



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

NÊMORA LÍGIA DE SOUSA SANTANA

**IMUNIZAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: UM ESTUDO ACERCA DA ADESÃO ÀS
VACINAS**

CAJAZEIRAS-PB

2014

NÊMORA LÍGIA DE SOUSA SANTANA

**IMUNIZAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: UM ESTUDO ACERCA DA ADESÃO ÀS
VACINAS**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.^a Ms. Milena Silva Costa.

CAJAZEIRAS-PB

2014

NÊMORA LÍGIA DE SOUSA SANTANA

**IMUNIZAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: UM ESTUDO ACERCA DA ADESÃO ÀS
VACINAS**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.^a Ms. Milena Silva Costa.

Aprovada em: ____/____/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Milena Silva Costa
(Orientadora – UAENF/CFP/UFCG)

Prof.^a Dr.^a Marilena Maria de Souza
(Membro Efetivo – ETSC/CFP/UFCG)

Prof.^a Esp. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues
(Membro Efetivo – UAENF/CFP/UFCG)

CAJAZEIRAS – PB

2014

Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre me apoiaram e se esforçaram para que eu conseguisse chegar até aqui. Por nunca me desampararem e por me darem amor, carinho, confiança, educação, me fazendo acreditar que tudo é possível, basta perseguir os sonhos. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a **Deus** pela vida, saúde e por me dar força, fé e perseverança para que eu pudesse desempenhar todas as minhas atividades, pois ele é o meu general, autor e consumidor dessa conquista.

Aos meus pais **Lucidalva e Espedito**, pelo amor incondicional, pela confiança, pelos ensinamentos constantes e pelo bom exemplo que sempre foram para mim. Tudo o que sou e o que serei devo a vocês, que sempre estiveram comigo em todos os momentos, vocês são tudo o que tenho de mais importante na vida. Serei eternamente grata. Amo vocês!

Aos meus irmãos **João Lucas, Gerffeson e Espedito Júnior** pelo apoio que sempre me deram, por nunca terem medido esforços para me ajudar quando precisei. Por me amarem e serem essenciais em minha vida.

Aos meus **amigos** próximos e distantes que se fizeram presentes nessa fase da minha vida, que sempre me deram forças e que sempre me ajudaram mesmo que fosse com palavras de incentivo, em especial a **Matteus, Hávila, Alane, Tales, Thiago, Jane Karine, Lamara, Fernanda, Isis, Isabela, Taislany, Rafaella e Adriana**.

A todos os meus **professores**, pelo qual tenho grande admiração, pois foi com vocês que aprendi os passos mais importantes na arte do cuidar. Fico grata a cada um por contribuírem grandemente para minha formação acadêmica, por me ensinarem o que precisei aprender, por me chamarem atenção quando necessário. E pelo mais importante, por me mostrarem o grande valor da vida e, sobretudo, por me tornarem Enfermeira!

Aos meus **colegas de universidade**, que me acompanharam durante esses anos. Vocês foram meus companheiros, minha segunda família. Obrigada por compartilharem conhecimentos comigo, pela convivência, por cada riso, cada conversa, enfim, pelos bons momentos que vivemos juntos, pois são esses que quero lembrar sempre.

A minha orientadora **Prof.^a Ms. Milena Silva Costa** por me acolher e não hesitar em nenhum momento sua ajuda. Por acreditar em mim, por me corrigir quando precisou, por ser uma grande pessoa com um coração humilde. Agradeço imensamente cada ensinamento, pois sem dúvida, meu crescimento acadêmico não teria sido o mesmo sem sua contribuição. És um exemplo de profissional que pretendo seguir. Obrigada por tudo!

Aos **idosos participantes do estudo** que aceitaram prontamente em participar da pesquisa. Obrigada, por confiarem no meu potencial, pelo carinho que me deram, pela paciência, vocês foram extremamente importantes! Fico imensamente grata a todos por terem contribuído diretamente para o meu aprendizado.

A todos os **profissionais de saúde**, no qual tive a satisfação de estagiar durante a graduação. Obrigada por tudo o que fizeram por mim, pelo aprendizado, pelas críticas construtivas, pela paciência, pelo apoio, pela compreensão, pelos ensinamentos e pela amizade. Tenho muito apreço e consideração por cada um de vocês, que para mim, foram peças fundamentais na minha formação. Levarei comigo a recordação de todos os momentos compartilhados ao lado de vocês.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse grande sonho. Meus sinceros agradecimentos!

"A partir de então, reforço a mim mesma, dia após dia, que a melhor ferramenta para cada enfermeiro carregar no bolso do jaleco é a empatia, mas deve ser naquele bolso superior que repousa sobre o peito esquerdo, a fim de que expanda suas influências ao coração de cada um".

(Lia Persona)

RESUMO

SANTANA, N. L. S. **Imunização na terceira idade:** um estudo acerca da adesão às vacinas. 2014. 63 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2014.

O envelhecimento populacional é um dos desafios da saúde pública, em virtude do número de internações hospitalares por doenças prevalentes na terceira idade. Com a implementação de programas de vacinação, o perfil mudou, apontando uma queda da incidência de várias doenças. Embora haja uma divulgação permanente sobre vacinação, ainda é baixa a adesão dos idosos. O objetivo principal do estudo foi analisar os saberes, adesão e comprovação de vacinas em idosos. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa, realizado entre novembro de 2013 e abril de 2014 com idosos cadastrados na Unidade Básica de Saúde São José/Posto de Atenção Primária à Saúde. Para a coleta de dados, utilizou-se uma entrevista semiestruturada, bem como, um roteiro de observação do registro dos cartões de vacinação dos idosos. Os dados qualitativos foram organizados e categorizados conforme a técnica de análise de conteúdo e os dados quantitativos foram apresentados em gráficos e tabelas. Ambos foram analisados a luz da literatura pertinente. A pesquisa obedeceu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Participaram do estudo, 20 idosos, sendo a maioria mulheres e casados, apenas dois possuíam ensino fundamental completo e 18 moravam com familiares. Nas categorias percebeu-se que, os saberes dos idosos sobre vacina girava em torno da prevenção contra doenças, sendo este o principal motivo para a adesão, no entanto, grande parte respondeu de forma empírica e limitada, pois associavam apenas a vacina contra gripe. A maioria afirmou que estava com o esquema de vacinação em dia, mas ao comprovar os registros no cartão de vacina esses dados não condiziam, pois em relação às vacinas de rotina, só havia registro de doses da dT e da Hepatite B. Em se tratando das vacinas de campanha, houve maior registro em 2013 contra a *influenza* sazonal, cuja maioria dos idosos (17) aderiu à vacina. Todavia, neste mesmo ano, somente três se vacinaram contra a *influenza* pandêmica. Apenas dois idosos relataram apresentar reações às vacinas. Entre as principais dificuldades enfrentadas pelos idosos para ir à Unidade Básica de Saúde se vacinar estavam: ser cuidador do cônjuge acamado, dificuldade para caminhar, deficiência física, reumatismo e medo de cair. Além disso, a maioria tinha doença crônica. Apesar dos idosos reconhecerem a importância das vacinas na prevenção de doenças, ainda é baixa a cobertura vacinal principalmente em se tratando das vacinas de rotina. Considera-se então, que é necessária a ampliação das ações educativas em saúde sobre imunização, o acompanhamento das coberturas vacinais, além da busca ativa dos idosos faltosos e da análise frequente do cartão de vacinas dos mesmos, como uma forma de melhorar a qualidade de vida do grupo da Terceira Idade.

Palavras-chave: Idoso. Imunização. Atenção Básica.

ABSTRACT

SANTANA, N. L. S. **Immunization in old age:** a study on adherence to vaccines. 2014, 63 f. Work of Course Conclusion. (Nursing Graduation) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2014.

Population aging is one of the challenges of public health since the number of hospital admissions for diseases prevalent in old age. With the implementation of vaccination programs, the profile has changed, indicating a decrease in the incidence of various diseases. Although there is a continuing disclosure on vaccination is still low adherence of the elderly. The main objective of the study was to assess the knowledge, compliance and proof of vaccines in the elderly. This is an exploratory, descriptive study with qualitative and quantitative approach, carried out between November 2013 and April 2014 with the elderly enrolled in Basic Health Unit St. Joseph/Post Primary Health Care. To collect data, we used a semi-structured interview as well as a roadmap observation record of immunization of older cards. Qualitative data were organized and categorized according to the technique of content analysis and quantitative data were presented in graphs and tables. Both were analyzed in light of the relevant literature. The research followed the Resolution 466/2012 of the National Board of Health participated in the study, 20 elderly, mostly women and married, only two had completed primary education and 18 lived with family members. In the categories it was realized that the knowledge of the elderly about vaccine revolved around prevention against disease, this being the main reason for compliance, however, largely answered empirically and limited fashion, since only associate the flu vaccine. Most said it was the vaccination days, but when verifying the records in vaccine design did not fit the data, as compared with routine vaccinations, only had record doses of dT and Hepatitis B. In the case vaccine campaign, there was a higher registration in 2013 against seasonal *influenza*, which most patients (17) joined the vaccine. However, that same year, only three have been vaccinated against pandemic *influenza*. Only two seniors reported having reactions to vaccines. Among the problems faced by the elderly to go to Basic Health Unit vaccinated were: being bedridden caregiver spouse, difficulty walking, disability, rheumatism and fear of falling. In addition, most had chronic disease. Although the elderly recognize the importance of vaccines in preventing disease, it is still low immunization coverage especially regarding routine vaccinations. It is considered that the extension of educational health interventions on immunization, monitoring of vaccination coverage is required, plus the active search for the elderly and frequent absentees analyze the vaccines of the same card as a way to improve the quality of life of Senior Citizens group.

Keywords: Elderly. Immunization. Primary Care.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCV – Doenças cardiovasculares

dT – difteria, tétano

FSM – Faculdade Santa Maria

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAPS – Posto de Atenção Primária à Saúde

PB - Paraíba

PNI – Programa Nacional de Imunizações

SBIIm – Sociedade Brasileira de Imunizações

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da idade cronológica e gênero dos idosos.....	31
Tabela 2 – Distribuição do estado civil e grau de escolaridade dos idosos.....	32
Tabela 3 – Distribuição das pessoas com quem os idosos residem e a ocupação dos entrevistados.....	33
Tabela 4 – Distribuição da adesão dos idosos à vacinação de rotina.....	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da adesão dos idosos à vacinação contra <i>Influenza</i> sazonal no período de 1999 a 2013.....	42
Gráfico 2 – Distribuição da adesão dos idosos à vacinação contra <i>Influenza</i> pandêmica no período de 2010 a 2013.....	43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	VACINAÇÃO DO IDOSO COMO UMA AÇÃO DE POLITICA DE SAÚDE.....	16
2.2	EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS.....	21
2.3	MOTIVOS DA ADESÃO E NÃO ADESÃO À VACINAÇÃO PELOS IDOSOS....	23
3	METODOLOGIA.....	27
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	27
3.2	LOCAL DA PESQUISA.....	27
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	28
3.5	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	29
3.6	ANÁLISE DE DADOS.....	29
3.7	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	30
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	31
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS.....	31
4.2	IMUNIZAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: CONHECIMENTO, MOTIVOS DE ADESÃO E NÃO ADESÃO.....	34
4.3	VACINAS DE ROTINA E DE CAMPANHA ADMINISTRADAS EM IDOSOS.....	41
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
	REFERÊNCIAS.....	47
	APÊNDICES.....	54
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	55
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO REGISTRO DOS CARTÕES DE VACINAÇÃO DOS IDOSOS.....	56
	ANEXOS.....	57
	ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	58
	ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE.....	59
	ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA.....	60
	ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	61

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é sem dúvida um dos maiores desafios da saúde pública atual. Este fenômeno que ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, vem se estendendo nos países em desenvolvimento de forma mais acentuada (COSTA; VERAS, 2003). Com isso, o desenvolvimento de políticas sociais e ações programáticas como a vacinação contribuem de forma significativa para a redução de mortes prematuras no envelhecimento, na melhoria da qualidade de vida e na inclusão dos gerontes nos aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos da sociedade (SANTOS et al., 2009).

Os primórdios da vacinação foram impulsionados a partir do momento em que a população viu-se devastada pelas epidemias e pandemias que levaram a milhares de óbito, surgindo daí a necessidade de pesquisar e desenvolver a imunidade das pessoas. Para tanto, foram formuladas as vacinas (ARAÚJO et al., 2007).

Desde 1999, ocasião do Ano Internacional do Idoso, o Ministério da Saúde no Brasil decidiu se deter a investimentos na mobilização da população idosa para que usufrísse dos benefícios das vacinações, a partir de então, iniciou-se uma importante parceria entre as Coordenações de Saúde do Idoso e de Imunizações por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Naquele ano, houve a primeira de uma série de campanhas anuais de vacinação, voltada para as pessoas a partir de 65 anos, faixa etária ampliada para 60 anos e mais, no ano posterior (BRASIL, 2007a).

Nas últimas três décadas, com a implementação generalizada de programas de vacinação, o perfil mudou radicalmente, tendo-se notado uma queda extraordinária da incidência de várias doenças. Devido a isso, verifica-se uma inversão da percepção do risco: existem pessoas que têm mais medo da vacinação do que mesmo das doenças propriamente ditas, porque não passaram pela realidade anterior. Ou seja, a vacinação em alguns casos pode ser vítima do seu próprio sucesso. Este fenômeno e outros mitos e dúvidas podem contribuir para uma menor adesão aos programas de vacinação, fazendo com que doenças já então controladas venham a ressurgir (BRASIL, 2012a).

As atividades de imunização situam-se entre as intervenções de melhor custo efetividade, constituindo um componente obrigatório dos programas de saúde pública (WALDMAN, 2008). O calendário de vacinação do idoso preconizado pelo Ministério da Saúde abrange dentre as vacinas, a contra Hepatite B, Febre Amarela, *Influenza* Sazonal, Pneumocócica 23-valente e Dupla Adulto. A *influenza*, entretanto, é a que tem uma maior cobertura vacinal (BRASIL, 2010a).

Segundo os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), foram administrados 18.367.866 doses na Campanha Nacional de Vacinação Contra Gripe 2013, sendo que este total refere-se à soma de doses aplicadas em pessoas de 60 anos ou mais (idosos, profissionais de saúde e os indígenas). Desse total, 385.264 corresponde à quantidade de doses aplicadas em idosos na Paraíba. Especificamente no município de Cajazeiras foram aplicadas 6.299 doses, tendo uma cobertura vacinal de 82,58% em relação ao total de idosos do município (BRASIL, 2013a).

Diante do exposto e do conhecimento da eficácia das vacinas na prevenção de doenças em idosos, despertaram-se os seguintes questionamentos: Quais são os saberes que os idosos têm a respeito das vacinas? Quais os motivos da adesão e não adesão dos idosos às vacinas? Como está a situação vacinal dos idosos?

Pressupõe que o conhecimento sobre as vacinas pelos idosos seja limitado, apesar da divulgação da sua importância pelo Ministério da Saúde, como consequência, acarreta-se uma baixa adesão e uma restrita cobertura vacinal. Aliado a esse déficit de conhecimento, há também a presença de mitos, tabus e crenças enraizadas. Com esse cenário tornou-se instigante responder as questões indagadoras.

O interesse pelo referido tema surgiu durante a vida acadêmica, na qual, a pesquisadora teve a oportunidade de participar por dois anos de um projeto de extensão com o Grupo de Idosos “Amigos de Irmã Fernanda” voltado para a Promoção do Envelhecimento Saudável, bem como, atuar durante um ano como monitora da disciplina Imunologia do Curso Bacharelado em Enfermagem. A fim de unir imunologia e idosos, propôs-se trabalhar com vacinas na terceira idade, já que há um déficit de trabalhos publicados que apresentem dados sobre o tema, e, além disso, existe uma necessidade de ações voltadas para o aumento da cobertura vacinal em idosos.

Este trabalho se justifica pela importância da temática frente ao envelhecimento saudável, visto que, ainda existem dificuldades na ampliação da cobertura vacinal nos idosos, embora as vacinas promovam prevenção para esse grupo populacional, que uma vez imunizados, o risco para adquirir doenças infecciosas diminui consideravelmente, pois os idosos são indivíduos fisiologicamente imunocomprometidos, fazendo da vacinação uma prática preventiva significativa.

A relevância desse estudo se dá em função da baixa cobertura vacinal nos idosos nos dias atuais, e do número elevado de internações hospitalares por doenças infecciosas que poderiam ter sido prevenidas mediante adesão às vacinas.

A pesquisa apresentou viabilidade técnica e prática, pois foi realizada em tempo hábil. A partir dela, pretende-se contribuir para a desmistificação da visão que as pessoas com 60 anos ou mais têm sobre os imunobiológicos, incentivar os profissionais de saúde a promover ações voltadas para a importância das vacinas na prevenção de doenças, além de, fornecer subsídios aos leitores para que eles sejam capazes de orientar de forma adequada os idosos, propiciando uma melhor qualidade de vida.

Frente ao exposto, considerando que ainda exista um interesse baixo dos idosos quanto à vacinação, este estudo teve como propósito principal analisar os saberes, a adesão e a comprovação de vacinas em idosos. Especificamente, buscou-se averiguar o conhecimento dos idosos sobre vacinação; investigar a sua adesão aos imunobiológicos; conhecer os motivos para a não adesão à vacinação; e identificar a comprovação das vacinas mediante o cartão de vacina.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 VACINAÇÃO DO IDOSO COMO UMA AÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE

No decorrer dos anos, muitas transformações concernentes à saúde da pessoa idosa foram ocorrendo, sendo estas, motivadas pelo avanço tecnológico, que possibilitou tanto a prevenção e a recuperação de várias doenças, como também o declínio das taxas de natalidade. Com efeito, percebeu-se aumentar vertiginosamente a expectativa de vida, sobretudo nos países em desenvolvimento, provocando com isso, a necessidade do aperfeiçoamento de meios para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com sessenta anos ou mais (SILVA; MENANDRO, 2013).

De forma rápida, o Brasil deixou de ser um “país de jovens” e o envelhecimento passou a ser uma questão fundamental para as políticas públicas. Os brasileiros com mais de 60 anos representam 8,6% da população total. Estima-se que em 2025 essa proporção chegará a 14%, correspondendo a 32 milhões de idosos (BRASIL, 2003).

“O envelhecimento tem sido definido cronologicamente através da passagem do tempo de forma subjetiva, como de que modo uma pessoa se sente, e de maneira funcional, como nas alterações nas capacidades físicas e mentais.” (SMELTZER; BARE, 2009, p. 186).

A longevidade é, sem dúvida alguma, um triunfo. Entretanto, existem diferenças consideráveis da sua existência entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento aconteceu em associação às melhorias nas condições gerais de vida da população, nos outros, ele acontece rapidamente, sem que haja tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil e no mundo, é de que existirão mais idosos que crianças com menos de 15 anos, algo jamais visto (BRASIL, 2007b).

No Brasil, de acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) (2013), a expectativa de vida já ultrapassa os 74 anos, mas a equação que assinala um incremento na taxa de longevidade da população só faz sentido, de verdade, quando adicionar a ela o coeficiente da qualidade.

O fenômeno do crescimento do número absoluto de idosos, bem como da sua longevidade, iniciou-se no século XX, no entanto, acentuou-se no século seguinte. Mesmo assim, sabe-se que os países em desenvolvimento, que passam por esse processo de maneira rápida e crescente, não estão preparados para tal transição, fazendo com que gere preocupação

e planejamento de estratégias pelas organizações internacionais em todo o mundo, que buscam meios para enfrentar este processo da melhor forma possível (SILVA; MENANDRO, 2013).

Dessa maneira, a criação e efetivação de políticas públicas voltadas para a saúde do idoso faz-se necessário, pois esse grupo populacional que só tende a crescer encontra-se fragilizado pelo processo natural do envelhecimento e requer cuidados especiais. Cação, Godoy e Boas (2003) corroboram afirmando que a presença de doenças crônicas debilitantes associadas ao processo de envelhecimento é, com certeza, fator preponderante a se relacionar com o crescimento do risco de morbimortalidade nessa parcela da população. Segundo os autores, a taxa elevada de mortalidade relacionada às doenças infecciosas, associadas ao envelhecimento, aparenta decorrer de vários fatores, que incluem: menor capacidade de reserva funcional, alterações nos mecanismos de defesa (disfunção imunológica e alterações inerentes à fisiologia do envelhecimento) e concomitância de doenças crônicas degenerativas.

O sistema imunológico, nosso principal meio de defesa, é constituído por barreiras físicas, células e moléculas. A sua função básica é responder contra substâncias estranhas que venham a penetrar no organismo humano e provocar doenças, para isso, o mesmo é capaz de reconhecer o que é estranho a ele e o que é inerente. Ele além de combater agentes estranhos, também atua na eliminação de células lesadas ou já envelhecidas, e na destruição de células anormais ou mutantes que aparecem no organismo, conferindo-nos imunidade (CREPE, 2009).

Para tanto, a imunidade pode ser adquirida de forma passiva ou ativa. Crepe (2009) afirma que a vacina é uma forma ativa do tipo artificial de adquirir imunidade. Ela gera uma memória imunológica, a qual é traduzida por uma proteção de longa duração. Após ser vacinado, o indivíduo irá desenvolver uma resposta imune, da qual participarão células do sistema, em especial células B, células T e células de memória, bem como serão produzidos anticorpos.

A partir dessa descrição, se fundamentam as vacinas, cujo processo imunológico pelo qual se desenvolve a proteção por elas conferida, compreende o conjunto de mecanismos através dos quais o organismo humano reconhece uma substância como estranha, para em seguida, metabolizá-la, neutralizá-la e/ou eliminá-la. Dois fatores são fundamentais na resposta imunológica do organismo às vacinas: os inerentes a elas e os relacionados com o próprio organismo (BRASIL, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, a vacina é o imunobiológico que possui um ou mais agentes imunizantes (vacina isolada ou combinada) apresentado em diversas formas: bactérias

ou vírus vivos atenuados, vírus inativados, bactérias mortas e componentes de agentes infecciosos purificados e/ou modificados quimicamente ou geneticamente (BRASIL, 2001).

A Campanha Nacional de Vacinação do Idoso é uma das concretizações do compromisso do governo brasileiro a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde na área de imunizações, atendendo assim, aos princípios básicos fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde visa com isso, contribuir com a prevenção de doenças que interferem no desenvolvimento das atividades diárias dos idosos, reduzindo a morbimortalidade por doenças infecciosas imunopreveníveis e garantindo-lhe prioritariamente qualidade de vida, bem-estar e inclusão social (BRASIL, 2007a).

“A história recente da política de imunizações no nosso país tem como marco o ano de 1973, com o término da campanha de erradicação da varíola, iniciada em 1962, e a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI).” (TEMPORÃO, 2003, p. 602).

O PNI tem como objetivo, em primeira instância, controlar as doenças imunopreveníveis por meio de amplas coberturas vacinais, para que a população possa ser munida adequadamente de proteção imunitária contra as doenças que o programa inclui (BRASIL, 2001).

Na população de idosos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que três vacinas estejam no calendário vacinal dos mesmos: contra *influenza*, infecções pneumocócicas, e tétano-difteria (CAÇÃO; GODOY; BOAS, 2003). Contudo, as recomendações da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e da Sociedade Brasileira de Imunizações (2013) é que o calendário de vacinação do idoso deve incluir além dessas, a vacina contra febre amarela, hepatites A e B, infecções meningocócicas e tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola).

A vacina contra *influenza* no Brasil é recomendada para os indivíduos a partir dos 60 anos, assim como para os portadores de cardiopatias crônicas graves, nefropatias crônicas e outras doenças (DIP; CABRERA, 2008). A vacinação ocorre através de campanha anual com duração de duas a quatro semanas, entre os meses de abril e maio; é um dos meios eficazes de prevenir a gripe e as suas complicações, além de interferir diretamente na redução das internações hospitalares, da mortalidade evitável, bem como, dos gastos com medicamentos para tratamento de infecções secundárias (BRASIL, 2010b).

Em se tratando das vacinas pneumocócicas, elas são recomendadas, assim como a *influenza*, para todas as pessoas a partir dos 60 anos ou que tenham patologias crônicas específicas. Embora não façam parte, ainda, do rol de vacinas disponibilizadas na rotina para idosos pelo PNI, estão disponíveis em serviços privados de vacinação (SBGG; SBIm, 2013).

Estudo realizado na Austrália estimou a prevalência das doenças pneumocócicas em 50 casos por 100.000 habitantes acima de 65 anos em países industrializados, sendo a doença invasiva, a forma de apresentação mais comum, com um risco de óbito de 20%. A vacinação reduz taxas de infecção e óbito nesta população (OLIVEIRA; MOTTA, 2007).

Para Oliveira e Motta (2007), a eficácia da vacina pneumocócica é maior em adultos jovens saudáveis. Nos indivíduos com menos de 55 anos, 85% continuam protegidos cinco anos após terem sido vacinados, enquanto que, apenas 50% dos com 80 anos ou mais estão protegidos após três anos. Com isso, percebe-se que essa proteção regride à medida que aumenta a idade, entretanto, ela parece ser menor para a pneumonia pneumocócica e maior para a doença pneumocócica invasiva.

Em relação à vacina contra Difteria e Tétano (Dupla Adulto – dT), adultos que nunca tomaram podem tomar em qualquer idade e devem tomar o quanto antes. Aquelas pessoas que não foram vacinadas devem tomar três doses (com intervalo de dois meses entre as doses (zero, dois, quatro meses)). Já para aquelas pessoas que receberam as três doses devem tomar apenas o reforço a cada dez anos (TOSCANO; KOSIM, 2003). Essa vacina está disponível nos postos públicos de vacinação, bem como, em clínicas privadas de imunização (SBGG; SBIm, 2013).

Embora a difteria seja uma doença de baixa incidência em idosos, a vacinação torna-se de extrema importância para reduzir o número de portadores, controlando, assim, a disseminação da doença. Dos 49 casos que foram notificados em 2003, (24 dos quais ocorridos em São Paulo e Bahia), apenas um deles ocorreu em indivíduo de 60 anos ou mais, e nenhum em 2004. Já a incidência do tétano vem caindo no Brasil, de 2226 casos notificados em 1982 para 450 em 2004, sendo 102 (22,6%) em indivíduos com 60 anos ou mais. No entanto, a mortalidade é sempre alta, em torno de 33% (OLIVEIRA; MOTTA, 2007).

Quanto à vacina contra febre amarela, devem ser imunizadas todas as pessoas que residem em área de risco, bem como, habitantes de outras regiões maiores de nove meses de idade que se deslocam para essas áreas. É recomendado que as pessoas vacinem-se de preferência no mínimo dez dias antes da viagem. Há inclusive, vários outros países que exigem certificado de vacinação contra febre amarela para entrada de estrangeiros. Essa vacina está disponível no Brasil, tanto em postos públicos de vacinação, quanto em clínicas privadas (SBGG; SBIm, 2013).

A vacinação contra hepatite A é recomendada para pessoas com hepatopatias crônicas suscetíveis à hepatite A e nos transplantes de medula óssea (receptores de transplantes alogênicos ou autólogos, antes da coleta nos candidatos a transplante autólogo e

nos doadores de transplante alogênico). Além dessas pessoas, ela pode ser indicada também para viajantes frequentes ou para os que vão ficar por tempo prolongado (acima de três meses) em regiões de elevada endemicidade (OLIVEIRA; MOTTA, 2007).

Entre a população idosa há maior chance de se encontrar indivíduos com anticorpos para hepatite A. Logo, para essa população, a vacinação não é prioritária. Pode-se, portanto, solicitar sorologia para verificar se há necessidade de sua aplicação. Todavia, já a vacina contra Hepatite B deve ser administrada de rotina. Nos indivíduos que tiveram contato com doentes infectados por hepatite A ou durante surto da doença, a vacinação deve ser acompanhada da aplicação de imunoglobulina padrão. A vacinação combinada para as hepatites A e B é uma opção e pode substituir a vacinação isolada para as hepatites A e B, quando ambas estão indicadas. Todas elas estão disponíveis em clínicas privadas de vacinação (SBGG; SBIm, 2013).

A vacina meningocócica conjugada é indicada para idosos somente em casos de epidemia da doença. Em situação endêmica, o médico do paciente pode recomendar a vacinação após avaliação do risco/benefício. Existem dados restringidos em indivíduos com idade entre 56-65 anos e não existem dados para indivíduos com mais de 65 anos de idade. Essa vacina está disponível apenas em clínicas privadas de vacinação (SBGG; SBIm, 2013).

A vacina tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) não é rotina para idosos. Pode ser indicada conforme critério médico em casos de surtos, viagens a lugares endêmicos, entre outros. Em casos de exposição ao vírus do sarampo deve-se tomar uma dose até 72 horas após a exposição. Está disponível em postos públicos de vacinação (apenas em situações especiais) e em clínicas privadas de vacinação (SBGG; SBIm, 2013).

Todas as vacinas supracitadas são administradas na dosagem de 0,5mL em idosos na via intramuscular, exceto, as vacinas contra *influenza* e Hepatite B que devem ser administradas na dose de 1mL, ambas via intramuscular, e as vacinas contra febre amarela e tríplice viral que têm como dose 0,5mL administradas via subcutânea (BRASIL, 2013b).

Na verdade, o tema imunização em idosos vem constantemente sendo discutido e atualizado, ocorrendo ampliação da indicação de vacinas já utilizadas em casos mais restritos e surgimento de novas indicações vacinais para esta faixa etária (OLIVEIRA; MOTTA, 2007).

Sabe-se, portanto, que a vacinação não protege apenas aqueles indivíduos vacinados, mas também ajuda a comunidade como um todo. Quanto mais pessoas de uma comunidade ficar protegidas, menor será o risco de qualquer uma delas, que tenham sido vacinadas ou não, adoecer (TOSCANO; KOSIM, 2003).

2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

Nos últimos anos, devido a inúmeros fatores, como a melhoria das condições sanitárias e de acesso a bens e serviços, as pessoas têm vivido por muito mais tempo. Os avanços na área da saúde fez com que cada vez mais as pessoas atinjam um tempo maior de sobrevida, mesmo possuindo algum tipo de incapacidade (BRASIL, 2010b).

A principal finalidade do profissional de saúde que atende o indivíduo idoso deve ser a promoção do envelhecimento bem-sucedido, isto é, um envelhecimento, no qual, haja um baixo risco de doenças e/ou incapacidades funcionais a elas relacionadas, para que assim, garanta o melhor bem-estar possível (SBGG; SBIm, 2013). Esses profissionais podem contribuir na melhoria da qualidade de vida da população através do processo de educação em saúde preparando-a para viver de forma harmônica com as alterações decorrentes do envelhecimento e desta forma ajudando na promoção de uma vida saudável, ativa e feliz (BRASIL, 2009).

A Enfermagem em especial, é uma área do conhecimento que envolve atividade como o cuidar, o gerenciar e o educar, entre outras. Nos diferentes cenários que sua prática profissional é efetivada, seja ela em hospitais, unidades de saúde, ambulatórios, escolas, creches, empresas e domicílios, o horizonte da enfermagem não se limita apenas a sujeitos em situação de doença. Dentre as inúmeras maneiras, entre as quais o enfermeiro atua na sociedade moderna, a prática educativa vem sendo apontada como a principal estratégia à promoção da saúde (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

Resgatar um dos principais objetivos da Saúde Pública ou da Saúde Coletiva é o que a Promoção da Saúde tenta, apresentando como meta não apenas evitar que o indivíduo adoça, mas tomar como sua finalidade fundamental a atuação sobre os determinantes das doenças (CREPE, 2009).

O processo educativo implica em respeitar e dar a oportunidade aos idosos em expressar abertamente seus desejos e anseios; com o reconhecimento e aceitação das restrições que não puderam ser impedidas ou minimizadas e o aproveitamento das situações positivas e potencialidades pertencente a todos (BRASIL, 2009).

Um dos maiores desafios em relação à senilidade envolve justamente a prevenção de doenças, a exemplo da gripe, que pode ser prevenida através da vacinação, constituindo-se na principal estratégia de saúde pública para melhorar as condições de vida da população com 60 anos ou mais, bem como, a redução da quantidade de internações e, por conseguinte, melhorando significativamente nos indicadores da atenção básica (CASARIN et al., 2011).

Dessa forma, prevenir doenças nesse grupo populacional é de fundamental importância, pois são indivíduos fisiologicamente fragilizados. Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e Sociedade Brasileira de Imunizações (2013), as alterações imunológicas associadas ao envelhecimento ou imunossenescência aumentam o risco de infecções que, em idosos, podem ser agregadas com declínio funcional inespecífico e comorbidades, com manifestações clínicas diversas, causando nesse grupo populacional taxas mais elevadas de hospitalizações e morbimortalidade. Esses são alguns dos aspectos que justificam a imunização como parte fundamental dos programas de prevenção e promoção da saúde das pessoas que se encontram na terceira idade.

Procedimentos preventivos e de proteção específica como a vacina tornam-se necessários, tendo em vista a redução dos agravos associados à doença e às exacerbações de condições crônicas frequentes em os idosos (FRANCISCO; BARROS; CORDEIRO, 2011).

As doenças infecciosas compõem uma ameaça expressiva de morbidade e mortalidade para os indivíduos idosos, em parte, isso ocorre devido a uma resposta diminuída às defesas da pessoa provocada por uma queda nas imunidades celulares e humoral. Desse mesmo modo, a perda da reserva fisiológica associada à idade e as doenças crônicas favorecem para a suscetibilidade aumentada, pneumonia, infecções do trato urinário, tuberculose, infecções gastrointestinais e infecções na pele são exemplos das infecções que ocorrem de forma corriqueira em idosos (SMELTZER; BARE, 2002).

A prevenção de doenças infecciosas para a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e Sociedade Brasileira de Imunizações (2013), insere-se nesse contexto ao permitir a diminuição da morbimortalidade e a melhoria da qualidade de vida. Logo, à proporção que se desenvolvem novas vacinas, que a cobertura vacinal de crianças se mostra satisfatória, e que a população vive mais, torna-se indispensável que a saúde se preocupe também com a imunização das pessoas com mais idades, ou seja, adultos e idosos.

A vacinação é sem dúvida, uma das medidas mais importantes de prevenção contra doenças. É evidente que prevenir uma doença é melhor e mais fácil do que tratá-la, e essa a vantagem das vacinas. Elas têm a capacidade de proteger o corpo humano contra os vírus e bactérias que provocam vários tipos de doenças graves, que podem afetar seriamente a saúde das pessoas e inclusive levá-las a óbito (TOSCANO; KOSIM, 2003). Santos et al. (2009, p. 535) descrevem a vacinação como “uma ação preventiva direcionada à proteção específica de saúde.”

As vacinas continuam sendo o procedimento de melhor relação custo/efetividade no setor saúde. Isso se confirma com o declínio acelerado da morbimortalidade por doenças

imunopreveníveis nas décadas atuais, tanto em nosso país quanto em todo mundo, servindo como comprovante do enorme benefício que é oferecido às populações mediante a vacinação (PEREIRA et al., 2011).

Diante de tamanha abrangência e dimensão das ações, o Brasil é visto atualmente como um exemplo para outros países, há, no entanto, de investir mais nas ações além-campanha e fornecer condições às equipes de vigilância epidemiológica para monitorar situações epidemiológicas particulares locais/regionais e avaliar o impacto dessas ações em diferentes partes do território brasileiro (DONALISIO, 2007).

2.3 MOTIVOS DA ADESÃO E NÃO ADESÃO À VACINAÇÃO PELOS IDOSOS

Após mais de 200 anos da criação da primeira vacina contra a varíola em 1796, por Edward Jenner, o mundo se encontra frente a inúmeros avanços científicos na área da saúde, tendo a imunização como destaque, que permitiram a fabricação de vacinas mais eficazes e seguras (BRASIL, 2008). O desenvolvimento da ciência, microbiologia, farmacologia e da imunologia tem se adicionado aos estudos de epidemiologia e sociologia, os quais evidenciam a grande força que as vacinas têm representado para a sociedade contemporânea, significando um dos principais fatores de promoção de saúde e prevenção de doenças (FEIJÓ; SÁFADI, 2006).

No entanto, ainda hoje é comum a resistência de pessoas idosas em relação à vacina, devido à presença de efeitos colaterais, dúvidas que envolvem a sua eficácia ou ainda falhas na divulgação dos imunobiológicos em alguns lugares, apesar da divulgação e do estímulo dado pelo governo federal (SANTOS et al., 2011).

Dentre as doenças que mais acometem os idosos destaca-se a gripe, que pode ser evitada a partir da imunização. Indivíduos com sessenta anos ou mais, com doenças crônicas pré-existentes, acabam sendo mais afetados que aqueles de outras faixas etárias. Por conseguinte, a vacinação a cada ano é a forma mais eficaz para diminuir a morbidade e a mortalidade de idosos associadas à infecção por *Influenza*, e por este motivo inúmeras nações implementaram tal estratégia, sendo um procedimento preconizado pela OMS. No continente europeu, quase todos os países recomendam a utilização da vacina contra a gripe, diversificando-se em ações para alargar a cobertura. Porém, a mesma é feita em clínicas particulares, o que atrapalha a adesão por causa do custo (SILVA; MENANDRO, 2013).

No território nacional, embora a vacinação de idosos contra a *influenza* seja gratuita e esteja disponível desde 1999, as coberturas ainda não são satisfatórias em muitos municípios

do País. No Estado de São Paulo, o percentual de vacinados entre os maiores de 65 anos foi de 84%, em 1999. De 2000 a 2003, as coberturas notificadas para maiores de 60 anos foram 63,9%, 66,6%, 65,6% e 75%, respectivamente. No entanto, as coberturas vacinais aumentaram, mesmo sem atingir níveis desejados. Uma grande parte dos municípios ainda apresenta percentuais inferiores a 80% (DONALISIO; RUIZ; CORDEIRO, 2006).

Dessa forma, apesar da eficácia da vacina contra a *influenza* tenha sido comprovada, reduzindo a mortalidade por doenças respiratórias e trazendo benefícios para a saúde dos idosos, muitos deles ainda não creem no poder imunogênico que a vacina tem e a recusam. É importante salientar que, embora os municípios tenham metas a serem cumpridas, é preciso entender a particularidade de cada um, respeitando o direito de escolha. A educação em saúde pode atuar nesse momento como forte aliada na adesão da comunidade idosa à vacina, pois muitos não aceitam porque não conhecem os seus benefícios (SILVA; MENANDRO, 2013).

O idoso quando se vacina tem a esperança de não mais ficar gripado, porém existem vários tipos de vírus da gripe e, anualmente, uma nova vacina é desenvolvida atentando para os tipos de vírus circulantes no momento. A pessoa, portanto, poderá ficar gripada caso entre em contato com um tipo de vírus na qual não foi vacinada. É provável que este seja um dos fatores que desmotiva e descredibiliza o idoso a se imunizar a cada ano (BRIGNOLI, 2008).

Investigações sobre os motivos que levam os idosos a não adesão à vacina têm sido propostas por técnicos da área da saúde a fim de direcionar intervenções para modificar este quadro e fazer com que haja maior proteção às populações de maior risco (DONALISIO; RUIZ; CORDEIRO, 2006).

Pesquisa feita na Suíça mostrou a opinião do paciente como um fator determinante para sua adesão à vacinação. Já a falta de recomendação médica favoreceu para a grande parte das oportunidades perdidas de imunização (FRANCISCO; BARROS; CORDEIRO, 2011). A preocupação com a ocorrência de efeitos adversos também tem sido apontada como um fator que contribui para a diminuição das coberturas vacinais. Muitas vezes, atribuem-se à imunização, sintomas que podem não estar relacionados realmente à vacina. Estudos sobre a percepção e representação dos sintomas depois que a pessoa é vacinada podem explicar parte dos motivos de baixas coberturas vacinais e colaborar para intervenções educativas mais específicas (DONALISIO; RAMALHEIRA; CORDEIRO, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde, nenhuma vacina está totalmente isenta de provocar eventos adversos, mas os riscos de complicações graves provocadas pelas vacinas do calendário de imunizações são bem pequenos, comparados aos das doenças contra as quais elas protegem (BRASIL, 2008).

Além do mais, existem características inerentes ao idoso que podem diminuir a eficácia da vacina. O sistema imunológico apresenta capacidade limitada de se proliferar, alterando-se à medida que os anos passam. Há consenso de que ele diminui sua eficácia com o envelhecimento. De fato, verifica-se que o idoso é mais suscetível a infecções (DIP; CABRERA, 2008).

Apesar de todos os benefícios, há grupos que apresentam menor adesão à vacina. No mundo todo, seja em países desenvolvidos ou em países em desenvolvimento como o nosso, idosos mais jovens (abaixo de 70 anos) vacinam-se menos do que os demais. Há estudos que apontam menor adesão à vacina entre os idosos que avaliam a sua saúde como boa. Uma das prováveis explicações para isso pode ser a de que esses idosos acreditam não necessitar da vacina (DIP; CABRERA, 2008).

O apoio familiar ou a falta dessas inquietações pode influenciar também na decisão do idoso, bem como os mesmos talvez não acreditem tanto na eficácia/sucesso da vacina, principalmente aqueles que viram ou tiveram uma experiência negativa na primeira vez que experimentaram, pela ausência de informação acerca da proteção e pela deficiência nas estratégias de comunicação dos serviços de Saúde Pública, sendo estas, algumas das inquietações que é preciso sanar (BRIGNOLI, 2008).

Falar de imunização para o idoso é o algo muito interessante e próspero, visto que existem vários tabus e crenças por parte desse grupo populacional, acreditando que a imunização não é necessária para sua idade. Muitos idosos creem que vacina é coisa de criança e abandonam inclusive, o seu cartão de vacinação (CREPE, 2009).

Culturalmente existem dificuldades quanto aos efeitos benéficos da vacinação, porque esses mitos e crenças populares imprimem desvantagens, capazes de provocar medo, falta de segurança, alarmes e desconfianças às pessoas. Por outro lado, existem estratégias que podem diminuir tudo isso, pois, com compreensão, habilidade e diálogo sincero, é possível, remodelar a cultura e, assim, mudar os padrões de saúde para enfim fornecer ao cliente uma melhor qualidade de vida (CASARIN et al., 2011).

De início, esses mitos, crenças e desconfianças da população marcaram a introdução às vacinas. Os investimentos em informação e mobilização social em décadas passadas, ainda eram recentes. Conhecia-se muito pouco sobre os benefícios da vacinação dos idosos, numa sociedade que até então reconhecia somente proveitos em se vacinar crianças e jovens (BRASIL, 2007a).

Para Casarin et al. (2011), uma crença pode ser compreendida como um estado, um processo mental ou ainda um modo de quem acredita em alguém ou em alguma coisa.

Empiricamente, ela é um arranjo subjetivo a considerar o correto ou verdadeiro, através da força do hábito ou das impressões sensíveis. Em contrapartida, um mito, na visão antropológica, é entendido como uma narração simbólica passada de geração para geração dentro de um grupo, que relata ou elucida a origem de algum fenômeno, ser vivo, instituição ou um costume social.

Embora um dos principais fatores que levam a não vacinação pelos idosos seja o medo dos efeitos colaterais, a literatura científica já comprovou que a vacina é pouco reatogênica. Esse é um dos mitos relacionados à vacina que precisa ser desconstruído (DIP; CABRERA, 2008).

De um modo geral, as vacinas são consideradas entre os produtos biológicos mais seguros para o uso humano, fornecendo benefícios indiscutíveis à saúde pública. Porém, assim como qualquer produto farmacêutico, elas não estão livres de risco. Sabe-se que a existência de alguns efeitos adversos é esperada. Dessa forma, é papel da vigilância epidemiológica dos eventos adversos pós-vacinação realizar o monitoramento desses eventos para que assim, os benefícios com a utilização das vacinas sejam sempre maiores a seus possíveis riscos (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, a implantação da vacinação em idosos é uma grande conquista em termos de saúde pública, e a sua implementação, sobretudo, um grande desafio para os dias atuais (GERONUTTI; MOLINA; LIMA, 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa. A pesquisa exploratória tem por finalidade a caracterização inicial do problema, em seguida sua classificação e posteriormente sua definição. Compõe a primeira etapa de toda pesquisa científica (RODRIGUES, 2007).

Por sua vez, o estudo descritivo expõe características de uma determinada população ou fenômeno. Além disso, pode estabelecer ligações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas para coleta de dados através de questionário e anotação sistemática (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

A abordagem qualitativa considera que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, ou seja, uma ligação que não se dissocia do mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, não podendo ser demonstrado em números. Logo, são fundamentais nessa abordagem, a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados, não sendo necessário, portanto, o uso de métodos e técnicas estatísticas. A fonte direta para coleta de dados é o ambiente natural, sendo o pesquisador, o instrumento-chave. Essa abordagem é descritiva, na qual, os pesquisadores tendem a analisar seus dados sob método indutivo, cujo processo e seu significado são os pontos principais de abordagem (MORESI, 2003).

Em contrapartida abordagem quantitativa se baseia no paradigma positivista, onde a racionalidade reina de forma absoluta. Este tipo de abordagem investiga os problemas humanos ou sociais fundamentados no teste de teoria, composto de variáveis numéricas e analisada através de meios estatísticos no intuito de determinar se as generalizações preditivas da teoria são verdadeiras (ARAÚJO; GOMES; LOPES, 2012).

A pesquisa aconteceu no período compreendido entre novembro de 2013 a abril de 2014.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) São José/Posto de Atenção Primária à Saúde (PAPS) que atende em torno de 1.420 famílias e situa-se no município de Cajazeiras, Estado da Paraíba. O referido município localiza-se no Alto Sertão Paraibano, encontra-se a 477 km da capital João Pessoa – Paraíba e ocupa uma área territorial

de 565,899 km². Conforme os últimos dados do censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Cajazeiras tem uma população total de 58.446 habitantes, no qual 27.938 são homens e 30.508 são mulheres. Deste quantitativo, 7.539 é composto por pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais, que são distribuídos em 3.221 homens e 4.318 mulheres (IBGE, 2010).

A escolha desse local deve-se ao fato do número expressivo de idosos residentes nas áreas de abrangência, bem como, por essa UBS ser vinculada à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus de Cajazeiras.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é considerada um conjunto de seres inanimados e animados, que se assemelham em no mínimo uma característica. Amostra conceitua-se como sendo uma parcela ou fração de um todo, tal qual é vista como a mais significativa (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A população do estudo foi composta por em média 470 idosos cadastrados na UBS São José/PAPS, no qual retirou-se como amostra 20 idosos, selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: ambos os sexos, possuir cartão de vacinação e ser cadastrado na UBS há no mínimo três meses. Como critério de exclusão foi adotado para aqueles idosos que estivessem impossibilitados de se comunicarem verbalmente e com capacidade cognitiva prejudicada.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados envolve o conjunto de operações através das quais o modelo de análise é confrontado aos dados coletados. É a busca por informações necessárias para esclarecimento do fenômeno ou fato que o pesquisador deseja desvendar (ERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Como um dos instrumentos de coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), sendo composta por questões subjetivas, que foram respondidas pelos próprios participantes. A entrevista semiestruturada permite que o pesquisador organize um conjunto de questões sobre o tema estudado, e às vezes até incentiva, que o entrevistado dialogue livremente sobre assuntos que vão surgindo em decorrência do tema principal (ERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A entrevista foi composta por perguntas sobre a caracterização dos participantes, seus saberes a respeito das vacinas, os motivos para adesão e não adesão às vacinas.

Acrescenta-se como outro instrumento de coleta de dados, um roteiro de observação do registro dos cartões de vacinação dos idosos para comprovar a atualização ou não das mesmas, conforme um dos objetivos específicos propostos. Para tanto foi adotado um roteiro de vacinas (APÊNDICE B) elaborado a partir das vacinas recomendadas ao idoso pelo Ministério da Saúde.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria (FSM), os dados foram coletados. Para isso, foi realizado o deslocamento da pesquisadora até a UBS, a fim de solicitar os endereços dos idosos aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em seguida, a pesquisadora compareceu aos domicílios deles e explicou o objetivo da pesquisa, assim como, a garantia de fidedignidade, anonimato de sua identidade e informações cedidas. Solicitou aos mesmos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D).

A coleta de dados foi feita em duas etapas: Primeiramente cada idoso foi entrevistado isoladamente em seu domicílio para que não houvesse interferência familiar, possibilitando a criação de vínculo com a pesquisadora, além de confiança e de segurança, permitindo a obtenção de dados fidedignos. As falas foram gravadas com auxílio de um gravador de celular android. Em seguida, foi observado o cartão de vacinas, a fim de comprovar a sua adesão ou não às mesmas.

Ressalta-se que por se tratar de pesquisa com seres humanos foram cumpridas todas as exigências éticas. A pesquisadora entrevistou o mínimo possível nas respostas dos participantes. No final, foram feitos os devidos agradecimentos.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Após o término da coleta, os dados qualitativos foram organizados e categorizados conforme a técnica de análise de conteúdo do tipo temática. De acordo com Bardin (2011) trata-se de uma técnica de investigação que por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem como intuito interpretar as mesmas. A finalidade da análise de conteúdo é justamente a interferência de conhecimentos

relativos às condições de produção, interferência estas, que recorrem a indicadores, sejam eles quantitativos ou não. Essa análise trabalha a palavra, isto é, a prática da língua feita por emissores identificáveis. Após a análise, os dados foram apresentados em categorias.

No tocante aos dados quantitativos, eles foram processados no Programa Microsoft Excel 2010 e apresentados em gráficos e tabelas.

Os resultados foram analisados a luz da literatura pertinente.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Esse estudo foi norteado pelos princípios éticos que envolvem pesquisas em seres humanos, regidos pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual, incorpora os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando garantir os direitos e deveres dos envolvidos (BRASIL, 2012b). Esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria e para validá-la foi construído o TCLE onde constam as informações essenciais referentes à pesquisa, bem como todos os seus direitos.

Respaldado no exposto acima, foi assegurado aos sujeitos, a liberdade de participar ou não do estudo, o esclarecimento acerca da identidade dos participantes e sobre a manutenção do anonimato. Na apresentação dos resultados foi utilizada a palavra “Sujeito” para substituir os nomes verdadeiros. Eles foram enumerados conforme a sequência das entrevistas. Não houve riscos físicos, morais ou de constrangimentos nem ônus para o pesquisado, bem como este não ficou prejudicado quanto ao atendimento na UBS.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS

Tabela 1 – Distribuição da idade cronológica e gênero dos idosos

Variáveis	f	%
Idade Cronológica		
60-64	1	5
65-69	5	25
70-74	5	25
75-79	5	25
80 anos ou mais	4	20
Gênero		
Feminino	13	65
Masculino	7	35
Total	20	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2014.

Participaram do estudo, 20 idosos que estavam na faixa etária entre 60 e 83 anos, sendo que apenas uma (5%) pessoa da terceira idade tinha entre 60-64 anos (Tabela 1). Dessa forma percebeu-se que a maioria dos participantes já se encontrava com idades mais avançadas e o quanto a senescência foi nítida nesse estudo, corroborando com a expectativa de vida no Brasil que já ultrapassa os 74 anos de acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e a Sociedade Brasileira de Imunizações (2013).

Em relação ao gênero, observou-se entre os idosos entrevistados o predomínio do sexo feminino, correspondendo a 13 (65%), sendo que apenas sete (35%) eram do sexo masculino (Tabela 1). De acordo com Geronutti, Molina e Lima (2008), isso tem explicação, pois o envelhecimento feminino é mais expressivo do que o masculino, porque as mulheres são mais atentas ao aparecimento de sinais e sintomas, possuem um conhecimento maior sobre as doenças e procuram mais os serviços de saúde do que os homens.

Essa baixa procura dos homens pelos serviços de saúde é influenciada diretamente pelos fatores socioculturais e uma das principais explicações é a associação do cuidar ao âmbito feminino. No imaginário social, o cuidado não é visto como uma prática masculina e os homens não reconhecem a importância das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças como questões relacionadas também ao sexo masculino. Sendo que, na verdade, essas ações não excluem nenhum dos sexos (GOMES et al., 2013).

Tabela 2 – Distribuição do estado civil e grau de escolaridade dos idosos

Variáveis	f	%
Estado Civil		
Solteiro (a)	1	5
Casado (a)	13	65
Viúvo (a)	6	30
Grau de Escolaridade		
Analfabeto	4	20
Ens. Fundamental incompleto	14	70
Ens. Fundamental completo	2	10
Total	20	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2014.

Quanto ao estado civil, 13 (65%) idosos eram casados, enquanto que seis (30%) eram viúvos e um (5%) era solteiro (Tabela 2). Não foi verificada diferença na vacinação de idosos segundo esta variável, contudo, no estudo de Campos et al. (2012) realizado no estado do Paraná foi feita uma associação entre indivíduos casados e os divorciados/separados, constatou-se que os idosos casados aderiram mais à vacinação que os divorciados, com associação estatística significativa entre os grupos.

Na análise do grau de escolaridade da população estudada, verificou-se que 14 (70%) dos entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto, quatro (20%) eram analfabetos e apenas dois (10%) possuíam ensino fundamental completo (Tabela 2). Resultado este que caracteriza a baixa escolaridade, a qual pode comprometer na adesão ou não aos imunobiológicos.

Sabe-se que a baixa escolaridade da população idosa remete a épocas em que as oportunidades de acesso à escola e ao ensino se davam de forma desigual por classes sociais ou gênero. Por isso, quanto mais idosa a população, menor é o grau escolaridade. Tais acontecimentos podem estar relacionados à dificuldade de compreensão do risco/benefício da vacina (GOMES et al., 2013). Fatos esses observados nos relatos dos idosos durante a entrevista.

Para Geronutti, Molina e Lima (2008), a identificação do grau de escolaridade é de suma importância, pois os profissionais de saúde, especificamente os da enfermagem, devem realizar orientações acerca da vacinação em termos adequados à instrução do idoso. A maneira e as palavras utilizadas para repassar a informação interferem no entendimento do idoso, comprometendo a sua adesão às vacinas, visto que, nesse grupo populacional exige um cuidado maior no que diz respeito às orientações fornecidas.

Tabela 3 – Distribuição das pessoas com quem os idosos residem e a ocupação dos entrevistados

Variáveis	f	%
Com quem reside		
Com a família	18	90
Sozinho	2	10
Ocupação		
Doméstica	11	55
Agricultor	4	20
Vigilante	2	10
Artesão	1	5
Marceneiro/pedreiro	1	5
Nenhuma	1	5
Total	20	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2014.

No tocante às pessoas com quem os idosos do estudo residem verificou-se que a maioria dos gerontes (18 - 90%) morava com familiares, dentre eles, cônjuge, filhos, netos, genro/nora; e apenas dois (10%) moravam sozinhos (Tabela 3). A presença da família pode influenciar nas decisões dos idosos quanto à adesão ou não das vacinas, pois se espera que por estes familiares terem um grau de escolaridade muitas vezes superior ao do idoso, facilita-se o poder de convencimento para a adesão.

Em qualquer idade, a família é considerada importante, social e culturalmente, a base e o habitat de um indivíduo. Observa-se, contudo, que a fase da velhice exige do ambiente familiar cuidado frente às alterações hormonais, culturais e psicossociais. No caso dos idosos, existem necessidades que demandam cuidados fisiológicos e psicológicos (OLIVEIRA et al., 2006).

As pessoas da terceira idade que participaram do estudo demonstraram estar com a vida produtiva ativa, pois apesar de já serem aposentadas, permaneciam com atividades ocupacionais, como por exemplo, 11 (55%) afirmaram continuar com suas atividades domésticas no próprio lar, quatro (20%) agricultores, dois (10%) vigilantes, um (5%) artesão, um (5%) marceneiro/pedreiro, e apenas um (5%) se declarou sem atividades extras (Tabela 3).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005) o envelhecimento ativo permite que as pessoas notem o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental no decorrer do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade conforme suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, proporciona proteção, segurança e cuidados adequados, sempre que necessário.

Apesar da relevância do estilo de vida ativo para o envelhecimento em suas dimensões biológicas e psicossociais, são escassos os estudos que buscam descrever o engajamento da população idosa em atividades gerais e analisar a relação desse engajamento com aspectos sociodemográficos e/ou de saúde (RIBEIRO et al., 2009).

4.2 IMUNIZAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: CONHECIMENTO, MOTIVOS DE ADESÃO E NÃO ADESÃO

Categoria 1: Conhecimento sobre vacinas

A presente categoria aborda o conhecimento e a importância que os idosos dão às vacinas, estado de saúde pós-vacinal, bem como, o esquema de vacinação.

Os saberes dos idosos ficaram evidentes quando eles afirmaram que a vacina protege contra determinadas doenças, no entanto, a maioria respondeu de forma empírica e com limitações, pois associavam apenas à vacina contra gripe e três atores mencionaram a vacina contra o sarampo, tétano e pneumonia.

“Eu sei que vacina é muito é bom, porque antigamente as doenças que tinham matavam as pessoas. Quantos irmãos que eu perdi por causa do sarampo! Seis irmãos morreram. Era assim: Deu sarampo, num tinha tratamento aqui em Cajazeiras, aí os bichinhos ficava só se balançando aí numa rede até morrer de sarampo(...). Eu tive um sarampo e fui escapar no pé da Serra da Arara, me levaram pro pé da Serra com álcool e folha de bananeira(...). A vacina hoje é muito bom, hoje ninguém num vive mais dessa vida que nós vivia não.” (S. 2).

“Vacina? A vacina a pessoa toma pra evitar de dar gripe na pessoa né?” (S. 6).

“Sabe que evita muita coisa né a vacina. Tem essa dos velhos que é pra tosse né? Já tomei outra contra o negócio de tétano, essas coisas e isso tudo é a favor né?” (S. 15).

“Vacina de gripe? Ah pra gente num ter gripe forte, nem, como é... pneumonia, essas coisas assim né?” (S. 20).

A baixa escolaridade demonstra exatamente a limitação do conhecimento por parte dos idosos sobre vacinas. Com isso, surge a necessidade dos profissionais de saúde informar de acordo com o nível de instrução do idoso e em linguagem acessível, sobre os benefícios produzidos pelas vacinas, as formas de transmissão das doenças e as práticas corretas de higiene. Além disso, não só em época de campanha, mas no decorrer do ano, e sobre os

demais imunobiológicos, pois o pouco conhecimento que os idosos têm sobre eles gira apenas em torno da vacina contra gripe.

Ao analisar o conhecimento relacionado à vacina, Araújo et al. (2007) em estudo realizado em Teresina, também verificaram que há uma grande lacuna na população idosa por eles estudada, a despeito de muitos relatarem que não sabem do seu benefício para a saúde. Esta constatação sugere a inadequação das abordagens feitas pelos profissionais de saúde fazendo-os desperdiçar inúmeras oportunidades educativas, ao desconsiderar os esquemas de assimilação, as formas de pensar e o conhecimento da população usuária.

A importância que os idosos dão às vacinas configura-se semelhante aos seus saberes, ou seja, para eles, elas protegem contra doenças tornando-se importante seguir as recomendações dos profissionais de saúde quando estes realizam as doses. No entanto, para alguns participantes, as vacinas podem provocar reações que comprometem a adesão por eles.

“Pra mim é. É importante porque eu tomo a vacina e num me dar gripe.” (S. 6).

“Porque de primeiro dava gripe né, assim, no inverno né e agora num dá. A primeira vez que eu tomei, eu me senti mal, que eu tava com a gripe dentro né, acho que tava né. Quando eu tomei aí eu fiquei assim sem ter coragem de me levantar, aí vim pra casa, aí fiquei. Passei três dias doente, derrubada, aí fiquei boa né. Aí eu disse: esse ano num vou tomar não. Quer saber de uma coisa eu vou tomar, eu já tô boa, num tô gripada, eu vou tomar e tomei. Meu marido, o que morreu: Vá tomar outra pra você morrer! Aí eu disse: ã num morro nada, só morre quando Deus quer. Aí eu vim pra casa. No outro ano fui de novo, tomei e num senti nada. Aí esse ano tomei, o ano passado tomei de novo e num senti nada, ainda num gripei ainda, até agora.” (S. 10).

“Eu acho assim, porque de primeiro quando a gente era mais novo, eu mesma quando era mais nova, eu tenho uma parenta que é parálitica, que teve paralisia infantil e ela talvez se ela tivesse tomado essas vacina ela num fosse parálitica hoje. Eu penso assim. Porque de primeiro tinha febre, tinha isso, tinha aquilo, tinha sarampo. Eu mesma já tive sarampo, quase morro dum sarampo e graças a Deus... ah se eu tivesse tomado muita vacina. Meus netos hoje, meus filhos nunca tiveram isso não, nenhum. Eu acho que seja através dessa vacina. Essa vacina da gripe, de primeiro eu tinha uma tosse horrível, depois que eu tô tomando ela eu tô achando que tô melhorando.” (S. 14).

“Importante né, o melhor que tão aplicando é porque é importante né?” (S. 17).

É notório perceber que para os idosos a vacinação é importante, e que a maioria deles associa essa importância à ausência de doenças, que na sua infância eram causas de morte, bem como, a ausência dos sintomas da gripe. Por isso, torna-se relevante as ações educativas

sobre vacinação para a prevenção de doenças, em especial à população idosa, já que eles têm menos acesso à informação e são mais propícios a adquirirem doenças, devido ao comprometimento imunológico relacionado à idade.

Dessa forma, em busca de melhores práticas voltadas à saúde da população idosa e acreditando-se que há relação positiva entre adesão à vacinação contra *Influenza* e outras vacinas e educação, as instituições e organizações de saúde têm procurado desenvolver e aplicar estratégias educacionais diversas como a adoção de slogans adicionados em materiais de *marketing* institucionais, vídeos educativos, folhetos junto ao contracheque, e cartazes expostos em áreas comuns e cartilhas. Sempre com o intuito de diminuir, ou mesmo abolir, as barreiras existentes, para fazer frente a este desafio que se lhes impõe (VIEIRA; ERDMANN; ANDRADE, 2013).

Quando questionados sobre como estava sua saúde depois de ter se vacinado e em que mudou, a maioria dos idosos referiu ter melhorado, principalmente em relação à vacina da gripe, pois adquiriram resistência ao vírus, evidenciado nas falas ao relarem que não griparam mais, ou tiveram apenas uma gripe leve; dois citaram também a vacina contra o tétano e um a vacina contra tuberculose. Porém, uma grande parte dos atores referiram portar outras doenças como artrose, labirintite, diabetes *mellitus*, osteoporose, hipertensão arterial, entre outras, que comprometem a sua saúde e qualidade de vida.

“Quando se vacina é bom. O que eu sinto muito é problema de circulação, porque eu tenho problema de sangue, eu tenho artrose, eu tenho labirintite. Os que eu tenho é esses aí. Pressão boa eu tenho, diabete eu num tenho.” (S. 10).

“Rapaz... mudou, porque eu tomei uma contra o tétano né, às vezes a pessoa leva um golpe, uma coisa, num sara ligeiro né, ainda mais que eu sou diabético e é forte. Olha... tomo um monte de medicamento pra diabete né isso, pressão, o diabo a quatro, isso tudo é importante pra você pegar isso aí.” (S. 15).

“Mudou. Um pouco né. Só que eu tomo muito remédio assim porque, eu tomo medicamento da pressão, e tomo agora pra osteoporose, é duas diversidades de remédio e tomo de uma câimbra que eu tive.” (S. 17).

“Mudou muito porque aqui em casa todo mundo tiveram gripe, e meus filhos aqui, e eu num tive não. Tem um menininho aí que num sai do meu colo, soprando na minha venta pra ver se dá, mas num dá não.” (S. 19).

Apesar dos idosos demonstrarem-se satisfeitos com os resultados das vacinas, ficou evidente que as doenças crônicas na velhice interferiram na saúde dos mesmos, embora, quase todos se considerassem estar com a vida produtiva ativa.

Para Santos e Oliveira (2010), este dado é bastante relevante, especialmente no que diz respeito à diminuição da imunidade adquirida do indivíduo, neste grupo etário, deixando os idosos vulneráveis às doenças oportunistas, principalmente as infecciosas.

Segundo o Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares (DCV) e as patologias crônicas pulmonares estão entre as principais causas de hospitalização da população idosa. As doenças crônicas levam esses indivíduos à limitação funcional, à perda de autonomia e, frequentemente, à depressão, contribuindo para o óbito precoce. As doenças circulatórias, principalmente, são responsáveis por sequelas e mortes nessa faixa etária, porém em virtude do avanço da ciência, hoje há métodos positivos para preveni-las e tratá-las, entre eles estão as vacinas (BRASIL, 2005).

Dos participantes do estudo, 13 afirmaram que o esquema de vacinação dos mesmos estava em dia, enquanto que seis não sabiam dizer ao certo sobre o esquema e um negou estar em dias com suas vacinas.

“Tá em dia, tá em dia. Só ainda num me vacinei aí esse ano ainda, mas eu vou me vacinar.” (S. 1).

“Tá em dias. Sempre, todo ano as meninas vem me aplicar a vacina.” (S. 4).

“Não. Essa daqui eu tomei o ano passado e num tomei mais não, parece que eu tomei só duas o ano passado, e é pra ser quatro né?” (S. 12).

“Eu acho que tá em dia. Eu tomei essa, as outras eu nunca tomei não, assim, nunca tomei muita vacina não.” (S. 14).

Ao comparar as falas com a comprovação da periodicidade em que os idosos tomam as vacinas, o resultado foi contraditório, pois muitos idosos que afirmaram estar com o esquema de vacinação em dias, no seu cartão de vacinação havia apenas registro da vacina contra gripe.

O fato de muitos idosos não conhecerem ou não serem informados sobre outras vacinas, a não ser a da *influenza*, faz com que eles não tenham tanto interesse em ir à Unidade Básica de Saúde para a vacinação das demais vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde no Calendário de Vacinação do Idoso. Partindo dessa situação, é importante que os profissionais de saúde, especialmente os da enfermagem e os ACS, que tem um contato maior com o idoso, verifiquem os cartões de vacina com mais frequência, a fim de orientá-los sobre a vacinação, pois a baixa escolaridade dos gerontes aliada aos déficits cognitivos próprios do envelhecimento compromete na adesão às mesmas.

De acordo com Santos et al. (2011), levando em consideração os pensamentos e o grau de conhecimento da população idosa, reforça-se a importância das práticas educativas em saúde, baseadas na forma de comunicação e de abordagem aos idosos, utilizadas pelos profissionais de saúde, informando-os tanto em período de divulgação da campanha, quanto no decorrer do ano, quanto aos benefícios que as vacinas trazem à saúde do idoso.

Categoria 2: Motivos para adesão e não adesão às vacinas

A presente categoria trata sobre os motivos que levam os idosos a aderirem ou não às vacinas propostas pelo Ministério da Saúde, a frequência em que eles se vacinam, a presença ou não de reações e as dificuldades que eles têm para ir ao posto de saúde.

Diante de personalidades distintas, surgiram diversas opiniões a respeito dos motivos que os levam a se vacinarem ou não. Muitos se vacinam no intuito de prevenir doenças, a exemplo da gripe, outros por indicação de alguém ou porque o governo oferece.

“Ah, sabe por quê? Com medo das doenças, com medo das doenças... com medo da gripe que é forte. Olhe, tomo vacina e num sinto nem gripe graças a Deus! Eu, o povo diz assim: ai que gripei! Eu num gripe, graças a Deus não, é difícil. Quando eu gripe, se eu gripar assim, espirrar, é um dia dois. Eu sou muito grata a essa vacina, sou muito grata a ela.” (S. 2).

“Pra livrar a doença né minha fia, livrar de uma gripe pesada e eu ficar com os pulmões prejudicados num é? Porque uma gripe pesada pra uma pessoa de idade arrisca a se prostrar, ir pro hospital num é? E livra de tudo isso.” (S. 4).

“Não porque disseram que era bom né pra o idoso, que a vacina vinha pra o idoso, era bom, aí eu comecei tomar.” (S. 5).

“É porque eu acho que é uma obrigação, já que o governo dá essa oportunidade pra gente, a gente deve zelar também.” (S. 19).

Dessa forma, percebe-se que um fator contribuinte, que se sobrepõe aos outros, para que os idosos adiram às vacinas é a prevenção de doenças. Como o idoso é um indivíduo fragilizado, muitas vezes portador de outras enfermidades, eles buscam nas vacinas um meio profilático que lhe traga melhor qualidade de vida e longevidade, além de ser gratuito.

Segundo Malafaia (2008), as consequências do envelhecimento sobre a resposta imunológica dos indivíduos, levam a uma diminuição considerável da resposta a diversas imunizações e a um número alto de óbitos entre os idosos, devido ao desenvolvimento de doenças infecciosas. Além do acometimento de doenças a exemplo da aterosclerose, doença

de Alzheimer, diabetes *mellitus* e osteoporose, geradas à partir da gama de modificações que o sistema imune sofre durante o envelhecimento, a população de idosos sofre ainda com os níveis baixos de proteção a inúmeras vacinas, fato esse que requer uma atenção especial em relação aos aspectos imunológicos típicos da imunossenescência e à necessidade de estratégias de vacinação que melhoram a eficiência das vacinas, bem como a adesão dos idosos a elas.

Ao perguntar aos idosos se eles costumam se vacinar contra gripe anualmente, tomar as demais vacinas e o porquê, as repostas se assemelhavam, pois todos confirmaram que todo ano se vacinavam, mas somente contra a gripe, apesar das crenças, mitos e tabus enraizados sobre as vacinas.

“Vacino todo ano. O povo diz: Ah, porque eu num vacino porque essa gripe faz é matar os idosos. E mata nada! Que o governo quer acabar com os idosos. Acaba não! E ele tá fazendo uma boa coisa pra os idosos num gripar né. Pra gente tomar as vacinas né.” (S. 3).

“Não. Só contra a gripe. Porque é pra livrar da gripe.” (S. 8).

“Tomo. Toda vida quando vem eu tomo.” (S. 11).

“Todos os anos eu sempre tomo. Tomo porque eu gripo né. Eu sou danada pra gripar porque eu sou danada pra botar água no Sol e tomar banho com a água quente. Mas vou deixar isso de mão que me ofende mesmo, por isso que eu gripo.” (S. 13).

Embora, não houvesse registro de vacinação contra a *influenza* durante a última Campanha de Vacinação em 2013 no cartão de vacinas de três sujeitos da pesquisa, e além do mais, haver uma baixa cobertura vacinal em relação às demais vacinas, foi satisfatório perceber que a maioria (17) aderiu à vacina contra a *influenza* no ano passado.

No entanto, o efeito negativo que as crenças populares atribuem às vacinas, são fatores que refletem na baixa adesão. Pois, devido a muitas pessoas acreditarem que o governo pretende “acabar com os idosos” através das vacinas, alguns gerontes temem que isso seja de fato verídico.

Por isso, as razões e motivações que levam a clientela procurar ou não esse tipo de serviço são variadas, e estão na maioria das vezes relacionadas às crenças e concepções que esses idosos têm baseadas nas vivências culturais e experiências vividas (BARBOSA et al., 2004).

Com relação à presença de reações às vacinas, apenas dois idosos relataram ter sentido algo como gripe e tosse. Porém, todos os outros afirmaram não ter sentido nada após receberem as doses.

“Gripe né, assim, eu tomei uma pra gripe aí na mesma semana tive uma gripe. Mas, tudo foi reação da vacina mesmo né, dizer que não presta que num sei o quê nã.” (S. 1).

“Não. Eu num tenho reação não. Num me dá não, nem me dá... Tem gente que fica né, sem poder fazer nada. Fica só um pouquinho doído num sabe, o braço, mas também passa ligeiro. Graças a Deus eu num sinto reação não, de vacina não.” (S. 7).

“Às vezes dar um começo de tosse novamente aí para, aí para sem sentir nada mais.” (S. 9).

“Não. Gripar eu gripo, mas reação sobre a injeção eu num sinto nada.” (S. 18).

Esses dados foram favoráveis, pois se espera que a partir dessa experiência positiva vivenciada pelos idosos, o medo e os tabus que envolvem as vacinas sejam eliminados ou pelo menos reduzidos. À medida que eles vão se vacinando e não apresentam reações, a cobertura vacinal tende a aumentar, pois é provável que eles propaguem essa vivência “boca a boca” a outros idosos, e como consequência procure mais os postos de saúde.

Essas reações adversas segundo Dip (2007), no caso de vacinas compostas por vírus da gripe inativados, apenas podem ser assim chamados quando se trata de sintomas que se iniciam dentro das primeiras 48 horas após a vacinação. Embora os idosos referirem medo dos eventos adversos, há baixa prevalência dos mesmos registrados na literatura. Aqueles que mais acontecem são dor no local da vacinação, febre e sintomas gripais.

Um fator contribuinte para a baixa adesão dos idosos às vacinas é a sua locomoção até à Unidade Básica de Saúde. Quando questionados sobre as dificuldades que eles enfrentavam para ir à UBS se vacinar, 11 idosos responderam não haver dificuldade, em contrapartida, sete se queixaram de várias coisas, entre elas, ser cuidador do cônjuge acamado, dificuldade para caminhar, deficiência física, reumatismo e medo de cair.

“Ah, a dificuldade que eu tenho é porque eu tenho esse homem doente, a minha luta é muito grande e eu me esqueço. Tem hora que eu esqueço de sair por causa da luta, eu me enterto na cozinha e passo da hora de ir e eu esqueço. É a dificuldade que eu acho.” (S. 4).

“Nenhuma, que eu vou bem direitinho. Vou de pés, que é perto. Quando num tem aí tem lá embaixo, aí eu tomo lá embaixo.” (S. 6).

“Tenho. Sou deficiente dessa perna, sofro muito reumatismo aguda.” (S. 9).

Agora eu num vou mais não só não, porque eu tenho medo de cair, porque um corpo que nem o meu, meus pés num pode mais com meu corpo e eu tenho medo de cair e num se levantar, porque eu já caí uma vez. (S. 16).

“É as pernas, as pernas por causa que é mesmo nas juntas do joelho. Se eu andar mais distante aí é que dói, fico sem andar dentro de casa, fico tudo.” (S. 20).

O estado de saúde do idoso e suas limitações, juntamente com os problemas que eles enfrentam no dia-a-dia, seja no domicílio, entre a família ou no ambiente em que desenvolvem suas atividades ocupacionais, pode acarretar uma procura reduzida pela vacinação. Cabe aos profissionais de saúde ter flexibilidade para compreender a situação em que o idoso se encontra no seu contexto social, e de acordo com a necessidade verificar a possibilidade de realizar a prática vacinal na própria residência do idoso.

Na percepção de Micheletto (2011), a população idosa muitas vezes tem o desejo de realizar suas atividades com independência e participa de forma ativa de eventos sociais, culturais e familiares, necessitando de autonomia e segurança, para que sua mobilidade e qualidade de vida sejam garantidas. Porém, com o passar dos tempos, o corpo humano vai demonstrando os sinais do envelhecimento, e os órgãos primordiais que promovem a mobilidade já não realizam funções na mesma perfeição. As limitações corporais surgem com maior intensidade na terceira idade, aliadas à falta de aceitação por parte de muitos idosos em não reconhecer as limitações do envelhecimento.

4.3 VACINAS DE ROTINA E DE CAMPANHA ADMINISTRADAS EM IDOSOS

Nesse estudo foi analisada a partir dos cartões de vacina dos sujeitos da pesquisa, a quantidade de idosos que receberam as doses das vacinas de rotina (dT, Hepatite B, Pneumo 23 valente e Febre amarela) preconizadas no Calendário Nacional de Vacinação do Idoso pelo Ministério da Saúde.

Ressalta-se que para a análise desses dados considerou-se que o idoso poderia ter o registro em seu cartão mais de uma dose da mesma vacina. Sendo assim, para melhor compreensão, a tabela 4 apresenta apenas o *f* de distribuição da vacinação de rotina nos idosos.

Tabela 4 – Distribuição da adesão dos idosos à vacinação de rotina.

	VACINAS	dT	HEPATITE B
DOSES			
		<i>f</i>	<i>f</i>
1ª dose		10	1
2ª dose		5	1
3ª dose		5	1
Reforço		1	0
Total		21	3

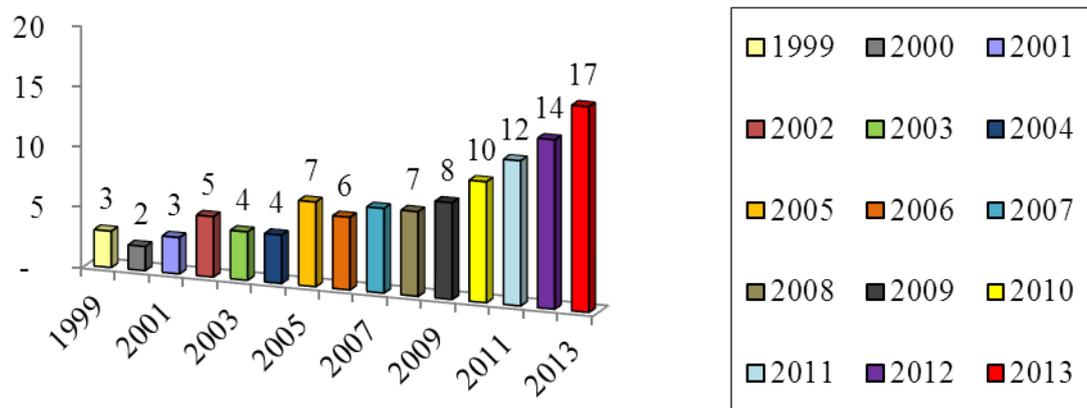
Fonte: Pesquisa Direta, 2014.

Nota: Apresenta apenas o *f* de distribuição da vacinação, considerando que, o idoso pode ter o registro de mais de uma dose.

Os resultados da Tabela 4 expressaram que, poucos idosos aderiram às vacinas de rotina. Conforme os dados, verificou-se que, em relação à vacina da dT apenas 10 idosos receberam a 1ª dose, cinco a 2ª dose, cinco a 3ª dose e um idoso, o reforço. Quanto à vacina contra Hepatite B, somente um idoso foi vacinado, sendo que este recebeu as três doses previstas, porém não recebeu o reforço. Em se tratando das vacinas Pneumo 23 valente e Febre Amarela, não houve registro de vacinação no cartão de vacinas dos idosos.

A baixa adesão dos idosos em relação às vacinas de rotina é fator preocupante, pois isso demonstra a falta de informação que esses idosos têm acerca da imunização contra essas doenças preveníveis e que trazem um alto risco à saúde do idoso caso esses sejam infectados.

Neles, a vacinação desempenha uma função ainda mais importante do que em indivíduos mais jovens, uma vez que muitos possuem doenças crônicas que podem ser agravadas quando se atrelam a processos infecciosos (SISTEL SAÚDE PAMA, 2013).

Gráfico 1 – Distribuição da adesão dos idosos à vacinação contra *Influenza* sazonal no período de 1999 a 2013.

Fonte: Pesquisa Direta, 2014.

As vacinas contra os vírus *Influenza* (sazonal e pandêmica) são realizadas para idosos anualmente mediante campanhas. Por meio dos dados contidos no Gráfico 1, verificou-se que a adesão dos idosos à vacina *Influenza* sazonal foi crescendo gradativamente desde a sua implementação em 1999. Conforme os dados, o ano em que houve maior cobertura vacinal foi o de 2013, pois a maioria dos idosos (17) aderiu à vacina. Em 2001, no entanto, apenas dois aderiram.

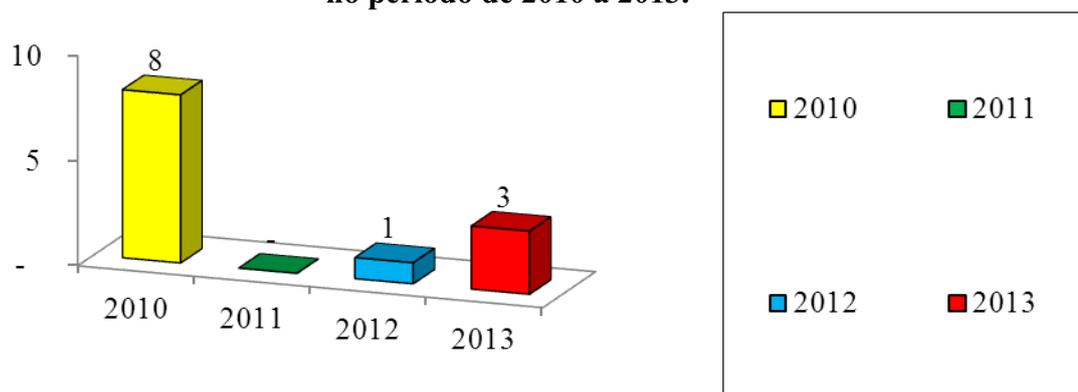
Dessa forma, evidencia-se que, na medida em que as propagandas, bem como, as informações repassadas pelos profissionais de saúde foram se propagando aos idosos, houve um aumento da cobertura da vacina. Vale ressaltar, contudo, que esse aumento não ocorreu de forma contínua, havendo oscilações entre alguns anos. Esse fato leva a acreditar que embora os idosos com o passar dos tempos tenham adquirido mais acesso à informação, faz-se necessário intensificação na qualidade da informação passada e na busca ativa dos faltosos.

Correlacionando esses dados com a faixa etária dos entrevistados, verificou-se que quanto maior a idade do idoso, menor foi a busca pela vacinação. Isso pode ser atribuído aos diversos problemas e limitações que se agravam com o passar dos anos na velhice.

Segundo dados do DATASUS, a maior parte das doses aplicadas no grupo dos idosos na Campanha Nacional de Vacinação Contra Gripe 2013 foi na faixa etária de 60-64 anos (5682331 doses), seguida da faixa etária de 65-69 anos (4356418 doses) e da faixa etária de 70-74 anos (3381131 doses). No entanto, esses números ainda deixam a desejar, buscando-se atingir níveis mais elevados de doses aplicadas nas próximas campanhas (BRASIL, 2013a).

Quanto à vacina H1N1, segundo o Ministério da Saúde o objetivo principal da Estratégia Nacional de Vacinação Contra o Vírus da *Influenza* Pandêmica (H1N1) 2009 é “contribuir para a redução de morbimortalidade pelo vírus da *influenza* (H1N1) 2009 e manter a infraestrutura dos serviços de saúde para atendimento à população.” (BRASIL, 2010c, p. 6).

Gráfico 2 – Distribuição da adesão dos idosos à vacinação contra *Influenza* pandêmica no período de 2010 a 2013.



Fonte: Pesquisa Direta, 2014.

Nesse estudo, observou-se que em 2010, ano em que foi incrementada a vacina contra a *influenza* pandêmica no Brasil no Calendário Básico de Vacinação, houve um pico de vacinação em idosos, todavia, no ano seguinte ocorreu uma queda brusca, pois nenhum idoso foi vacinado. Já em 2012, verificou-se a adesão apenas de um idoso, e no ano passado apenas três aderiram à vacinação (Gráfico 2).

Diante desses dados, observa-se que em relação à vacinação contra a *influenza* sazonal, o quantitativo de idosos vacinados contra a *influenza* pandêmica é muito baixo. Pressupõe que essa restrita cobertura vacinal ocorra devido à falta de conhecimento que os idosos têm sobre a vacina H1N1, associada aos mitos que a envolve, pois como ela foi acrescida recentemente às demais vacinas de campanha anual, além de ter sido registrada algumas reações pós-vacinais em indivíduos imunizados, muitas pessoas tiveram medo de aderir à vacinação.

Evidenciou-se um potencial altíssimo de relatos alusivos ao sentimento de medo em 2009, logo no começo do período pandêmico. É compreensível esse sentimento, visto que a pandemia, em seu auge, era mantida por novas informações que, quando repassadas pela população leiga, adquiriam proporções maiores do que os dados oficiais. Em outras palavras, pode-se notar que as pessoas apresentam certo receio em aceitar tudo que é novo e, se elas não forem orientadas corretamente, não aderem, mesmo que isso possa colocar em risco sua saúde (PEREIRA et al., 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo demonstraram que os saberes dos idosos acerca das vacinas ainda são limitados. Eles reconhecem que a vacina serve para proteger contra doenças, no entanto, a maioria não sabia especificar quais doenças, e muitas vezes associavam apenas à gripe. A correlação das falas com a comprovação da vacinação mediante o cartão de vacinas foi de extrema relevância para o estudo, pois parte dos idosos que afirmaram estar com o esquema de vacinação em dias, não teve sua confirmação no cartão, ou se tinha era apenas contra a *influenza* sazonal. Identificou-se ainda, que a adesão dos idosos à vacinação anti-influenza foi aumentando com o passar dos anos, e que o registro do maior número de doses aplicadas se deu na última campanha, dado esse positivo.

Os motivos para a adesão às vacinas pelos idosos foram diversos, porém o que mais prevaleceu foi o fato dela atuar na prevenção de doenças, e já que a maioria deles tinha doenças crônicas, eles temiam adquirir outras e debilitar ainda mais sua saúde, por isso se vacinavam. Todavia, os tabus e a crença popular em torno das vacinas, bem como, o conhecimento restrito sobre a importância das mesmas, fez com que alguns idosos duvidassem da sua eficácia, além de continuar baixa a cobertura vacinal principalmente em relação às vacinas de rotinas preconizadas pelo MS.

Mediante os dados obtidos, o estudo alcançou os objetivos propostos, além de reforçar que os problemas existentes relacionados ao processo de envelhecimento - por exemplo, a susceptibilidade às doenças infectocontagiosas associadas à imunodeficiência - devem se tornar uma questão primordial em saúde pública, visto que essa já é uma realidade existente em nosso país. Contudo, recomenda-se que estudos acerca da temática sejam aplicados em maior escala e com um maior número de participantes, no intuito de viabilizar dados quantitativos mais fidedignos.

A enfermagem, como coparticipante das práticas de saúde, possui entre suas ações primárias a prevenção de doenças, a promoção e a proteção da saúde, daí a necessidade de intervir de forma instigante e permanente especialmente por meio da imunoprevenção, a fim de minimizar os riscos de incapacidade e buscando melhorias na qualidade de vida desse grupo específico.

Ressalta-se ainda, a importância dos profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, de estarem se capacitando e se atualizando periodicamente a respeito das práticas de imunização e de tudo que lhe envolve, para assim repassar com segurança tais informações

aos demais membros da equipe de enfermagem da UBS, aos ACS, aos usuários e a comunidade em geral.

Sugere-se dessa forma, a ampliação das ações educativas em saúde sobre vacinação para a conscientização da população-alvo, não se restringindo só em épocas de campanha; o acompanhamento adequado das coberturas vacinais nos idosos; a busca ativa dos idosos faltosos, bem como, a análise frequente do cartão de vacinas dos mesmos; e o reconhecimento das limitações e da realidade vivenciada pelos idosos que podem dificultar na sua adesão às vacinas. Vale salientar que o bom desempenho dessas recomendações favorecerá para a melhoria da qualidade da assistência, além de endereçar de forma mais precisa os investimentos em promoção à saúde e prevenção de doenças a grupos mais vulneráveis, como os da terceira idade.

O presente estudo apresentou viabilidade técnica e prática, foi realizado no tempo pré-estabelecido, não havendo dificuldade para sua concretização pela pesquisadora. Pretende-se, portanto, não encerrar as pesquisas sobre essa temática, e sim, instigar outras, visto à importância do tema para a saúde do idoso, para o meio acadêmico, assim como para a sociedade.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, R. M.; GOMES, F. P.; LOPES, A. O. B. Pesquisa em administração: qualitativa ou quantitativa? **Vianna Sapiens**, Juiz de Fora, v. 3, n. 1, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://www.viannajunior.edu.br/files/uploads/20130919_143904.pdf> Acesso em: 13 mar. 2014.
- ARAÚJO, T. M. E. et al. Vacina contra Influenza: conhecimentos, atitudes e práticas de idosos em Teresina. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 439-443, jul./ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400015&script=sci_arttext> Acesso em: 10 nov. 2013.
- BARBOSA, M. A. et al. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 12, p. 38-43, 2004. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n1/v12n1a06.pdf>> Acesso em: 21 fev. 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. São Paulo: Editora Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Campanha nacional de vacinação contra gripe 2013 de 15/04/2013 a 31/05/2013: coberturas vacinais total Brasil**. 2013a. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/consulta_Influenza_13_selecao.asp?naofechar=N&enviar=ok&grupo=todos&faixa=todos&sel=coberturas> Acesso em: 29 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Instrução normativa referente ao Calendário Nacional de Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Ago/30/instrucao_normativa_cal_nacional_vacinacao.pdf> Acesso em: 29 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Vacinação. Direção Geral de Saúde. **Boletim vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 4., jun. 2012a. 2 p. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&ved=0CFcQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Fboletim-vacinacao-n-4-junho-2012.jpg.aspx&ei=BU2JUrsSN8nOkQfW9YHgAw&usg=AFQjCNGb0Vl6vu4AZgMlqlOtpuSt5TrfA>> Acesso em: 17 nov. 2013.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 29 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.318, de 28 de outubro de 2010**. 2010a. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1331929190_1295967296524CALENDARIOS_BASICOS_DE_VACINACAO.pdf> Acesso em: 29 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Influenza: informe técnico 12ª campanha nacional de vacinação do idoso – 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_tec_influenza_sazonal_2010.pdf>
Acesso em: 06 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional de Vacinação Contra o Vírus Influenza Pandêmico (H1N1) 2009**. Informe Técnico Operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 31 p. Disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/influenza/arquivos/informe_tecnico_13_03.pdf> Acesso em: 23 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Promoção do envelhecimento saudável: vivendo bem até mais que 100!:** orientações sobre hábitos de vida saudáveis: cartilha do profissional de saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009. 80 p. Disponível em:
<<http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/promocaoenvelhecimento-profissional.pdf>>
Acesso em: 06 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 184 p. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pos-vacinacao.pdf> Acesso em: 17 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Campanha nacional de vacinação do idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 23 p. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_tecnico_vacina_2007_idoso.pdf>
Acesso em: 13 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 19, 2007b. 192 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>
Acesso em: 11 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Campanha Nacional de Vacinação do Idoso ano 2005**. Informe Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 16 p. Disponível em:
<<http://departamentos.cardiol.br/DECAGE/esquina/superligado/InformeInfluenza23032005.pdf>> Acesso em: 21 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 70 p. Disponível em: <<http://www.assistenciasocial.al.gov.br/legislacao/legislacao-federal/est.%20de%20idoso.pdf>> Acesso em: 11 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Normas de Vacinação**. 3. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 72 p. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_normas_vac.pdf> Acesso em: 02 nov. 2013.

BRIGNOLI, M. **Adesão dos idosos sobre a vacina anti-influenza e sua aceitação nas campanhas anuais em um município de Santa Catarina**. 2008. 69 f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) – Pólo de Educação Permanente em Saúde da Região

Carbonífera, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/000039/000039B9.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2013.

CAÇÃO, J. C.; GODOY, M. R. P.; BOAS, P. J. F. V. Vacinação em idosos: dados atuais. *In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA*, 3., 2003, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Sociedade Paulista de Geriatria e Gerontologia, 2003. 21 p. Disponível em: <<http://www.emv.fmb.unesp.br/PDF/Vacina%E7%E3o%20idoso%20GERP03.PDF>> Acesso em: 02 out. 2013.

CAMPOS, E. C. et al. Fatores relacionados à vacinação contra a gripe em idosos: estudo transversal, Cambé, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 878-888, maio. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/07.pdf>> Acesso em: 14 fev. 2014.

CASARIN, S. T. et al. Vacina contra influenza sazonal – opinião dos idosos. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, [Rio de Janeiro], v. 3, n. 2, p. 1811-1821, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1314/pdf_380> Acesso em: 10 nov. 2013.

COSTA, M. F. L.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, maio/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15872.pdf>> Acesso em: 29 nov. 2013.

CREPE, C. A. **Introduzindo a imunologia**: vacinas. Apucarana, 2009. 25 p. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1816-6.pdf>> Acesso em: 01 nov. 2013.

DIP, R. M. **Vacinação contra a gripe em idosos não institucionalizados**: estudo de base populacional. 2007. 60 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/84.pdf>> Acesso em: 21 fev. 2014.

DIP, R. M.; CABRERA, M. A. S. Vacinação contra a gripe como estratégia de promoção de saúde em idosos. **Geriatrics & Gerontology**, Londrina, v. 2, n. 2, p. 81-85, 2008. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume2-numero2/artigo08.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2013.

DONALISIO, M. R. Política brasileira de vacinação contra a influenza e seu impacto sobre a saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 494-495, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/01.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2013.

DONALISIO, M. R.; RUIZ, T.; CORDEIRO, R. Fatores associados à vacinação contra influenza em idosos em município do Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 115-119, jan./fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100018&lng=pt> Acesso em: 10 nov. 2013.

DONALISIO, M. R.; RAMALHEIRA, R. M.; CORDEIRO, R. Eventos adversos após vacinação contra influenza em idosos, Distrito de Campinas, SP, 2000. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [São Paulo], v. 36, n. 4, p. 467-471, jul./ago. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n4/16724.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2013.

ERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>> Acesso em: 29 nov. 2013.

FEIJÓ, R. B.; SÁFADI, M. A. P. Imunizações: três séculos de uma história de sucessos e constantes desafios. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 82, 3. supl., 2006. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/06-82-S1/port_print.htm> Acesso em: 17 nov. 2013.

FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A.; CORDEIRO, M. R. D. Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não-adesão em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 417-426, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300003&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 10 nov. 2013.

GERONUTTI, D. A.; MOLINA, A. C.; LIMA, S. A. M. Vacinação de idosos contra a influenza em um centro de saúde escola do interior do estado de São Paulo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 336-341, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/16.pdf>> Acesso em: 17 nov. 2013.

GOMES, W. R. et al. Adesão dos idosos à vacinação contra gripe. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 4, p. 1153-1159, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3790/5940>> Acesso em: 14 fev. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=250370&search=paraiba|cajazeiras|infograficos:-evolucao-populacional-e-piramide-etaria>> Acesso em: 21 nov. 2013.

KAUARK, F.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: um guia prático**. Itabuna: Via Litterarum, 2010. 88 p. Disponível em: <<http://www.pgcl.uenf.br/2013/download/LivrodeMetodologiadaPesquisa2010.pdf>> Acesso em: 21 nov. 2013.

MALAFAIA, G. Implicações da imunossenescência na vacinação de idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, [Minas Gerais], v. 11, n. 3, p. 433-441, 2008. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v11n3/capitulo10.pdf> Acesso em: 21 fev. 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010, 149 p.

MICHELETTO, T. M. G. P. **O risco do idoso pedestre nas vias urbanas.** Notas Técnicas. Companhia de Engenharia de Tráfego. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.cetsp.com.br/media/96549/nt219.pdf>> Acesso em: 22 fev. 2014.

MORESI, E. (Org.). Universidade Católica de Brasília. **Metodologia da pesquisa.** Brasília, mar. 2003. 108 p. Disponível em: <http://ftp.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/1370886616.pdf> Acesso em: 21 nov. 2013.

OLIVEIRA, C. R. M. et al. Idosos e família: asilo ou casa. **O portal dos psicólogos.** 2006. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0281.pdf>> Acesso em: 14 fev. 2014.

OLIVEIRA, F. J.; MOTTA, L. B. Vacinação em idosos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto,** Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, ano 6, jan./jun. 2007. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=224> Acesso em: 10 nov. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf> Acesso em: 17 fev. 2014.

PEREIRA, B. F. B. et al. Motivos que levaram as gestantes a não se vacinarem contra H1N1. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 18, n. 6, p. 1745-1752, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n6/25.pdf>> Acesso em: 24 fev. 2014.

PEREIRA, T. S. S. et al. Estudo dos efeitos adversos e do efeito protetor da vacina contra influenza em idosos vacinados pela rede pública no município de Tubarão, Estado de Santa Catarina. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.,** Uberaba, v. 44, n. 1, p. 48-52, jan./fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822011000100012&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 10 nov. 2013.

RIBEIRO, P. C. C. et al. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. **Psicologia em estudo,** Maringá, v. 14, n. 3, p. 501-509, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a11.pdf>> Acesso em: 17 fev. 2014.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia científica.** Paracambi, 2007. Disponível em: <http://www.ebras.bio.br/autor/aulas/metodologia_cientifica.pdf> Acesso em: 21 nov. de 2013.

SANTOS, D. N. et al. A percepção do idoso sobre a vacina contra influenza. **Enfermagem em Foco,** Teresina, v. 2, n. 2, p. 112-115, 2011. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PqjctxQKU1cJ:revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/107/89+&cd=6&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso em: 10 nov. 2013.

SANTOS, B. R. L. et al. Situação vacinal e associação com a qualidade de vida, a funcionalidade e a motivação para o autocuidado em idosos. **Rev. bras. epidemiol.,** São Paulo, v. 12, n. 4, p. 533-540, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000400003&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 10 nov. 2013.

SANTOS, Z. M. G.; OLIVEIRA, M. L. C. Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas dos idosos sobre a vacina contra a Influenza, na UBS, Taguatinga, DF, 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 205-216, jul./set. 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742010000300003&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 19 fev. 2014.

SILVA, S. P. C.; MENANDRO, M. C. S. Representações de idosos sobre a vacina da gripe. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2179-2188, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800002&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 10 nov. 2013.

SISTEL SAÚDE PAMA. Programa de Orientação em Saúde. Sinal de Saúde. **Adultos e idosos também precisam se vacinar**. [S.l.], n. 10, ano 7, abr. 2013. 8 p. Disponível em: <https://www.sistel.com.br/sistel/export/sites/default/sistel/arquivos/SINAL_DE_SAÚDE-10_07-05-2013-Corrigido.pdf> Acesso em: 13 fev. 2014.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 1 v.

_____. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 1 v.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG); SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBIM). **Guia de vacinação geriátrica**. São Paulo, 2013. 34 p. Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/pdf/guia_de_vacinas.pdf> Acesso em: 13 out. 2013.

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, [São Paulo], v. 15, n. 2, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a22.pdf> Acesso em: 08 nov. 2013.

TEMPORÃO, J. G. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **Hist., cienc., saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, 2. supl., p. 601-617, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000500008&script=sci_arttext> Acesso em: 01 out. 2013.

TOSCANO, C.; KOSIM, L. **Cartilha de vacinas: para quem quer mesmo saber das coisas**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2003. 40 p. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1c0dee80474580598c59dc3fbc4c6735/cart_va c.pdf?MOD=AJPERES> Acesso em: 01 out. 2013.

VIEIRA, R. H. G.; ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R. Vacinação contra influenza: construção de um instrumento educativo para maior adesão dos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 603-609, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000300005&script=sci_arttext> Acesso em: 21 fev. 2014.

WALDMAN, E. A. Mesa-redonda: desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, 1. supl., p. 129-132, maio. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000500013&script=sci_arttext> Acesso em: 20 nov. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

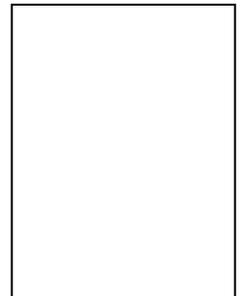
1. Caracterização dos atores sociais	
Sexo: () M () F	
Idade:	Estado Civil:
Escolaridade:	
Com quem reside:	
Ocupação:	
2. Conhecimento sobre vacinas	
2.1. O que o Sr. sabe sobre vacinas?	
2.2. Porque o Sr. acha que as vacinas são importantes?	
2.3. Como está sua saúde depois de ter se vacinado? Mudou em quê?	
2.4. Como está o esquema de vacinação do Sr.?	
3. Motivos para adesão e não adesão às vacinas	
3.1. Quais os motivos que levam o Sr. a tomar ou não as vacinas?	
3.2. O Sr. costuma se vacinar contra gripe anualmente e as demais vacinas? Por quê?	
3.3. Depois que o Sr. toma qualquer vacina apresenta alguma reação? Conte melhor como isso acontece.	
3.4. Quais as dificuldades que você tem para ir ao posto de saúde tomar as vacinas?	

Cajazeiras - Paraíba, ____ / ____ / ____

Assinatura do Responsável

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante



**APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO REGISTRO DOS CARTÕES DE
VACINAÇÃO DOS IDOSOS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ROTEIRO DE VACINAS

VACINAS DOSE	dT	HEPATITE B	INFLUENZA	PNEUMO 23 VALENTE	FEBRE AMARELA
1ª dose					
2ª dose					
3ª dose					
Reforço					

*Roteiro elaborado com base no Calendário de Vacinação do Idoso proposto pelo Ministério da Saúde.

ANEXOS

**ANEXO A - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

Eu, MILENA SILVA COSTA, Professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação da aluna NÊMORA LÍGIA DE SOUSA SANTANA, do Curso de Graduação em Enfermagem no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado *“Imunização na terceira idade: um estudo acerca da adesão às vacinas por idosos”*. Declaro estar ciente e comprometo-me a assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa, no sentido da manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardado da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação nos meios acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (CEP – FSM) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias dos Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 10 de dezembro de 2013

Milena Silva Costa

Milena Silva Costa
Pesquisador (a) responsável

**ANEXO B - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO
PESQUISADOR PARTICIPANTE**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

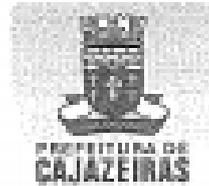
Eu, NÊMORA LÍGIA DE SOUSA SANTANA, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me, junto com a minha orientadora, a Profª. Ms. MILENA SILVA COSTA a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado "*Imunização na terceira idade: um estudo acerca da adesão às vacinas por idosos*". Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa; pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com ela, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Cajazeiras – PB, 10 de dezembro de 2013.

Nêmora Lígia de Sousa Santana
Nêmora Lígia de Sousa Santana
Pesquisador (a) participante

ANEXO C - TERMO DE ANUÊNCIA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAUDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “IMUNIZAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: UM ESTUDO ACERCA DA ADEÇÃO ÀS VACINAS POR IDOSOS”, a ser desenvolvida pelo (a) pesquisador (a) NÊMORA LÍGLIA DE SOUSA SANTANA, sob orientação de MILENA SILVA COSTA está autorizada para ser realizado junto a este serviço.

Outros sim informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rede Municipal de Saúde em Escola

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAUDE

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bom dia (boa tarde ou noite), meu nome é _____, eu sou _____ do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande e o Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), à participar da pesquisa intitulada ***“Imunização na terceira idade: um estudo acerca da adesão às vacinas”***.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar o problema referente à adesão dos idosos às vacinas é devido à baixa cobertura vacinal nos idosos, bem como, o número elevado de internações hospitalares por doenças infecciosas preveníveis a partir da imunização. A pesquisa se justifica porque ainda existem dificuldades na ampliação da cobertura vacinal nos idosos, embora as vacinas gerem uma melhor qualidade de vida para esse grupo populacional. O objetivo dessa pesquisa é analisar os saberes, adesão e comprovação de vacinas em idosos. O(s) procedimento(s) de coleta de dados será(ão) realizado(s) da seguinte forma: o (a) Sr. (a) irá responder uma entrevista semiestruturada que será feita isoladamente em seu domicílio e apenas uma vez, no qual constarão questões para avaliar o seu conhecimento sobre vacinas e os motivos da sua adesão ou não a elas, mediante gravação das falas. Em seguida será feita a observação do cartão de vacinas, a fim de comprovar a sua adesão às mesmas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Não haverá desconforto ou risco mínimo previsível para o (a) Sr. (a) que se submeter à coleta dos dados dessa pesquisa, tendo em vista tratar-se apenas de respostas a uma entrevista, na qual será garantido a fidedignidade, anonimato de sua identidade e informações cedidas, tratados conforme os padrões éticos da Resolução CNS 466/12 e científicos, sendo justificável a realização do estudo devido os resultados possibilitarem a identificação dos saberes dos idosos a respeito das vacinas, os motivos da adesão e não adesão, permitindo assim contribuir para a desmistificação da visão

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador responsável

que as pessoas acima de 60 anos têm sobre as vacinas, além de incentivar a promoção de ações educativas voltadas ao tema proposto, bem como, fornecer subsídios aos leitores para que eles sejam capazes de orientar de forma adequada os idosos, propiciando uma melhor qualidade de vida.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A participação do Sr. (a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que a mesma não tem o intuito de realizar diagnóstico específico para o (a) Sr. (a), e sim identificar fatores gerais da população estudada. Além disso, como no roteiro de entrevista não há dados específicos de identificação do Sr. (a), a exemplo de nome, CPF, RG, etc., não será possível identificá-lo posteriormente de forma individualizada.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O (a) Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O (a) Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum, não haverá nenhum tipo de indenização prevista.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. O (a) pesquisador (a) Nêmora Lígia de Sousa Santana certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador responsável

meio. Ele (a) compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar o (a) estudante Nêmora Lígia de Sousa Santana através do telefone (83) 35322000 e do email nemora.sousa@hotmail.com ou o (a) professor (a) orientador (a) Milena Silva Costa através do telefone (83) 35322000 e do email milenascosta2011@hotmail.com. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, situado na BR 230, Km 504, Cristo Rei, Cajazeiras-Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: (83) 3531-2722.

Nome	Assinatura do Participante da Pesquisa	/ / Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	/ / Data