3. ANTIPOLIO	
12.3.1. 1ª DOSE	
a. () Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. () Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. () Especificado o lote da vacina	d. () Não especificado o lote da vacina
e. () Especificado a data de administração	f. () Não especificado a data de administração
g. () Tem rubrica visível do profissional	h. () Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. () Outros. Descrever:
12.3.2. 2ª DOSE	
a. () Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. () Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. () Especificado o lote da vacina	d. () Não especificado o lote da vacina
e. () Especificado a data de administração	f. () Não especificado a data de administração
g. () Tem rubrica visível do profissional	h. () Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. () Outros. Descrever:
12.3.3. 3ª DOSE	
a. () Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. () Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. () Especificado o lote da vacina	d. () Não especificado o lote da vacina
e. () Especificado a data de administração	f. () Não especificado a data de administração
g. () Tem rubrica visível do profissional	h. () Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. () Outros. Descrever:
12.4. PENTAVALENTE	
12.4.1. 1ª DOSE	
a. () Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. () Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. () Especificado o lote da vacina	d. () Não especificado o lote da vacina
e. () Especificado a data de administração	f. () Não especificado a data de administração
g. () Tem rubrica visível do profissional	h. () Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. () Outros. Descrever:
12.4.2. 2ª DOSE	
a. () Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. () Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. () Especificado o lote da vacina	d. () Não especificado o lote da vacina
e. () Especificado a data de administração	f. () Não especificado a data de administração
g. () Tem rubrica visível do profissional	h. () Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. () Outros. Descrever:
12.4.3. 3ª DOSE	
a. () Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. () Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. () Especificado o lote da vacina	d. () Não especificado o lote da vacina
e. () Especificado a data de administração	f. () Não especificado a data de administração
g. () Tem rubrica visível do profissional	h. () Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. () Outros. Descrever:
12.5. ROTAVIRUS	
12.5.1. 1ª DOSE	
a. () Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. () Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. () Especificado o lote da vacina	d. () Não especificado o lote da vacina

e. <input type="checkbox"/> Especificado a data de administração	f. <input type="checkbox"/> Não especificado a data de administração
g. <input type="checkbox"/> Tem rubrica visível do profissional	h. <input type="checkbox"/> Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
12.5.2. 2ª DOSE	
a. <input type="checkbox"/> Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. <input type="checkbox"/> Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. <input type="checkbox"/> Especificado o lote da vacina	d. <input type="checkbox"/> Não especificado o lote da vacina
e. <input type="checkbox"/> Especificado a data de administração	f. <input type="checkbox"/> Não especificado a data de administração
g. <input type="checkbox"/> Tem rubrica visível do profissional	h. <input type="checkbox"/> Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
12.6. PNEUMOCÓCICA	
12.6.1. 1ª DOSE	
a. <input type="checkbox"/> Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. <input type="checkbox"/> Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. <input type="checkbox"/> Especificado o lote da vacina	d. <input type="checkbox"/> Não especificado o lote da vacina
e. <input type="checkbox"/> Especificado a data de administração	f. <input type="checkbox"/> Não especificado a data de administração
g. <input type="checkbox"/> Tem rubrica visível do profissional	h. <input type="checkbox"/> Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
12.6.2. 2ª DOSE	
a. <input type="checkbox"/> Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. <input type="checkbox"/> Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. <input type="checkbox"/> Especificado o lote da vacina	d. <input type="checkbox"/> Não especificado o lote da vacina
e. <input type="checkbox"/> Especificado a data de administração	f. <input type="checkbox"/> Não especificado a data de administração
g. <input type="checkbox"/> Tem rubrica visível do profissional	h. <input type="checkbox"/> Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
12.6.3. REFORÇO	
a. <input type="checkbox"/> Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. <input type="checkbox"/> Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. <input type="checkbox"/> Especificado o lote da vacina	d. <input type="checkbox"/> Não especificado o lote da vacina
e. <input type="checkbox"/> Especificado a data de administração	f. <input type="checkbox"/> Não especificado a data de administração
g. <input type="checkbox"/> Tem rubrica visível do profissional	h. <input type="checkbox"/> Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
12.7. MENINGOCÓCICA C	
12.7.1. 1ª DOSE	
a. <input type="checkbox"/> Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. <input type="checkbox"/> Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. <input type="checkbox"/> Especificado o lote da vacina	d. <input type="checkbox"/> Não especificado o lote da vacina
e. <input type="checkbox"/> Especificado a data de administração	f. <input type="checkbox"/> Não especificado a data de administração
g. <input type="checkbox"/> Tem rubrica visível do profissional	h. <input type="checkbox"/> Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
12.7.2. 2ª DOSE	
a. <input type="checkbox"/> Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. <input type="checkbox"/> Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. <input type="checkbox"/> Especificado o lote da vacina	d. <input type="checkbox"/> Não especificado o lote da vacina
e. <input type="checkbox"/> Especificado a data de administração	f. <input type="checkbox"/> Não especificado a data de administração
g. <input type="checkbox"/> Tem rubrica visível do profissional	h. <input type="checkbox"/> Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
12.7.3. REFORÇO	
a. <input type="checkbox"/> Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. <input type="checkbox"/> Não tem carimbo da Unidade de Saúde

c. <input type="checkbox"/> Especificado o lote da vacina	d. <input type="checkbox"/> Não especificado o lote da vacina
e. <input type="checkbox"/> Especificado a data de administração	f. <input type="checkbox"/> Não especificado a data de administração
g. <input type="checkbox"/> Tem rubrica visível do profissional	h. <input type="checkbox"/> Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
12.8. TRIPLICE VIRAL	
12.8.1. 1ª DOSE	
a. <input type="checkbox"/> Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. <input type="checkbox"/> Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. <input type="checkbox"/> Especificado o lote da vacina	d. <input type="checkbox"/> Não especificado o lote da vacina
e. <input type="checkbox"/> Especificado a data de administração	f. <input type="checkbox"/> Não especificado a data de administração
g. <input type="checkbox"/> Tem rubrica visível do profissional	h. <input type="checkbox"/> Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
12.8.2. 2ª DOSE	
a. <input type="checkbox"/> Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. <input type="checkbox"/> Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. <input type="checkbox"/> Especificado o lote da vacina	d. <input type="checkbox"/> Não especificado o lote da vacina
e. <input type="checkbox"/> Especificado a data de administração	f. <input type="checkbox"/> Não especificado a data de administração
g. <input type="checkbox"/> Tem rubrica visível do profissional	h. <input type="checkbox"/> Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
12.9. FEBRE AMARELA	
a. <input type="checkbox"/> Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. <input type="checkbox"/> Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. <input type="checkbox"/> Especificado o lote da vacina	d. <input type="checkbox"/> Não especificado o lote da vacina
e. <input type="checkbox"/> Especificado a data de administração	f. <input type="checkbox"/> Não especificado a data de administração
g. <input type="checkbox"/> Tem rubrica visível do profissional	h. <input type="checkbox"/> Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
12.10. DTP	
12.10.1. 1ª DOSE OU REFORÇO	
a. <input type="checkbox"/> Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. <input type="checkbox"/> Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. <input type="checkbox"/> Especificado o lote da vacina	d. <input type="checkbox"/> Não especificado o lote da vacina
e. <input type="checkbox"/> Especificado a data de administração	f. <input type="checkbox"/> Não especificado a data de administração
g. <input type="checkbox"/> Tem rubrica visível do profissional	h. <input type="checkbox"/> Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
12.10.2. 2ª DOSE OU REFORÇO	
a. <input type="checkbox"/> Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. <input type="checkbox"/> Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. <input type="checkbox"/> Especificado o lote da vacina	d. <input type="checkbox"/> Não especificado o lote da vacina
e. <input type="checkbox"/> Especificado a data de administração	f. <input type="checkbox"/> Não especificado a data de administração
g. <input type="checkbox"/> Tem rubrica visível do profissional	h. <input type="checkbox"/> Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:
12.11. POLIOMIELITE	
12.11.1. REFORÇO	
a. <input type="checkbox"/> Tem Carimbo da Unidade de Saúde	b. <input type="checkbox"/> Não tem carimbo da Unidade de Saúde
c. <input type="checkbox"/> Especificado o lote da vacina	d. <input type="checkbox"/> Não especificado o lote da vacina
e. <input type="checkbox"/> Especificado a data de administração	f. <input type="checkbox"/> Não especificado a data de administração
g. <input type="checkbox"/> Tem rubrica visível do profissional	h. <input type="checkbox"/> Não tem rubrica visível do profissional
i. Idade que recebeu a vacina _____	j. <input type="checkbox"/> Outros. Descrever:

12.12. OUTRAS VACINAS	
a. () Há outras vacinas. Quais _____	b. () Não há outras vacinas
c. () Tem Carimbo da Unidade de Saúde	d. () Não tem carimbo da Unidade de Saúde
e. () Especificado o lote da vacina	f. () Não especificado o lote da vacina
g. () Especificado a data de administração	h. () Não especificado a data de administração
i. () Tem rubrica visível do profissional	j. () Não tem rubrica visível do profissional
k. Idade que recebeu a vacina _____	l. () Outros. Descrever:
12.13. VACINAÇÃO EM CAMPANHAS	
a. () Há outras vacinas. Quais _____	b. () Não há outras vacinas
c. () Tem Carimbo da Unidade de Saúde	d. () Não tem carimbo da Unidade de Saúde
e. () Especificado o lote da vacina	f. () Não especificado o lote da vacina
g. () Especificado a data de administração	h. () Não especificado a data de administração
i. () Tem rubrica visível do profissional	j. () Não tem rubrica visível do profissional
k. Idade que recebeu a vacina _____	l. () Outros. Descrever:

13. REGISTRO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

a. () Descrito com esferográfica	b. () Descrito a lápis
c. () Não há registro	d. () Outros. Descrever

14. REGISTRO DE INTERCORRÊNCIAS, DOENÇAS, RELATÓRIOS DE INTERNAÇÃO, ALERGIAS E OUTROS

a. () Descrito com esferográfica	b. () Descrito a lápis
c. () Não há registro	d. () Outros. Descrever

APÊNDICE 4 – Solicitação de Dispensa de TCLE
DISPENSA DO TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO)

Pesquisador Responsável: FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE SOUSA

Endereço: RUA PARNAÍBA EDIFICO VIVENDAS PONTA DO FAROL S/N
APARTAMENTO 1503 – PONTA DO FAROL **CEP:** 65075-839

Fone: (98) 982159674 **E-mail:** fgeorginams@ufma.com

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto de pesquisa intitulado “MANEJO PROFISSIONAL DAS AÇÕES DE SAÚDE INFANTIL NA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA”, por tratar-se de pesquisa documental a partir dos registros realizados pelos profissionais de saúde na Caderneta de Saúde da Criança. Para tanto declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados nas Cadernetas de Saúde da Criança para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado pela professora Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa, coordenadora da pesquisa;
- c) Assegurar o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização;
- d) Assegurar a não utilização as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- f) Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado.

Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) de todos os sujeitos, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Francisca Georgina Macedo de Sousa

Francisca Georgina Macedo de Sousa

Pesquisador responsável

São Luís, 20 de junho de 2019

APÊNCIDE 5 – Carta de Apresentação do Pesquisador nas Unidades Básicas de Saúde**1 CARTA DE APRESENTAÇÃO DOS PESQUISADORES****Diretora do(a):****Senhor(a):**

Apresentamos a aluna _____ regularmente matriculada no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. A mesma é responsável pela coleta de dados da pesquisa nesta Unidade de Saúde. A pesquisa é intitulada **MANEJO PROFISSIONAL DAS AÇÕES DE SAÚDE INFANTIL NA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA** coordenada pela professora Francisca Georgina Macedo de Sousa, tendo na Equipe Executora os seguintes membros: Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes (professora UFMA), Benylde Araujo Pinheiro de Sousa (Enfermeira SEMUS) e Giuliane Ferreira Lopes dos Santos (Enfermeira SEMUS).

A pesquisa será desenvolvida em todos os Distritos Sanitários da cidade de São Luís – MA envolvendo 31 Unidades de Saúde da Atenção Básica. Ressalta-se que a pesquisa não envolve coleta de dados com seres humanos, pois os dados serão coletados diretamente na Caderneta de Saúde da Criança. O projeto de pesquisa tem anuência das Superintendências de Ações de Saúde e da Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís – MA.

São Luís 25 de junho de 2019



Francisca Georgina Macedo de Sousa
Professora e Coordenadora da Pesquisa

ANEXOS

ANEXO 1 – Anuência da Superintendência de Educação em Saúde



PREFEITURA DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUS
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ativar o Wir
Acesse Configurar

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente e de acordo com a realização do Projeto de pesquisa e extensão intitulado Padrões de Saúde da Criança e o manejo profissional das ações de saúde infantil na atenção básica, sob a supervisão e responsabilidade pedagógica e ética do (a) professor(a) Dr.º Francisco Georgino Macedo de Sousa ou outro professor orientador da instituição a quem ele (a) conceder autorização, por escrito, com cópia desta anuência, a ser realizada nesta Instituição, que disponibiliza o uso de suas instalações e autoriza a aplicação de:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1. () Entrevistas | 5. (X) Fotografias |
| 2. () Acesso a Prontuários | 6. () Testes Laboratoriais |
| 3. () Filmagens | 7. (X) Outros <u>farmacologia</u> |
| 4. () Questionários | |

Com os seguintes sujeitos:

1. () Usuários
2. () Profissionais
3. (X) Outros Padrões de Saúde da Criança solicitadas ao responsável

UNIDADES DE SAÚDE ONDE A PESQUISA SERÁ REALIZADA:

Posto de Saúde Coquilho, C.S. AMAR, C.S. Radial, C.S. do Solvidade, C.S. São Francisco, C.S. Calabonil, C.S. do Texu, C.S. Djalma Marques, C.S. Genésia Romeu Filho, C.S. Dr. José Carlos Macieira, C.S. Dr. Antonio Guaraná, C.S. São Raimundo, C.S. Vila Nova, C.S. Jurelarga, C.S. Vila Ambiental, C.S. Gapara, C.S. São Cristóvão, C.S. Vila Roman, C.S. Nazare Meiro, USF Olímpica III, USF Olímpica II, USF Olímpica I, USF Pirapera, C.S. Santo Bárbara, C.S. Fabriciano Moraes, C.S. Jonaína, C.S. Thalles Ribeiro Gonçalves, C.S. Louro Vasconcelos, C.S. Quebra Pote, USF Vila Sarney, C.S. Dr. José Ribamar França Louro.

Fica condicionada essa anuência à assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, resguardadas as questões éticas, aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa – CEP e autorização da Superintendência de Educação em Saúde – SEDS, podendo ser revogada a qualquer momento, sem prejuízo para instituição cedente, desde que sejam verificadas situações de urgência/emergência que assim exijam, ou emissão de comportamento inadequado com as normas do serviço público ou da ética em pesquisa por parte dos pesquisadores.

São Luís – MA, 02/04/19

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendência de Educação em Saúde

Jane Elvira
Coordenadora de Estágio, Pesquisa e Extensão

Coordenação de Estágio Pesquisa e Extensão em

ANEXO 2- Aprovação Do Protocolo De Pesquisa Pelo Sistema Cep/Conep

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MANEJO PROFISSIONAL DAS AÇÕES DE SAÚDE INFANTIL NA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Pesquisador: FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE SOUSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17772819.1.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.785.269

Apresentação do Projeto:

Introdução: Após uma revisão feita pelo Ministério da Saúde (MS), em 2005, foi implantada a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), a qual reuniu os mais importantes e significativos registros para a vigilância integral à saúde infantil e substituiu o instrumento anterior. Para o MS a qualidade no manejo da CSC inclui o registro correto e completo das informações e pode revelar o funcionamento dos serviços, o desempenho de seus profissionais e o diálogo com a família sobre as anotações realizadas. Objetivos: Caracterizar o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança realizado pelos profissionais de saúde. Metodologia: A pesquisa será do tipo documental, descritiva, transversal e será realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de São Luís, capital do Estado do Maranhão, cujo atendimento de crianças de menores de 10 anos, seja superior a 1000 por ano. Os dados serão coletados mediante a verificação direta da CSC e apoiada por um protocolo de pesquisa. As páginas de cada CSC serão escaneadas e salvas em um único arquivo, para em seguida ser aplicado o instrumento de coleta de dados, o qual está estruturado em 17 dimensões. O processamento dos dados será realizado por meio do programa Microsoft Excel 2016 com dupla entrada seguida pela comparação dos bancos de dados. Será utilizado o programa Stata 12.0 (Stata Corp, College Station, United States) para análise estatística dos dados coletados. O preenchimento de cada item de cada dimensão será avaliado de acordo com as orientações do Manual para Utilização da Caderneta de Saúde da Criança, como correto, incorreto ou ausente.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C.Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 3.785.269

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Caracterizar o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança realizado pelos profissionais de saúde; Descrever as inconsistências no manejo da Caderneta de Saúde da Criança a partir dos indicadores e ações de saúde que compõem o conteúdo desse instrumento para a saúde infantil; Identificar como as ações de saúde da criança são registradas na Caderneta de Saúde da Criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Apesar dos benefícios da pesquisa para o conhecimento no manejo das ações da criança e para a garantia de práticas assistenciais equitativas e eficazes, os riscos podem se direcionar, contingencialmente, pela divulgação de dados da pesquisa que revelem práticas e/ou manejo das ações da criança que possam ser caracterizadas como negligentes. Os resultados da pesquisa, apesar, de não serem previstos a priori podem clarificar os vazios e omissões no manejo das ações da criança pelos profissionais da atenção primária. Por isso, a pesquisa pode ser tipificada como de risco mínimo que serão minorados pelo rigor e honestidade em não subestimar as implicações práticas ou sub-representar evidências e achados. Para tanto, será elaborado relatório completo da pesquisa, sem omissões de dados significativos e o compromisso dos pesquisadores enviares esforços para minimizar desconfortos, dentre os quais aqueles que possam revelar a identificação de qualquer profissional assim como imagens institucionais.

Benefícios:

Mobilizar estratégias para assegurar as ações de atenção à criança e o adequado registro da Caderneta de Saúde da Criança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessário ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 3.785.269

resolução 466/12 do CNS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1390131.pdf	18/12/2019 10:35:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_caderneta_da_crianca_conep.pdf	09/07/2019 16:28:59	FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE	Aceito
Outros	instrumento_coleta_projetoCSC.pdf	09/07/2019 16:22:26	FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE	Aceito
Outros	populacao_amostra_projetoCSC.pdf	09/07/2019 16:21:40	FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE	Aceito
Outros	cartaapresentacao_pesquisadores_projetoCSC.pdf	09/07/2019 16:20:48	FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE	Aceito
Outros	lista_das_unidades_projetoCSC.pdf	09/07/2019 16:19:50	FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE	Aceito
Outros	anuencia_semus_projetoCSC.pdf	09/07/2019 16:18:16	FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	solicitacao_dispenza_tcle_projeto_caderneta.pdf	09/07/2019 16:17:00	FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE SOUSA	Aceito
Orçamento	orcamento_projeto_caderneta_dacrianc a.pdf	09/07/2019 16:11:33	FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE	Aceito
Cronograma	cronograma_projeto_caderneta_da_crianc a.pdf	09/07/2019 16:10:23	FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_ass.pdf	09/07/2019 15:34:51	FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 3.785.269

SAO LUIS, 19 de Dezembro de 2019

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

ANEXO 3 – Parecer do colegiado do Curso



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

- 1. TÍTULO:** ESQUEMA VACINAL DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS: intervalo e completude das doses.
- 2 ALUNO(A):** GABRIELLE PONTES SANTOS
- 3 ORIENTADOR(A):** Profª Drª Francisca Georgina Macedo de Sousa
- 4 INTRODUÇÃO:** A introdução do projeto faz uma abordagem geral sobre o histórico das ações implantadas pelo MS ao longo dos anos e da importância das ações e políticas dessas estratégias utilizadas como roteiro no cartão da criança, mais precisamente sobre ações de vigilância ao Programa de imunização.
- 5 JUSTIFICATIVA:** Reforça a necessidade de avaliar os dados acerca da administração de imunobiológicos em crianças, principalmente no que tange ao manejo do Calendário Básico de Vacinação de crianças de zero a 5 anos de idade pelos profissionais da Atenção Primária em Saúde, especificamente no que diz respeito ao intervalo entre doses, doses das vacinas segundo idade da criança e a administração simultânea de imunobiológicos. Compreende-se que condutas inadequadas nesse manejo poderão comprometer a cobertura vacinal e expor a criança a maior risco de agravos. Bem coerente para o tema proposto.
- 6 OBJETIVOS:** Avaliar o manejo do Calendário Básico de Vacinação de crianças de zero a 5 anos de idade realizados pelos profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde segundo registros na 7ª a 11ª versão da CSC. Identificar quais vacinas foram administradas simultaneamente; Avaliar o intervalo entre doses, de vacinas multidoses, utilizado pelos profissionais segundo recomendações do Ministério da Saúde; Categorizar a situação vacinal de crianças segundo idade e o Calendário Básico de Vacinação instituído pelo Ministério da Saúde; Descrever as vacinas com maior frequência de incompletude das doses; Identificar possíveis inadequações no manejo do Calendário Básico de Vacinação de crianças atendidas na Atenção primária em Saúde de São Luís -MA. Os objetivos propostos são de grande importância ao tema.
- 7 PROCESSO METODOLÓGICO:** A metodologia utilizada está adequada a esse tipo de estudo. Esse estudo faz parte de uma pesquisa maior, intitulada "Caderneta de Saúde da Criança e o manejo profissional das ações de saúde infantil", cujo objetivo é identificar como as ações de saúde da criança são registradas na CSC
- 8 CRONOGRAMA:** dentro do tempo esperado
- 9 TERMO DE CONSENTIMENTO:** Correto para esse tipo de pesquisa, baseado na resolução nº 466/12
- 10 NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** Adequado
- 11 CONCLUSÃO DO PARECER:** Trata-se de um projeto relevante em virtude dos problemas sociais que impõe desafios no sentido de ampliar as ações de prevenção e proteção à criança nos mais diversos aspectos de atendimento, dando subsídios para a Atenção Básica nas suas implementações de atendimento. É um projeto executável sob o ponto de vista do tempo e recurso suficientes para sua consecução. Desta forma, sou de parecer favorável à sua execução.

São Luís, 11 de dezembro de 2019.

Regina Maria Oliveira Neto

Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 03 / 11 / 20.
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .

Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes

Prof.ª Dr.ª Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes
Coordenadora em Exercício do Curso de Enfermagem