

Avaliação normativa das salas de vacinas na rede pública de saúde do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009

doi: 10.5123/S1679-49742012000100017

Evaluation of vaccination rooms in the primary health care network of the Municipality of Marília, State of São Paulo, Brazil, 2008-2009

Kelly Cristina Encide de Vasconcelos

Programa de Vigilância Epidemiológica, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Marília-SP, Brasil

Suelen Alves Rocha

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista 'Júlio de Mesquita Filho', Botucatu-SP, Brasil

Jairo Aparecido Ayres

Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista 'Júlio de Mesquita Filho', Botucatu-SP, Brasil

Resumo

Objetivo: avaliar a padronização das salas de vacinas do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil. **Métodos:** estudo descritivo exploratório, realizado em 2008-2009; utilizou-se o instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação do Ministério da Saúde; como variáveis, foram estudados os aspectos gerais da sala de vacinação, procedimentos técnicos, rede de frio, sistema de informações, eventos adversos pós-vacinação, imunobiológicos especiais, vigilância epidemiológica e educação em saúde; a pontuação alcançada classificou a sala (90,0-100,0% = ideal; 76,0-89,0% = bom; 50,0-75,0% = regular; <50,0% = insuficiente); o índice geral para cada aspecto foi calculado como a média da pontuação de todas as salas. **Resultados:** procedimentos técnicos, sistema de informações, eventos adversos pós-vacinação e imunobiológicos especiais receberam o conceito ideal; rede de frio, vigilância epidemiológica e educação em saúde receberam o conceito bom; e aos aspectos gerais da sala de vacinação, atribuiu-se o conceito regular. **Conclusão:** o índice geral das salas de vacinas do município foi considerado ideal.

Palavras-chave: imunização; programas de imunização; avaliação de serviços de saúde.

Abstract

Objective: to evaluate the standardization of vaccination rooms in the Municipality of Marília, State of São Paulo, Brazil. **Methods:** descriptive and exploratory study, realized in 2008-2009; the instrument used was the Supervision in Vaccination Rooms, of the Ministry of Health; variables analyzed were general aspects of the vaccination room, technical procedures, cold chain, information system, post-vaccination adverse events, special immunobiologicals, epidemiological surveillance and health education; the score achieved classifies the room (90.0-100.0% = ideal; 76.0-89.0% = good; 50.0-75.0% = fair; <50.0% = insufficient); overall index for each point was calculated as the average score of all rooms. **Results:** technical procedures, information system, post-vaccination adverse events and special immunobiologicals were scored as ideal; cold chain, epidemiological surveillance and health education were scored as good; and to general aspects of the vaccination room, the evaluation was fair. **Conclusion:** general index for vaccination rooms in the municipality was considered ideal.

Key words: immunization; immunization programs; health care services evaluation.

Endereço para correspondência:

Av. Antartica, 1088, Jardim Vitória, Marília-SP, Brasil. CEP: 17.520130
E-mail: kelly_encide@yahoo.com.br

Introdução

Nas últimas décadas, a área da Saúde vem passando por grandes avanços. As ações de imunização, especialmente, merecem destaque mundial pelo grande impacto do uso de vacinas na prevenção das doenças imunopreveníveis, fortalecendo a promoção da saúde e a prevenção de doenças.^{1,2}

Em decorrência do sucesso da campanha mundial de erradicação da varíola em 1960, os profissionais envolvidos engajaram-se em outras atividades relacionadas ao controle de doenças imunopreveníveis pelo uso da imunização.³

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado no Brasil em 1973, tendo como meta cumprir o propósito da Organização Mundial da Saúde, de tornar os imunobiológicos acessíveis a todas as crianças – meta estabelecida na Assembléia Mundial da Saúde. A coordenação do PNI pelo Ministério da Saúde, além de normatizar, implantar, supervisionar e avaliar o programa, também propõe políticas e estratégias que viabilizam altas coberturas vacinais em todo o território nacional.^{4,5} Somente em 1975, porém, o PNI teve suas competências regulamentadas.

O PNI é prioridade nacional e efetivo como estratégia de saúde coletiva, com envolvimento das instâncias governamentais nos níveis federal, estadual e municipal. A partir do momento em que ocorre repasse de recursos financeiros, o município assume as atividades de atenção básica, incluindo o planejamento e organização de todas as ações de imunização, realizando-as pelos serviços básicos de saúde municipais.^{2,6}

O desenvolvimento do PNI é orientado por manuais técnicos, elaborados pelo Ministério da Saúde, que devem ser seguidos por todas as instâncias responsáveis pela imunização no Brasil. Fazem parte dessas normas o armazenamento, a conservação, o transporte e a administração dos imunobiológicos, bem como sua programação e avaliação.⁷

O Ministério da Saúde preconiza a supervisão das salas de vacinas de forma sistemática, para verificar as condições da área física e o cumprimento de normas que visam garantir a qualidade dos imunobiológicos desde sua fabricação, conservação adequada e aplicação. Na atividade de supervisão, cabe salientar o papel da equipe de enfermagem e a importância da informação por ela gerada na sala de vacinas, com a finalidade de planejar e implantar

estratégias capazes de manter o controle das doenças imunopreveníveis.⁸

É de fundamental importância caracterizar a organização atual dos serviços básicos de saúde, com um olhar direcionado especialmente às salas de vacinas. A literatura nacional apresenta poucos trabalhos enfocando a avaliação normativa da rede de frio.

Em que medida a organização e o funcionamento das salas de vacinas se aproxima – ou se distancia – do preconizado?

Esta pesquisa propõe-se a avaliar a padronização das salas de vacina do Município de Marília, interior paulista.

Métodos

Estudo exploratório, observacional, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no período de novembro de 2008 a julho de 2009, em um município do interior paulista que conta com 41 unidades de saúde, sendo 12 unidades básicas de saúde e 29 unidades da Estratégia Saúde da Família. Marília-SP localiza-se na região Centro-Oeste do Estado de São Paulo e, segundo informações da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo de 2010, conta com uma população de aproximadamente 216.745 habitantes –⁹ 207.021 residentes urbanos e 9.724 rurais –, distribuída por oito distritos rurais.

Para a coleta de dados, utilizou-se o instrumento de supervisão em sala de vacinação proposto pelo Ministério da Saúde, desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datusus) e pela Coordenação-Geral do Programa de Imunização (CGPNI) da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.¹⁰ O instrumento segue uma abordagem que destaca os seguintes aspectos:

1. Identificação da unidade – dados relativos à unidade de saúde que recebe a supervisão;
2. Aspectos gerais da sala de vacinação – estrutura física, adequabilidade de equipamentos e mobiliário, limpeza e conservação, e disponibilidade de impressos e materiais de consumo;
3. Procedimentos técnicos – fatores que podem intervir na qualidade da vacinação, tais como indicações, doses, via de administração e aprazamento, data de validade após abertura do frasco, preparo e técnica de aplicação, uso dos cartões da criança e do adulto, observação de situações que indiquem

- adiamento, investigação de EAPV (eventos adversos pós-vacinação), busca ativa de faltosos e acondicionamento de resíduos e lixo;
4. Rede de frio – manutenção das características imunogênicas dos produtos administrados, observando características como intervalo de temperatura adequado para conservação, existência de termômetros e monitoramento diário de temperaturas, detecção de exposição frequente dos produtos a extremos de temperatura durante o transporte e o armazenamento, organização adequada dos refrigeradores e exclusividade para estocar vacinas;
 5. Sistema de informação – preenchimento adequado dos impressos, presença dos manuais técnicos e conhecimento das taxas de cobertura e abandono;
 6. EAPV – conhecimento dos profissionais e procedimentos de investigação dos eventos adversos pós-vacinação;
 7. Imunobiológicos especiais – conhecimento dos profissionais e fluxo relacionados aos imunobiológicos especiais;
 8. Vigilância epidemiológica – conhecimento dos profissionais sobre a incidência de doenças imunopreveníveis na área de abrangência e cobertura vacinal, bem como a participação em bloqueios e realização de notificação de casos suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica; e
 9. Educação em saúde – participação dos profissionais em atividades que contribuam para o alcance da meta de cobertura vacinal.

Realizou-se uma entrevista semi-estruturada com o enfermeiro responsável pelo serviço e posteriormente observação que concentrou-se na estrutura física das salas de vacinação e no conhecimento e atuação prática do funcionário escalado na sala de vacina no momento da coleta de dados. O pesquisador permaneceu em cada unidade 20 horas, para acompanhar os procedimentos e rotinas da sala de vacina em estudo.

As informações provenientes das entrevistas e observações foram registradas em formulário padronizado, previamente testado em duas unidades de saúde do município. Após a coleta, os dados foram digitados no Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação (PAISSV), disponibilizado pelo PNI. O PAISSV é utilizado pelos coordenadores estaduais de imunizações para garantir a padronização do perfil de avaliação e a agilidade na tabulação dos resultados encontrados. A pontuação alcançada classifica

a sala avaliada: de 90,0 a 100,0%, a sala é considerada ideal; de 76,0 a 89,0%, boa; de 50,0 a 75,0%, regular; e uma sala com pontuação inferior a 50,0% insuficiente.¹¹ As respostas que recebem pontuação baixa são consideradas pelo *software* como ‘pontos críticos’. O índice geral para cada aspecto foi calculado como a média da pontuação de todas as salas. Utilizou-se do aplicativo Microsoft Excel 2007 para sistematização dos dados, e confecção das figuras.

A coleta de dados foi realizada após a obtenção de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (Ofício nº 420/08) e a autorização dos participantes deste estudo.

Resultados

O estudo constatou que, das 41 salas de vacinas avaliadas, apenas 4 estão localizadas na zona rural, as demais 37 se encontram no perímetro urbano. Em todas as salas, administravam-se todas as vacinas previstas no calendário básico de vacinação. Um ponto crítico encontrado: uma sala de vacina funcionando menos de seis horas/dia.

Aproximadamente dois terços das salas de vacinação alcançaram índice regular no item ‘Aspectos gerais da sala de vacinação’. A Tabela 1 mostra vários pontos críticos, destacando-se: a maioria das salas (34/41) não era exclusiva para vacinação; nenhuma sala mantinha temperatura ambiente de 18 a 20°C; a maioria (29/41) não dispunha de proteção adequada contra luz solar direta; 23 possuíam objetos de decoração; e 22 não apresentavam condições ideais de limpeza e conservação. Embora não sejam considerados pontos críticos, mostrou-se evidente a inadequação dos seguintes subitens considerados para a avaliação: ‘piso antiderrapante, impermeável e de fácil limpeza’; ‘pia com torneira e bancada de fácil higienização’; e ‘mesa clínica ou cadeira para aplicação de vacina’.

O item ‘Procedimentos técnicos’ (Tabela 2) foi classificado como ideal (90,2%), embora mereçam destaque alguns subitens, que não atendiam o recomendado pelo PNI: 36 enfermeiros responsáveis pelas equipes responderam que a busca ativa de suscetíveis não era realizada nas unidades; 28 salas de vacinas apresentavam estoque excessivo de vacinas; 12 não observam situações que indiquem o adiamento temporário da vacinação; 11 não faziam investigação das ocorrências de eventos adversos para doses anteriores; e 10 salas

Tabela 1 - Caracterização das salas de vacinas em relação a procedimentos técnicos na rede pública de saúde do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil, 2009

Aspectos gerais da Sala de Vacinação	SIM (n=41)
Sala exclusiva para atividade de vacinação ^a	7
Sala de fácil acesso a população	41
Sala devidamente identificada ^a	30
A sala tem no mínimo 6m ²	36
A parede é de cor clara, impermeável e de fácil higienização ^a	40
Piso resistente e antiderrapante	41
Piso impermeável e de fácil higienização	41
A sala dispõe de pia com torneira e bancada de fácil higienização	41
A sala dispõe de proteção adequada contra a luz solar direta ^a	12
A sala dispõe de iluminação e arejamento adequado ^a	24
A sala de vacinação está em condições ideais de conservação ^a	23
A sala de vacinação está em condições ideais de limpeza ^a	19
A limpeza geral (paredes, teto, etc.) é feita no máximo a cada quinze dias ^a	19
A temperatura ambiente da sala é mantida em 18°C a 20°C	—
Tem objetos de decoração (papéis, vasos, etc.) ^a	18
O mobiliário da sala de vacinação apresenta boa distribuição funcional ^a	37
Apresenta organização dos impressos e materiais de expediente ^a	39
As seringas e agulhas de uso diário estão acondicionadas adequadamente (em recipientes limpos e tampados) ^a	20
As seringas e agulhas de estoque estão acondicionadas em embalagens fechadas e em local sem umidade ^a	39
Tem mesa de exame clínico/similar e/ou cadeira para aplicação de vacina	41
Possui colchonete ou similar revestido de material impermeável e protegido com material descartável ^a	32

a) Considerado ponto crítico, pelo Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação (PAISSV).

não dispunham de recipientes para descarte de lixo comum e lixo contaminado, distinguidos pela cor.

Na Tabela 3 observa-se, detalhadamente, a 'Rede de frio'. O item recebeu o conceito bom (88,97%). No entanto, vários subitens foram considerados críticos, com destaque para: 34 salas de vacinas que não apresentavam o alerta de NÃO DESLIGAR o disjuntor na caixa de distribuição elétrica; 33 não dispunham de refrigeradores com capacidade igual ou maior que 280 litros; e 31 refrigeradores recebiam a incidência direta de luz solar, 29 não mantinham uma distância de 15cm da parede e 17 não se apresentavam em estado ideal de limpeza.

O item 'Sistema de informação' foi classificado como ideal, não obstante fossem elencados alguns pontos críticos: a totalidade dos entrevistados respondeu que desconhece a taxa de cobertura e abandono da área de abrangência; em 39 salas, não foi encontrado o manual de capacitação de pessoal em sala de vacinação; e em 17, o manual de rede de frio não foi localizado (Tabela 4).

No item "eventos adversos pós-vacinação" todos os profissionais entrevistados tinham conhecimento sobre a identificação, notificação e investigação dos EAPV. No

entanto, quatro profissionais não tinham experiência prática com EAVP.

Em relação aos imunobiológicos especiais, 40 enfermeiros entrevistados responderam conhecer a disponibilidade dos imunobiológicos disponíveis no Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), suas indicações e o fluxo de solicitação. Porém, cinco disseram desconhecer o CRIE.

No item 'Vigilância epidemiológica', classificado como bom, 21 entrevistados negaram o conhecimento da ocorrência ou não de casos de doenças imunopreveníveis na área de abrangência e 32 desconhecerem a incidência das doenças imunopreveníveis versus cobertura vacinal.

O item 'Educação em saúde' foi classificado como bom. Identificou-se, entretanto: em 31 unidades de saúde, os profissionais não participam de eventos promovidos pela comunidade; 8 não interagem com segmentos sociais; e 7 não participam dos espaços formais de educação em saúde existentes nas unidades.

Agrupou-se os índices alcançados por cada variável na Figura 1, apontando o índice geral das salas de vacinas do município.

Tabela 2 - Caracterização das salas de vacinas em relação a procedimentos técnicos na rede pública do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil, 2009

Procedimentos técnicos	SIM (n=41)
Verifica idade e intervalo entre as doses ^a	40
Investiga ocorrência de eventos adversos à dose anterior ^a	30
Observa situações em que o adiamento temporário da vacinação está indicado e ou contra-indicações ^a	29
Orienta vacina a ser administrada ^a	39
Orienta o registro do aprazamento ^a	40
Observa o prazo de validade da vacina ^a	40
O preparo da vacina está correto ^a	40
Registra data e hora de abertura do frasco	41
Observa o prazo de validade após a abertura do frasco	40
A técnica de administração da vacina está correta	41
Faz o acondicionamento de materiais perfuro cortantes conforme as normas de biossegurança	41
Faz o tratamento das vacinas com microorganismos vivos antes do descarte	41
Faz busca ativa de suscetíveis com a clientela que frequenta o EAS ^a	5
Faz uso do cartão controle para criança	41
Faz uso do cartão controle para adulto	41
Os cartões controle são organizados por data de retorno ^a	32
Realiza busca ativa de faltosos ^a	37
O quantitativo de vacinas é suficiente para atender a demanda ^a	39
Há estoque excessivo de vacinas na EAS ^a	13
O quantitativo de seringas e agulhas é suficiente para atender a demanda ^a	32
Observa o prazo de validade das seringas e agulhas ^a	19
Acondiciona separadamente os vários tipos de lixo ^a	31
Destino final do lixo é adequado ^a	31

a) Considerado ponto crítico, pelo Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação (PAISSV).

Discussão

No Brasil, o bom desempenho alcançado pelo PNI é resultado de um conjunto de políticas públicas sustentadas por três pilares: a) equidade no acesso, b) segurança das vacinas utilizadas e c) elevadas coberturas.¹²

As vacinas do calendário básico preconizado pelo PNI estão disponíveis em todas as unidades, garantindo a oferta da vacinação para toda a população. O acesso equitativo está assegurado pela presença na zona rural de quantidade suficiente de salas de vacinas. Apenas uma sala funciona por tempo inferior ao recomendado, além de não ser usada exclusivamente para essa finalidade. São problemas logísticos que acarretam a denominada 'oportunidade perdida de vacinação' (OPV).

Uma oportunidade de vacinação é perdida quando um indivíduo candidato à imunização, não portador de contra-indicações, visita determinado serviço de saúde e não recebe a totalidade das vacinas de que necessita.¹³ Quatro são as categorias de causa de OPV: falsas contra-indicações para imunização; atitude do

profissional de saúde; problemas logísticos dos serviços; e atitudes da população.¹⁴ Pesquisa realizada em 2006, na região norte do Município de São Paulo-SP, encontrou que 50,5% das OPV resultavam de falsas contra-indicações, e 42,2%, de problemas logísticos.¹³ Embora este estudo não tivesse por objetivo quantificar as OPV, estes autores identificaram sua ocorrência. Sua eliminação é necessária, potencializando a elevação das coberturas vacinais e a promoção da homogeneidade, ou seja, a manutenção dos percentuais de cobertura nas diferentes localidades.

Deve-se considerar, ainda, a segurança das vacinas como um importante aspecto da manutenção das coberturas vacinais. Nesta pesquisa, a segurança vacinal pode ser analisada em quase todos os itens estudados: procedimentos de controle de qualidade e cumprimento das especificações; avaliação das tecnologias aplicadas em imunização (qualidade da vacina, estocagem, manejo, administração e descarte de vasilhames e agulhas); e identificação e manejo dos riscos relacionados à vacinação, desenvolvendo mecanismos

Tabela 3 - Caracterização das salas de vacinas em relação à rede de frio na rede pública de saúde do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil, 2009

Rede de frio	SIM (n=41)
Tomada elétrica de uso exclusivo para cada equipamento ^a	40
Refrigerador de uso exclusivo para imunobiológicos ^a	40
A capacidade do refrigerador é maior ou igual 280 L ^a	8
O refrigerador em bom estado de conservação ^a	34
Estado ideal de funcionamento ^a	38
Estado ideal de limpeza ^a	24
Refrigerador distante de fonte de calor ^a	40
Refrigerador distante de incidência de luz direta ^a	10
O refrigerador esta distante 15 cm da parede ^a	12
Termômetro de Máxima e Mínima e/ou cabo extensor no refrigerador	41
Imunobiológicos organizados por tipo, lote e validade ^a	35
Mantida distância entre os imunobiológicos e as paredes da geladeira a fim de permitir a circulação do ar ^a	36
Leitura e o registro corretos das temperaturas no início e no fim da jornada de trabalho ^a	37
Mapa de Controle Diário de Temperatura está afixado em local visível ^a	38
O degelo e a limpeza do refrigerador são realizados a cada 15 dias ou quando a camada de gelo atingir 0,5 cm ^a	25
Descrição correta dos procedimentos para degelo e limpeza do refrigerador ^a	26
Existência de um programa de manutenção preventiva e/ou corretiva para o refrigerador da sala de vacina	41
Número suficiente de isopor para atender as atividades de rotina	41
Número suficiente de bobinas de gelo reciclável para atender as atividades de rotina	41
Número suficiente de termômetro para atender as atividades de rotina	41
Número suficiente de fita crepe para atender as atividades de rotina ^a	30
Na organização da caixa térmica é feita a ambientação das bobinas de gelo reciclável ^a	40
Faz o monitoramento da temperatura da(s) caixa(s) térmica(s) ou do equipamento de uso diário	41
As vacinas sob suspeita são mantidas em temperatura de +2°C a +8°C, até o pronunciamento da instância superior	41
Há indicação na caixa de distribuição elétrica para não desligar o disjuntor da sala de vacinação ^a	7

a) Considerado ponto crítico, pelo Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação (PAISSV).

de monitoramento e de resposta à população quanto a EAPV que provoquem dúvidas sobre a segurança de programas nacionais de imunização.¹⁵

Dessa forma, os itens 'Aspectos gerais da sala de vacinação' e 'Rede de frio', devido à infração de algumas normas e à inadequação de alguns equipamentos, influem na segurança do programa de imunização de Marília-SP. As falhas na conservação de vacinas em instância local têm sido mais frequentes do que se espera, não só para países em desenvolvimento como também para os desenvolvidos. Pesquisas no Brasil descrevem falhas no cumprimento das recomendações de conservação, supervisão permanente e adequação de recursos humanos e equipamentos. A literatura apresenta avaliações de amostras de vacinas coletadas nas unidades de saúde com a potência comprometida.¹⁶

Expostas a variações de temperatura, as vacinas, podem perder a potencia. Algumas, inclusive, alteram seu aspecto devido a mudança de suas características

físico-químicas. Avaliação da rede de frio de um distrito de Recife-PE observou incidência solar em 39,1% das salas de vacinação e a indicação de NÃO DESLIGAR em 8,2% dos disjuntores, sendo que na variável 'Controle de rede de frio', apenas 4,3% das salas visitadas estavam adequadas aos requisitos da pesquisa.¹⁷ Comparativamente, Marília-SP apresentou maior incidência solar nas salas de vacinas, porém maior indicação de NÃO DESLIGAR, alcançando, afinal, o conceito bom para rede de frio: a infraestrutura inadequada, de fácil resolução, sugere, de forma indireta, dificuldades de gestão relacionadas à não observância dos procedimentos operacionais padrão, além de falta de supervisão.

Outros aspectos da segurança encontram-se nos itens 'Procedimentos técnicos' e 'EAPV', os quais também apresentaram alguns pontos críticos, como: falhas no gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde (RSSS); não investigação de EAPV; e estoque excessivo de vacinas.

Tabela 4 - Caracterização das salas de vacinas em relação a sistema de informação na rede pública de saúde do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil, 2009

Rede de frio	SIM (n=41)
Tem cartão da criança ^a	40
Cartão da criança preenchido adequadamente	40
Tem cartão do adulto ^a	40
Cartão do adulto preenchido adequadamente	40
Tem cartão controle ^a	40
Cartão controle preenchido corretamente	40
Há mapa diário de controle de temperatura ^a	39
Mapa preenchido corretamente ^a	39
Há ficha de investigação de evento adverso ^a	38
Ficha de investigação de evento adverso preenchida corretamente ^a	38
Há formulário para avaliação de vacinas sob suspeita ^a	37
Formulário preenchido adequadamente ^a	37
Há planilha de controle de pedidos de vacinas mensal ^a	37
Controle preenchido adequadamente ^a	37
Tem o manual de Normas Técnicas ^a	39
Tem o manual de Procedimentos para Administração de Vacinas ^a	39
Tem o manual de Rede de Frio ^a	24
Tem o manual de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos ^a	38
Tem o manual de Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais ^a	37
Tem o manual de Capacitação de Pessoal em Sala de Vacinação	2
Tem conhecimento da cobertura vacinal ^a	–
Tem conhecimento da taxa de abandono ^a	–

a) Considerado ponto crítico, pelo Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação (PAISSV).

Ítems	90,0-100,0% Ideal	76,0-89,0% Bom	50,0-75,0% Regular	<50,0% Insuficiente
Aspectos gerais da Sala de Vacinação			72,7	
Procedimentos técnicos	90,2			
Rede de frio		89,0		
Sistema de informação	91,4			
Eventos adversos pós-vacinação	100,0			
Imunobiológicos especiais	100,0			
Vigilância epidemiológica		81,3		
Educação em saúde		85,0		
Índice geral	50,0	37,5	12,5	–

Figura 1 - Classificação das salas de vacinas das unidades básicas de saúde e unidades da Estratégia Saúde da Família segundo itens que compõem o processo de vacinação na rede pública de saúde do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil, 2009

Os RSSS resultantes de ações de vacinação com microorganismos vivos ou atenuados – incluindo frascos de vacinas vencidos, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas – devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.¹⁸ É mister lembrar que nos locais com coleta de lixo hospitalar sistemática, não é necessário o tratamento dos frascos de imunobiológicos inutilizados.¹⁹

Em 2007, pesquisa realizada em Juazeiro do Norte-CE, nas unidades de Saúde da Família, constatou que os imunobiológicos compostos por microorganismos vivos e atenuados eram inativados (por processo de exposição ao calor em autoclave ou estufa) em apenas 38,3% das unidades, antes de serem descartados. A maioria das unidades descartava os frascos contendo as referidas vacinas – que perderam a validade – no

recipiente destinado a perfurocortantes ou em sacos de resíduos comuns, sem processo de inativação. Nenhuma unidade acondicionava adequadamente os resíduos potencialmente infectantes, dada a ausência de embalagens adequadas para esse fim.²⁰ São resultados que divergem dos apresentados por este estudo, em que a maioria das unidades avaliadas realiza descarte adequado; alguns, porém, não dispunham de recipientes para descarte de lixo comum e contaminado distintos e identificados pela cor. Cabe ressaltar que, nos locais sem segregação adequada dos resíduos, todos passam a ser considerados como potencialmente infectantes, necessitando de tratamento especial antes da destinação final.

Em relação aos EAVP, é sabido que sua incidência varia conforme as características do produto, do indivíduo a ser vacinado e do modo de administração. Algumas manifestações são esperadas após o emprego de determinadas vacinas. Normalmente, essas reações são benignas e têm evolução autolimitada. Entretanto, podem ocorrer formas mais graves, com comprometimento temporário ou permanente, de função local, neurológica ou sistêmica, capaz de motivar sequelas e até mesmo levar a óbito.²¹ Justifica-se, assim, a necessidade de investigação de EAPV e a indicação do adiamento temporário da vacinação.

Pesquisa de avaliação do Sistema Brasileiro de Notificação de EAPV (SI-EAPV), realizada em 2011, aponta grau apreciável de oportunidade na notificação. Contudo identificou-se, para aproximadamente 50,0% das notificações, demora de 60 dias ou mais para o registro da notificação no SI-EAPV, forma pela qual a notificação atinge o nível central do sistema. Percebeu-se, ainda, que o fato de os profissionais de saúde mostrarem-se mais atentos à ocorrência do EAPV não tem implicado negativamente na adesão da população à imunização.¹² São dados que corroboram os deste estudo, em que a totalidade dos EAPV é notificada, embora a alimentação do SI-EAPV seja realizada de forma indireta: os profissionais preenchem a ficha de notificação nas unidades de saúde, que encaminha os dados à Secretaria Municipal de Saúde para alimentar o sistema, justificando-se, dessa forma, a demora entre a ocorrência e a notificação no nível central.

Concernente ao estoque excessivo, a manutenção da temperatura ideal para o acondicionamento pode ser prejudicada e o sistema de reposição comprometido, acarretando a perda por vencimento e onerando o sistema público. Mensalmente, a unidade de saúde envia

impresso confeccionado pela Secretaria Municipal de Saúde, contendo dados relativos ao estoque atual e a necessidade de reposição de acordo com a estimativa de utilização. O profissional responsável deveria realizar o controle de estoque dos imunobiológicos e insumos (seringas, agulhas), bem como conhecer os princípios das boas práticas de aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação dos imunobiológicos.²² O estoque de imunobiológicos na unidade de saúde local não deve ser superior à estimativa de consumo para dois meses, para redução dos riscos de exposição de vacinas e soros a situações passíveis de comprometimento da qualidade dos produtos.¹⁹

Ainda no quesito segurança, no item “imunobiológicos especiais” há uma aparente contradição nos dados, alguns profissionais relatam conhecerem a disponibilidade, indicações e fluxo dos imunobiológicos especiais, porém afirmam não conhecer o CRIE. Fato justificado pela inexistência de CRIE no município, assim a SMS encaminha o impresso de solicitação de imunobiológico especial ao Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) estadual.

Uma limitação do estudo que merece ser destacada é o fato de que as informações sobre conhecimento dos profissionais foram obtidas apenas para o funcionário escalado na sala de vacina no momento da coleta de dados. Assim, para salas de vacina nas quais atuam mais profissionais, não foi obtidas as informações sobre conhecimento dos demais, que não foram entrevistados.

Considerando o último pilar de sustentação do PNI, a elevada cobertura vacinal, pode-se agregar os itens ‘Sistema de informação’, ‘Vigilância epidemiológica’ e ‘Educação em saúde’ em sua avaliação, para a qual foram apontados os seguintes pontos críticos: desconhecimento das taxas de cobertura e abandono; desconhecimento da ocorrência de doenças imunopreveníveis; ausência do manual de rede de frio e de capacitação de profissional; não participação em eventos comunitários; pouca interação com segmentos sociais, e em espaços formais de educação em saúde no serviço.

O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações foi implantado no período de 1994 a 1997, em todas as coordenações estaduais. Em 2003, o SI-PNI foi descentralizado para as regionais e municípios, objetivando a avaliação regional.²³ O sistema consolida os dados nacionais de imunizações e tem a capacidade de fornecer relatórios para análise e tomada de decisão.

Os instrumentos básicos para alimentar o sistema de informação são aqueles disponíveis em todas as salas de vacinas: boletins diários e mensais de doses aplicadas de vacinas; movimentação de imunobiológicos; e fichas de notificação de eventos adversos. A alimentação indireta do sistema justificaria, em parte, o distanciamento dos profissionais das informações com potencial para servir de base à formulação de estratégias de vigilância epidemiológica. É importante ressaltar que a Secretaria Municipal de Saúde de Marília-SP envia relatórios periódicos às unidades básicas de saúde do município, com os dados necessários para um planejamento no setor. Por exemplo, o cálculo da cobertura vacinal de determinados grupos populacionais, susceptíveis a certas doenças, permite eleger prioridades, gerenciar recursos e estruturar programações especiais para a interrupção de cadeias epidemiológicas.

Sabe-se que a segurança e a eficácia dos imunobiológicos não são suficientes para a garantia de sucesso dos programas de imunização, se os profissionais não os operacionalizarem de acordo com as recomendações específicas (conservação, manipulação, administração, acompanhamento pós-vacinal, entre outras) ou a população não aderir à vacinação. Visando à minimização de complicações, no sentido de possibilitar a educação em saúde da população, o PNI recomenda a disponibilidade para consulta em sala de vacina dos informes técnicos operacionais, manuais e resoluções, buscando assegurar a realização adequada de procedimentos e informações.²⁴

Os espaços informais de educação e o potencial de projetos intersetoriais foram pouco valorizados pelos profissionais de saúde de Marília-SP, achado semelhante ao de estudo de 2003, realizado em Olinda-PE, onde se observou, entre as equipes avaliadas, pouca representatividade na educação em saúde e no entrosamento com entidades de apoio social.

Considerando-se que uma das barreiras a impedir o incremento dos níveis de vacinação encontra-se nos conhecimentos e crenças dos usuários, faz-se necessário que as equipes de saúde elaborem estratégias de ação que despertem o interesse populacional e mantenham as coberturas ideais de vacinação.²⁵

Diante dessas considerações, importa frisar: a avaliação em serviço de saúde deve ser utilizada, principalmente, como processo de busca de elementos que permitam configurar a situação epidemiológica de determinada comunidade, visando ao direcionamento de ações que contribuam para a melhora da saúde individual e coletiva, seu impacto social e econômico.²⁶

Os resultados apresentados mostram um cenário satisfatório, metade das variáveis estudadas foi compreendida no conceito ideal. Apenas o item 'Aspectos gerais da sala de vacinação' foi classificado como regular. Os pontos críticos elencados são de fácil solução.

Depreende-se a importância do papel do enfermeiro como supervisor técnico nas salas de vacina e sua contribuição na organização do serviço, educação permanente do pessoal de enfermagem, vigilância epidemiológica, entre outros.

É preciso implantar, de forma sistemática, a atividade de supervisão, monitoramento e avaliação nas salas de vacinas, uma vez que são poucos os estudos nacionais com essa abordagem. O presente estudo realizou apenas a avaliação normativa, carecendo de avaliações de processos e resultados dos serviços prestados nas salas de vacinação.

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram igualmente para a construção do artigo.

Referências

1. Feijó RB, Sáfydi MAP. Imunizações: três séculos de uma história de sucessos e constantes desafios. *Jornal de Pediatria*. 2006;82(3):1-3.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações-30 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
3. Temporão JG. O Programa Nacional de Imunização: origens e desenvolvimento. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2003; 10 Supl 2:S601-617.
4. Pedrazzani ES, Cordeiro AMA, Furquim EC, Souza FF. Implantação de um banco de dados em vacinação: experiência desenvolvida em um projeto de integração. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 2002;10(6):831-836.
5. Araújo ACM, Silva MRE, Frias PG. Avaliação da rede de frio do programa municipal de imunização do distrito sanitário IV do Município de Recife. *Revista de APS*. 2009;12(3):238-242.

6. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de procedimentos para vacinação. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
7. Rosa IM, Morishita A, Pedrinho LR, Takada GA, Marcon SS, Ferrer ALM. Percepção de auxiliares de enfermagem sobre sua atuação na sala de vacina. Arquivo da Apadec. 2004;8:1038-1043.
8. Gralha RS. Análise da supervisão realizada nas salas de vacinas da rede básica de saúde de Porto Alegre em 2005. Boletim Epidemiológico. 2007; 9(35):1-8.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011 [acessado em ago. 2011]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home>
10. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Apresentação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acessado em 5 maio 2009]. Disponível em <http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp>.
11. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização. Programa de avaliação do instrumento de supervisão salas de vacina: manual do usuário. Brasília; Ministério da Saúde; 2003.
12. Monteiro SAMG, Takano OA, Waldman EA. Avaliação do sistema brasileiro de vigilância de eventos adversos pós-vacinação. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2011;14(3):361-371.
13. Paulo EF. Oportunidades perdidas de vacinação em crianças menores de dois anos de idade, ocorridas nas salas de vacinação, das unidades de saúde da região norte do município de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SP): São Paulo; 2010.
14. França ISX, Simplício DN, Alves FP, Brito VRS. Cobertura vacinal e mortalidade infantil em Campina Grande, PB, Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem. 2009;62(2):258-264.
15. Waldman EA, Luhm KR, Monteiro SAMG, Freitas FRM. Vigilância em eventos adversos pós-vacinação e segurança de programas de imunização. Revista de Saúde Pública. 2011;45(1):173-184.
16. Aranda CMSS, Moraes JC. Rede de frio para conservação de vacinas em unidades públicas do Município de São Paulo: conhecimento e prática. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2006; 9(2):172-185.
17. Araújo ACM, Silva MRF, Frias PG. Avaliação da rede de frio do programa municipal de imunização do distrito sanitário IV do Município do Recife. Revista APS. 2009;12(3): 238-242.
18. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004 [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2004 [acessado em 2012 jan. 11]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html
19. Tregnaghi MW. Manual de vacinas da América Latina. Genebra: WHO; 2005.
20. Almeida VCF, Pinto SL, Nascimento AJR, Feitosa CR, Alencar PLP. Gerenciamento dos resíduos sólidos em unidades de saúde da família. Revista da rede de enfermagem do Nordeste. 2009;10(2):103-112.
21. Teixeira MAS, Rocha CMV. Vigilância das coberturas de vacinação: uma metodologia para detecção e intervenção em situações de risco. Epidemiologia e Serviço de Saúde. 2010;19(3):217-226.
22. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Capacitação de pessoal em sala de vacinação: manual do treinando. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
23. Nóbrega AA, Teixeira AMS, Lanzieri TM. Avaliação do Sistema de Informação do Programa de Imunizações. Cadernos Saúde Coletiva. 2010;18(1):145-153.
24. Luna GLM, Vieira LJES, Souza PF, Lira SVG, Moreira DP, Preira AS. Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(2):513-521.
25. Santos DM, Dubeux LS, Frias PG, Vanderlei LCM, Vidal SA. Avaliação normativa da ação programática imunização nas equipes de saúde da família do Município de Olinda, estado de Pernambuco, Brasil em 2003. Epidemiologia de Serviço e Saúde. 2006;15(3):29-35.
26. Corcho DB. Necesidades de aprendizaje sobre epidemiología en profesionales de la atención primaria de salud. Revista panamericana de infectología. 2006;8(3):18-23.

Recebido em 17/01/2011
Aprovado em 13/03/2012