

Acesso à sala de vacinas nos serviços de atenção primária à saúde*

Ariana Vitalina Ferreira¹, Clara Fonseca Oliveira², Eliete Albano de Azevedo Guimarães³, Ricardo Bezerra Cavalcante⁴, Juliano Teixeira Moraes⁵, Valeria Conceição de Oliveira⁶

* Este artigo é resultado da Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu, pesquisa financiada Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG 002/2014/Prope).

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: arianaeju@hotmail.com.

² Discente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu, Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: clarinha_fo@yahoo.com.br.

³ Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunto da Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: elietalbano@ufsj.edu.br.

⁴ Enfermeiro, Doutor em Ciência da Informação. Professor Adjunto da Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: ricardocavalcante@ufsj.edu.br.

⁵ Enfermeiro. Doutorado em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto. Professor Adjunto da Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: julianotmoraes@hotmail.com.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunto da da Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: valeriaoliveira@ufsj.edu.br.

Recebido: 21/07/2016.

Aceito: 31/03/2017.

Publicado: 25/08/2017.

Como citar esse artigo:

Ferreira AV, Oliveira CF, Guimarães EAA, Cavalcante RB, Moraes JT, Oliveira VC. Acesso à sala de vacinas nos serviços de atenção primária à saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2017 [acesso em: __/__/__];19:a31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.42468>.

RESUMO

Objetivou-se analisar o acesso às salas de vacinas nas Estratégias Saúde da Família de um município de Minas Gerais/Brasil. Trata-se de um estudo de caso único, qualitativo, realizado no ano de 2015. As salas de vacinas foram as unidades de análise do estudo. Realizadas entrevistas semiestruturadas com 49 usuários e 30 profissionais de saúde e observação da rotina de atendimento em sala de vacina. Procedeu-se a técnica de análise de conteúdo temática, com as categorias pré-estabelecidas. Os dados demonstraram que o acesso às salas de vacina na atenção primária à saúde apresenta entraves, implicando na exclusão de usuários ao serviço de imunização, por isso a importância de conhecer as dificuldades do acesso ao serviço, a fim de reorganizá-lo de forma a abranger a vacinação a todo público-alvo do Programa Nacional de Imunização.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Vacinas; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária.

INTRODUÇÃO

A imunização é uma ação comprovada para controlar e eliminar as doenças infecciosas e estima-se que mais de 30 doses de vacina são administradas globalmente a cada segundo e nenhuma outra intervenção de saúde atinge tantas pessoas, ou é capaz de impedir uma gama tão variada de problemas de saúde pública⁽¹⁾.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil é considerado como um dos programas mais completos dentre as nações em desenvolvimento, com a distribuição de mais de 300 milhões de doses anuais entre os 44 imunobiológicos, nas 35.000 salas de

vacinação, aproximadamente, espalhadas em todo território com o objetivo de ofertar de forma universal vacinas a todos os grupos etários⁽²⁾. Apesar dos esforços empregados pelo PNI e as estratégias de vacinação adotadas para eliminar diversas doenças e controlar outras, existe a necessidade de identificar fatores que influenciam as coberturas vacinais⁽³⁾, que apresentam-se heterogêneas, principalmente com disparidade dessas coberturas nos municípios, o que pode comprometer o controle, eliminação ou erradicação das doenças imunopreveníveis⁽³⁻⁵⁾.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) por ter a delimitação da área de abrangência, o número previsto de famílias sob sua responsabilidade, o diagnóstico da situação de saúde e ações definidas, diferenciam do atendimento das unidades de saúde tradicionais, devendo portanto, facilitar o acesso universal aos serviços de saúde, um dos princípios preconizados pelo SUS⁽⁶⁾. Dada a relevância e o impacto indiscutível que a imunização exerce na saúde das populações, é fundamental a condução de estudos que visam o conhecimento e elucidação dos fatores que facilitam ou dificultam o acesso às salas de vacinas nas unidades de saúde do SUS.

O termo acesso é utilizado como utilização do serviço e implica em identificar barreiras, sob quaisquer aspectos, que possam impedir o indivíduo de obter um direito ou um serviço que lhe é garantido formalmente⁽⁷⁾. Pode ser resultado da combinação de diversos fatores, de dimensões distintas, que se interrelacionam, definidas como de ordem geográfica e sócio-organizacional⁽⁸⁾, socioeconômico e cultural⁽⁹⁾. Na literatura consultada não encontramos estudos sobre acesso à sala de vacina em nosso meio. Questiona-se, assim: como a organização da Estratégia Saúde da Família tem influenciado o acesso à sala de vacinas?

O objetivo deste trabalho, portanto, foi analisar o acesso às salas de vacinas nas Estratégias Saúde da Família de um município da região ampliada de saúde Oeste de Minas Gerais.

MÉTODO

Caracterização do caso

Foi realizado estudo de caso único em um município de pequeno porte do Estado de Minas Gerais, com cobertura de 100% de ESF. Trata-se de um município reconhecido nacionalmente como o segundo polo moveleiro do Brasil⁽¹⁰⁾.

A partir de 1999 o município ampliou a rede de serviços à saúde, tendo, como meta, a reorganização da atenção primária com a ESF, e hoje existem nove unidades de estratégias de saúde da família - ESF com diversidade de território por se tratar de equipes urbanas e duas rurais. Possuem diferenças na produção social da saúde, pois as equipes rurais são itinerantes, apresentando situações dificultadoras, como a distância percorrida pelos profissionais e os obstáculos das estradas não pavimentadas.

Elaboração do modelo teórico

A coleta de dados foi precedida pela elaboração de um modelo teórico (Figura 1), incorporando as

dimensões e critérios relacionados à acessibilidade em sala de vacinas, alicerçada no referencial teórico de Donabedian⁽⁸⁾ e Fekete⁽⁹⁾ nas seguintes dimensões do acesso: organizacional, geográfico, sociocultural e econômico.

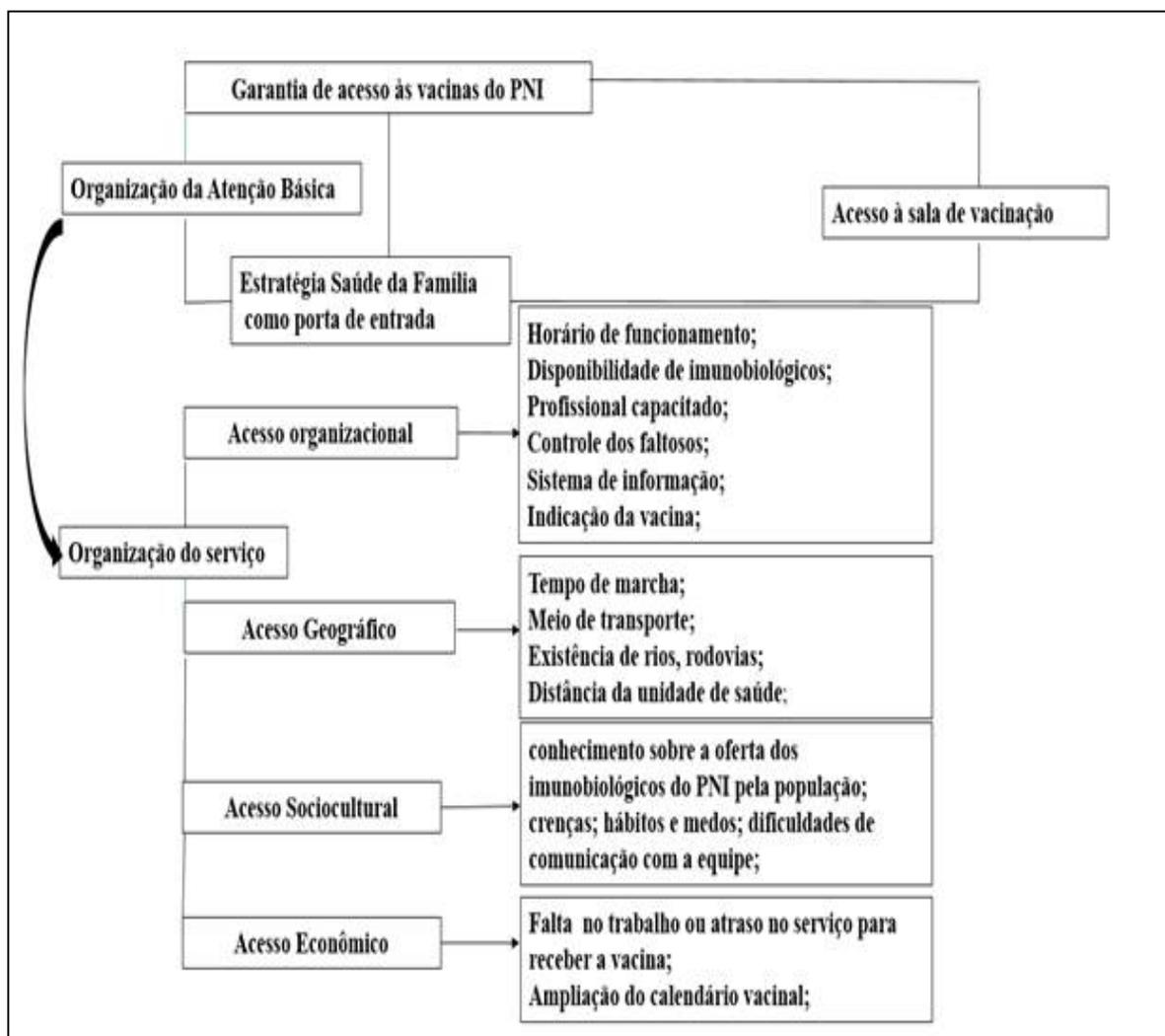


Figura 1: Modelo teórico para a análise do acesso às salas de vacina na Atenção Primária à Saúde.

Para cada uma das dimensões da acessibilidade descritas no modelo, foram definidos os aspectos relacionados à sala de vacinas levando-se em consideração a interação e a influência desses no acesso à sala de vacinação.

Na dimensão organizacional, foram definidos os itens: horário de funcionamento; disponibilidade dos imunobiológicos; profissional capacitado; controle dos faltosos; sistema de informação e indicação da vacina. Já na dimensão geográfica do acesso foi estabelecido: o tempo de marcha; o meio de transporte; a existência de rios, rodovias e a distância da unidade de saúde. O acesso sociocultural foi caracterizado pelo conhecimento sobre a oferta dos imunobiológicos do PNI pela população; crenças, hábitos, medos e dificuldades de comunicação com a equipe. E a dimensão econômica do acesso definiu a falta ou atraso no trabalho para receber a vacina e a ampliação do calendário vacinal.

Neste estudo, para a análise do acesso às salas de vacina da atenção primária, os termos acesso e

acessibilidade foram utilizados como sinônimos.

Coleta e análise dos dados

Os participantes desta pesquisa foram trabalhadores das equipes da ESF entre médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde e a coordenadora da atenção primária, em um total de 31 profissionais entrevistados, identificados com a letra (P) seguidos da numeração das entrevistas. Como critério de inclusão, estabeleceu-se a atuação de, no mínimo, seis meses de serviço na APS para que o profissional conhecesse a realidade de sua unidade. Dos 53 entrevistados possíveis, 23 profissionais estavam em férias, licença saúde, afastamentos ou o tempo de serviço na ESF era menor do que seis meses. Então, restaram 30 possíveis participantes, que após aceitarem participar voluntariamente da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram todos entrevistados.

Além dos profissionais, participaram da pesquisa 49 usuários referentes ao público-alvo de vacinação: mãe de criança, adolescente, gestante, adulto/trabalhador, idoso e acamados com capacidade cognitiva preservada, identificados com a letra (U) seguidos na numeração da entrevista. Foram realizadas entrevistas com usuários que aguardavam atendimento de saúde na unidade, procurou-se alcançar todo o público-alvo, realizando visitas domiciliares para os grupos não encontrados na unidade. A indicação das visitas domiciliares foi feita pela equipe de saúde juntamente com a pesquisadora.

Tendo como critério para o encerramento das entrevistas no mínimo um usuário para cada grupo do público-alvo do PNI em cada sala de vacina e todos os profissionais de saúde que se enquadravam no critério de inclusão.

A pesquisa de campo, foi realizada no período de dois de março a 13 de maio de 2015, teve por base um levantamento de dados primários por meio de observação direta de natureza descritiva, realizada em todas as ESF. O registro dessas observações foi feito em um diário de campo elaborado após cada período, identificada como “notas de observação” (NO).

Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo temática descrita por Bardin⁽¹¹⁾, sendo as categorias pré-definidas nas quatro dimensões do acesso: geográfico, organizacional, sociocultural e econômico. Esta forma de categorização chamada de “caixas” é aplicável no caso de a organização do material decorrer diretamente dos fundamentos teóricos hipotéticos⁽¹¹⁾. Na etapa da exploração do material, utilizou-se o software Atlas.ti versão 7.5.6 para auxiliar no processo de codificação e recorte das unidades de registro e contexto.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João Del-Rei/Campus Centro Oeste, sob o parecer nº 910.125. CAAE: 37653214.7.0000.5545.

RESULTADOS

A dimensão organizacional do acesso

O principal entrave do acesso em relação à dimensão organizacional foi a falta do imunobiológico,

também apontada em outros estudos^(5,12-13) e constitui um importante obstáculo para que se atinja uma adequada cobertura vacinal.

[...] a última vez que eu fui lá foi na semana passada, foi para vacinar a minha filha da vacina de três meses, mas não tinha a vacina, porque a menina que foi trazer a vacina disse que não tinha chegado no posto de C, eles pegam lá e trazem para cá no posto do S, falou para eu voltar na próxima semana que já teria a vacina [...] U1.

A indisponibilidade de vacinas contribui para baixas coberturas ou atraso do calendário vacinal. Nos Estados Unidos em 2009, durante a escassez de vacina Hib, houve uma recomendação provisória para adiar a dose de reforço, mas manter o esquema primário, esta orientação resultou na diminuição de 66% para 39,5% de crianças com calendário vacinal completo⁽¹⁴⁾.

No Brasil, é importante ressaltar que, durante a coleta de dados deste estudo, o país enfrentava um desabastecimento de vacinas em virtude de repasse insuficiente pelo Ministério da Saúde devido reformas nos laboratórios produtores. Entretanto, foi observado a rotina do agendamento de vacinas, independente, da escassez do imunobiológico.

[...] Tem vacina que dá na terça-feira, para não desperdiçar, eu tenho vacina que dá na sexta-feira. Aí a gente olha e se tiver no dia certo a gente chama a enfermeira ou a técnica que faz a vacina. E se não for o dia, a gente orienta a pessoa e explica o porquê [...] P58.

O receio pelo desperdício coloca os trabalhadores de saúde em situação difícil entre decidir pela abertura do frasco de multidoses e a perda das doses não utilizadas ou agendamento para outro dia, quando há um grupo maior, evitando o desperdício, mas induzindo perdas de oportunidades vacinais, e aumentando o risco de adoecimento⁽¹⁵⁾.

Nos registros do diário de campo, resultado da observação direta nos serviços, foi possível identificar que o horário de funcionamento não é o mesmo, existe sala de vacinas que não atende no horário de almoço e encerra suas atividades mais cedo, além da disponibilidade de vacinas em dias e horários específicos. Em outras, a unidade apesar de aberta, não realiza vacinas no horário de almoço e há concentração de imunobiológicos em determinados dias.

[...] Vindo no horário do funcionamento, que é de sete às cinco, tem este horário até cinco horas que o pessoal que trabalha é bem tranquilo e tem o horário de almoço também, que continua funcionando a sala de vacina direitinho [...] P25.

[...] De sete às quatro, menos no horário do almoço, essa uma hora fica sem ninguém, ou um técnico ou enfermeira na unidade, mas o pessoal já está bem orientado quanto a isso [...] P61.

Mesmo após mais de duas décadas de SUS, a dificuldade de acesso se configura como um dos principais problemas na APS/ESF que não oferecem disseminadamente acesso fácil a seus usuários e nem dispõem de tecnologias organizacionais consolidadas para tal⁽¹⁶⁾. A sala de vacina que funciona em horário comercial e, normalmente, não oferece horários alternativos limita o acesso, principalmente para aquelas pessoas inseridas no mercado de trabalho⁽¹⁴⁾.

No que tange as oportunidades de vacinação, uma única estratégia não é suficiente para melhorar as taxas de imunização e diminuir as dificuldades de acesso. As vacinas precisam ser acessíveis em todas as oportunidades possíveis e todos os esforços devem ser feitos para uma ampla divulgação dos imunobiológicos disponíveis⁽¹⁴⁾.

Alguns usuários demonstraram insatisfação pela espera prolongada. A fala da usuária relata que após longa espera foi embora sem receber a vacina.

[...] eu fiquei lá, ninguém me falou nada se iria aplicar ou se não iria, cheguei sete hora, deu sete, sete e meia, oito, eu pegava serviço oito horas, oito e quinze eu vim embora, eu não vou ficar esperando mais não, ninguém não deu a solução de nada [...] U52.

Determinados profissionais demonstraram-se sobrecarregados com os atendimentos realizados para a população da área de abrangência, precisam realizar outras atividades e não apenas à vacinação (NO). Foram detectados, através da observação e também referidos pelos entrevistados que as dificuldades em relação ao tempo de espera são vivenciadas em unidades de saúde com número maior de pessoas cadastradas (NO).

[...] Número de funcionários, porque as meninas estão sobrecarregadas, esse PSF aqui ele atende gente demais e o número de funcionários é muito pequeno, então, na minha opinião, não sei se é porque eu vim de Belo Horizonte e lá o número de funcionários nos postos é praticamente o dobro daqui e assim atende muito menos pessoas que o PSF daqui [...] U23.

A ESF é composta por equipe multiprofissional que atua em área geográfica definida e população adscrita, responsabilizando-se por uma população com média de 3.000 pessoas, e máximo de 4.000 pessoas, podendo ser menor de acordo com o risco e a vulnerabilidade apresentados⁽⁶⁾. A grande extensão territorial do país e suas particularidades demográficas e geográficas, assinalam para a necessidade de redução dos usuários por equipe da ESF, para que se consiga oferecer um acesso efetivo ao cuidado⁽¹⁶⁾.

A dimensão geográfica do acesso

No caso do município estudado, as características da organização geográfica destacam-se pelo grande número de comunidades rurais e a escassez de transporte urbano nessas comunidades. O acesso nesta dimensão não sofreu críticas por parte dos usuários que residem na área urbana do município, o que já era esperado, uma vez que as unidades de saúde em foco estão localizadas no território onde as famílias a elas cadastradas residem. Entretanto, os profissionais e usuários da zona rural, entrevistados, identificaram barreiras ao acesso à sala de vacina.

[...] até porque nós não temos ônibus, não temos veículos públicos que vão a esses locais com horário correto, então, largar os afazeres da roça para vir aqui é difícil, eles dependem às vezes de uma carona ou o próprio patrão que vem para a cidade, isso não impossibilita, mas é um grande dificultador! [...] P49.

Em comparação com residentes de áreas urbanas, moradores das áreas rurais necessitam de uma

viagem mais longa em face de outros problemas, tais como pior manutenção das estradas e dificuldades de transporte público. Verificou-se que as formas de deslocamento são em sua maioria a condução a pé, a cavalo e a bicicleta. Os moradores da zona rural são os que mais enfrentam dificuldades de acesso até a unidade, como retrata a fala de um profissional.

[...] Em zona rural o acesso tanto de distribuição geográfica e acesso de chegar até a unidade é difícil porque na nossa comunidade eu tenho casas que ficam perto de l, para o paciente vir aqui às vezes ele não tem carro, não tem transporte dentro da comunidade, então ele vem a pé, ele vem a cavalo, então, nessa questão de acesso à unidade, estar chegando até aqui é difícil [...] P75.

Constitui em grande desafio o acesso geográfico, o que inclui peculiaridades que favorecem ou impedem as pessoas de receber os cuidados em sala de vacinas. A acessibilidade geográfica não se define apenas pela distância da casa das pessoas até a unidade de saúde, mas também pelas barreiras geográficas encontradas no seu deslocamento, como a existência de rios, morros, estradas de terra, alagamentos e a inexistência de transporte público⁽⁹⁾. O Brasil conta hoje com as ESF Ribeirinhas e as Unidades Básicas de Saúde Fluviais, levando a equipe de saúde a locais de difícil acesso, como a região da Amazônia e do Mato Grosso do Sul⁽⁶⁾.

É necessário um maior esforço e criatividade na tentativa de se programar a oferta da vacinação, com uma periodicidade regulada, tendo como objetivos a promoção da equidade e a garantia do acesso à saúde como direito^(5,17).

A dimensão sociocultural do acesso

A acessibilidade cultural, na perspectiva da população, está relacionada dentre outras coisas, ao conhecimento sobre a oferta dos serviços de saúde, as dificuldades de comunicação com a equipe, aos hábitos e crenças⁽⁹⁾.

A não vacinação está relacionada ao medo da dor, à falta de conhecimento, aos costumes e crenças que a sociedade traz juntamente com seus valores culturais⁽¹⁸⁾. A atividade de vacinar parece ser moralmente inquestionável, sendo reconhecida como um dos maiores avanços da ciência no controle e erradicação das doenças infectocontagiosas. Entretanto, é preciso respeitar as posições morais, individuais e culturais existentes⁽¹⁸⁾.

Em algumas entrevistas, são expressas as falas dos usuários e dos profissionais sobre a não vacinação devido às práticas integrativas e complementares. Uma usuária observa a vacinação como uma agressão ao corpo e considera um absurdo a vacinação contra o vírus HPV.

[...] eu acho um absurdo a vacina da gripe! Sabe, eu acho uma ofensa à pessoa, criança não precisa de jeito nenhum! É como se eu tivesse agredindo fisicamente meus filhos, outra vacina é a HPV para as meninas, que absurdo, eu surto quando eu escuto falar que irão vacinar as meninas de HPV, eu acho que tem que haver a educação [...] U37.

[...] Um dificultador também é a homeopatia, porque o homeopata fala que não é para vacinar algumas vacinas, mas a gente conversa, orienta[...] E2.

Os grupos mais difíceis de alcançar são aqueles com baixa escolaridade ou falta de entendimento sobre a imunização ou aqueles que culturalmente são contrários às vacinas⁽¹⁹⁾. Existem movimentos antivacinas que podem influenciar negativamente nas taxas de coberturas vacinais. Assim, é fundamental, no contexto atual, um diálogo aberto com os pais e indivíduos avessos à vacinação, oferecendo informações precisas sobre as doenças e os eventos adversos das vacinas⁽¹⁴⁾.

Em relação aos hábitos e costumes da população, este estudo identificou como um obstáculo no dia a dia do serviço de imunização, a falta de preservação do cartão de vacina pelo adulto e o hábito de procurar a vacinação somente quando ocorre um ferimento ou quando é exigido o cartão vacinal completo, para ingressar no serviço em determinadas empresas. Esse fato aumenta o risco de eventos adversos e gastos públicos com doses de vacinas administradas desnecessariamente.

[...] geralmente os adultos só vêm quando precisam do cartão de vacina em dia! Quando machuca, vem procurar a vacina antitetânica e não pensam em prevenir antes [...] P26.

[...] uma dificuldade que eu tenho é o do cartão, o paciente fala que perdeu e você tem que fazer tudo de novo, ou não lembra, tem que fazer um esquema. Então eu acho que a primeira coisa que a gente deveria fazer é conscientizar da importância do cartão [...] P36.

O desconhecimento da situação vacinal da população, ainda é um dos maiores problemas que se enfrentam, pois o indivíduo não costuma preservar seu comprovante de vacinação⁽²⁰⁾ o que pode resultar em vários problemas como a dificuldade em proporcionar ao profissional o acesso à informação. É importante continuar o esquema de vacinação que se iniciou em oportunidades anteriores e a complexidade do calendário de vacinação pode afetar a confiabilidade de uma história de vacinação verbal⁽²¹⁾. As vacinas pertencem a um grupo de produtos biológicos, com excelente perfil de segurança, entretanto, não são isentas de eventos adversos. Um estudo de coorte retrospectivo para examinar o risco de reações locais, depois da administração da vacina dupla adulto, encontrou aumento do risco em relação ao número de doses administradas previamente⁽²²⁾. Por isso a apresentação do comprovante vacinal é imprescindível para a continuidade dos esquemas, evitando doses desnecessárias de vacina e risco de eventos adversos.

A dimensão do acesso econômico

Nos últimos tempos, verificou-se uma grande mobilização internacional por novas vacinas e campanhas vacinais⁽¹⁵⁾, proporcionando como resultado no Brasil a ampliação do calendário vacinal do PNI, como: as vacinas tetraviral, hepatite A, tríplice bacteriana acelular, a vacina contra o papilomavírus e o oferecimento da vacina contra a hepatite B para todas as faixas etárias⁽²³⁾. Esse acesso ampliado e gratuito às vacinas é visto com otimismo pela sociedade, que agora não precisa recorrer a clínicas particulares para garantir a imunização.

[...] a minha menina sempre foi vacinada no posto, eu nunca paguei uma vacina, não tive essa necessidade, porque o posto atendeu a todas as demandas de vacina [...] U64.

A ampliação do calendário vacinal foi reforçado pelo profissional de saúde, que relata a quantidade de vacinas incluídas no PNI nos últimos tempos e cita como exemplo as vacinas contra pneumonia, meningite e varicela.

[...] Olha para você ver a quantidade de vacina que a gente tem aqui, e chegou pelo SUS. A gente tinha aqui antes a Pólio, a Tríplice, Sarampo isolado, não tinha Hepatite B, não tinha Pneumonia, não tinha Meningite, não tinha varicela. [...] P3.

Entretanto, o acesso aos serviços de saúde é influenciado pela condição econômica e social das pessoas⁽²⁴⁾. Observou-se inquietude dos pais, sem condições financeira para oferecer a vacina a seus filhos que estão fora da faixa etária preconizada pelo PNI.

[...] não concordo da faixa etária que eles colocam de algumas vacinas, por exemplo, a campanha da gripe, eu fiquei na fila de espera, esperando sobrar vacina pra vacinar o meu menino porque ele não estava dentro da faixa etária e hoje eu não tenho condições pra comprar a vacina [...] U56.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vacinação, por ser considerado um dos serviços fundamentais da APS, não poderia impor barreiras ao acesso, porém, neste estudo foram enumeradas e discutidas dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde e os usuários ao utilizarem esse serviço. Observou-se que muitos entrevistados relataram dificuldades em relação a elementos organizativos dos serviços, como a centralização em dia e horário específico para vacinar e o horário de funcionamento da sala de vacina. Para os moradores da zona rural é difícil o acesso geográfico e o hábito da não preservação do cartão pelo adulto foi um dos grandes entraves no acesso sociocultural.

Percebe-se, também, nos resultados desse estudo, a importância da equipe de enfermagem no acesso à vacinação; profissionais capacitados e atualizados diminuem as perdas de oportunidades vacinais.

Diante dessas considerações, é importante lembrar que o município estudado possui 100% de cobertura da ESF e apresentou barreiras ao acesso, desse modo, levanta o questionamento de como está o acesso à vacinação nos municípios com cobertura inferior, fazendo necessários novos estudos sobre o tema ainda pouco estudado.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à pesquisa do Estado de Minas Gerais/FAPEMIG no fornecimento de apoio financeiro para realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Berkley S. Make vaccine coverage a key UN health indicator. Nature [Internet]. 2015 [acesso em: 22 ago. 2017];526(7572):165. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/526165a>.

2. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de normas e procedimentos para vacinação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em: 22 ago. 2017]. 176 p. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf.
3. Queiroz LLC, Monteiro SG, Mochel EG, Veras MASM, Sousa FGM, Bezerra MLM et al. Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. Cad Saude Publica [Internet]. 2013 [acesso em: 22 ago. 2017];29(2):294-302. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200016>.
4. Domingues CMAS, Teixeira AMS. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2013 [acesso em: 22 ago. 2017];22(1):9-27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100002>.
5. Santos GRD, Silva SS, Guimarães EAA, Cavalcante RB, Oliveira VC. Avaliação do monitoramento rápido de coberturas vacinais na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, 2012. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2016 [acesso em: 22 ago. 2017];25(1):55-64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000100006>.
6. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em: 22 ago. 2017]. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso em: 22 ago. 2017]. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000039.pdf>.
8. Donabedian A. Los espacios de lasalud: aspectos fundamentales de laorganización de laatención médica. México: Fondo de Cultura Económica; 1988. 772 p.
9. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP, Santos I, Fekete MC, Galvão EA, Mandelli MJ, Penna MLF et al., organizadores. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Unico de Saúde (SUS): programa de desenvolvimento de recursos humanos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1997. p. 177-84.
10. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada; Fundação João Pinheiro. O índice de desenvolvimento humano municipal brasileiro. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 [Internet]. Brasília: PNUD; 2013 [acesso em 22 ago. 2017]. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/publicacao_atlas_municipal_pt.pdf.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
12. Barrera L, Trumbo SP, Bravo-Alcántara P, Velandia-González M, Danovaro-Holliday MC. From the parents' perspective: a user-satisfaction survey of immunization services in Guatemala. BMC Public Health [Internet]. 2014 [acesso em: 22 ago. 2017];14:231. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-231>.
13. Lopes EG, Martins CBG, Lima FCA, Gaíva MAM. Situação vacinal de recém-nascidos de risco e dificuldades vivenciadas pelas mães. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [acesso em: 22 ago. 2017];66(3):338-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300006>.
14. Sabnis SS, Conway JH. Overcoming Challenges to Childhood Immunizations Status. Pediatr Clin North Am [Internet]. 2015 [acesso em: 22 ago. 2017];62(5):1093-109. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2015.05.004>.
15. Stokes-Prindle C, Privor-Dumm L, Haidari L, Connor D, Wateska A, Broowm S et al. Coverage, cost, and safety impacts of primary container choice [Internet]. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2013 [acesso em: 22 ago. 2017]. Disponível em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/ivac/projects/IVACPrimaryContainerBriefReport-2013.pdf>.
16. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. Saude soc. [Internet]. 2014 [acesso em: 22 ago. 2017];23(3):869-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011>.
17. Pereira BFB, Martins MAS, Barbosa TLA, Silva CSO, Gomes LMX. Motivos que levaram as gestantes a não se vacinarem contra H1N1. Cien Saude Colet [Internet]. 2013 [acesso em: 22 ago. 2017];18(6):1745-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600025>.
18. Lessa SC, Schramm FR. Proteção individual versus proteção coletiva: análise bioética do programa nacional de vacinação infantil em massa. Cien Saude Colet [Internet]. 2015 [acesso em: 22 ago. 2017];20(1):115-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.14882013>.
19. Print F. Accessing hard to reach groups, travelers and looked after children. Hum Vaccin Immunother [Internet]. 2013 [acesso em: 22 ago. 2017];9(6):1372-3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4161/hv.24693>.

20. Lemos EO, Pedrosa DR, Raniéri PSG, Pires CAA, Queiroz AM. Avaliação do cumprimento do calendário de vacinação dos adolescentes de uma escola municipal. *Adolescência & Saúde* [Internet] 2013 [acesso em: 22 ago. 2017];10(2):23-9. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=365.
21. Cutts FT, Izurieta HS, Rhoda DA. Measuring coverage in MNCH: design, implementation, and interpretation challenges associated with tracking vaccination coverage using household surveys. *PLoS Med* [Internet] 2013 [acesso em: 22 ago. 2017];10(5):e1001404. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001404>.
22. Jackson LA, Yu O, Nelson J, Belongia EA, Hambidge SJ, Baxter R et al. Risk of medically attended local reactions following diphtheria toxoid containing vaccines in adolescents and young adults: a Vaccine Safety Datalink study. *Vaccine* [Internet]. 2009 [acesso em: 22 ago. 2017];27(36):4912-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2009.06.038>.
23. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Nota Informativa nº 149, de 2015/CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Informe as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2016 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em: 22 ago. 2017]. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/129/Nota_Informativa_149.pdf.
24. Tonhá ACM, Souza Júnior PRB, Bezerra ALQ, Santos TAP, Rosso CFW. Acesso aos serviços de saúde nos municípios do entorno sul do Distrito Federal. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2015 [acesso em: 22 ago. 2017];17(2):238-46. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i2.29422>.