

A INSERÇÃO DE UMA EQUIPE DO PSF NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO DOS IDOSOS CONTRA GRIPE:
REESTRUTURANDO PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM BUSCA DE EFICIÊNCIA E HUMANIZAÇÃO

*THE INSERTION OF A FAMILY HEALTH PROGRAM GROUP INTO A FLU VACCINATION CAMPAIGN FOR THE
ELDERLY: RESTRUCTURING MEDICAL PRACTICE TO ACHIEVE EFFICIENCY AND HUMANIZATION*

Moacyr da Gama Corrêa Neto ¹
Marina Vasconcellos Laprega da Gama ²
Milton Roberto Laprega ³

RESUMO

O Programa Saúde da Família é uma estratégia rica em recursos e possibilidades que o permite diferenciar as práticas assistenciais à saúde dimensionando-as em novas perspectivas de cuidado e atenção. Buscando integrar estes recursos e perspectivas ao cotidiano, experimentou-se uma reorganização da campanha de vacinação contra a gripe através da inserção de uma equipe do PSF. Com o objetivo de maximizar os resultados desta campanha não somente sob a perspectiva de ampliar a cobertura vacinal, mas sobretudo com o escopo de buscar compreensões para humanizá-la, a equipe operacionalizou formas de abordagem através da busca ativa e do inquérito domiciliar, conciliando a busca de informações à oferta do cuidado. Por estas práticas, pudemos não só atingir uma significativa melhora da cobertura vacinal, como também compreender melhor os significados da vacinação para nossa população, contribuindo para o aprimoramento de abordagens futuras.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde da Família; Saúde do Idoso; Influenza; Vacinação

ABSTRACT

The Family Health Program is a strategy rich in resources and possibilities that allows for differentiated medical health practices giving us new perspectives for health care and attention. In an attempt to integrate these resources into everyday life and optimize the quality of attention offered, a reorganization of the flu vaccination campaign was tried on an FHP group. Since the intent was not only to extend the vaccination coverage, but also to humanize it, the staff developed new approaches through active search and home polls, seeking information and offering care simultaneously. Through this experience we were able to reach a significant coverage extension and also better understand the importance of vaccination for our population, which certainly contributes to the improvement of future approaches.

KEY WORDS: Family Health Program; Aging Health; Influenza; Vaccination

INTRODUÇÃO

Dentre as ações de prevenção primária à saúde as formas de imunização através de vacinas são os exemplos por excelência, constituindo-se em modo de prevenção notória e

¹Médico de Família pelo HCFMRP-USP; Prof. de Saúde Coletiva do Centro Universitário Barão de Mauá..

²Psicóloga pela UFU; Coordenadora do PACS/PSF na Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto / SP.

³Prof. Dr. do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP.

Endereço: R. Nioac, 287 – Monte Alegre. Ribeirão Preto / SP – Cep: 14052-250. Fone: (16) 633-6216.

E-mail: moacyrdagama@uol.com.br ou moa1132@yahoo.com.br

amplamente estabelecido e aceito tanto cientificamente como pelas populações. No que diz respeito à vacinação contra a gripe das pessoas acima de 60 anos no Brasil, isto é parcialmente verdade, uma vez que a aceitação pelos usuários e mesmo por alguns profissionais de saúde ainda está muito aquém do ideal, não obstante benefícios na redução da morbidade relacionada às complicações das infecções respiratórias tenham sido bem definidos, justificando o empenho em transformar esta prática em algo abrangente e aquiescido. Para podermos atingir esta meta, faz-se mister a veiculação de informações adequadas, orientações e um amplo trabalho de conscientização, esclarecimento e educação em saúde, que somente se concretizará na medida em que compreendermos as dúvidas, as incertezas e os motivos de resistência a tal prática.

Tais motivos estarão indubitavelmente relacionados à cultura, ao grau de instrução e às condições sócio-econômicas das pessoas da localidade em questão, bem como à organização da assistência à saúde praticada aí, às ações desenvolvidas anteriormente e aos cuidados prestados à comunidade. Destarte, evidencia-se o quão significativo pode ser a estrutura e organização dos serviços de saúde, enquanto determinantes do processo de saúde e adoecimento dos indivíduos e das populações, e a importância de um diagnóstico de saúde da comunidade que fundamente o conhecimento, a compreensão e o planejamento de atividades que almejem interferir positivamente nestes determinantes.

As equipes do Programa de Saúde da Família, quando capacitadas ao exercício deste novo olhar considerando concepções mais abrangentes, tanto do significado da saúde quanto das ferramentas para o trabalho interdisciplinar organizado em equipe, são capazes de garantir uma resposta mais adequada a estas necessidades, pois possuem características que lhes facilitam o desenvolvimento dos recursos necessários para tal. A adscrição da população, permitindo uma base territorial definida e um número limitado de usuários; o processo de cadastramento para acompanhamento longitudinal destes através de práticas de vigilância à saúde; o estabelecimento de vínculos entre a equipe e esta população, o que permite um melhor conhecimento das realidades individuais e coletivas e gera uma maior responsabilização profissional; a estruturação do trabalho interdisciplinar, integrando conhecimentos diversos na busca da ampliação tanto das compreensões quanto da capacidade de responder às necessidades assomadas da população; uma reorientação do enfoque da doença para a saúde, entendida como recurso positivo para a vida diária, e da fragmentação dos indivíduos para uma atenção voltada à pessoa integral, entendida como sujeito de um processo que se contextualiza no seio familiar e em suas interfaces sociais; a orientação do trabalho engendrada sobre o diagnóstico do *status* de saúde desta população e o planejamento *in loco*, são algumas das características que deveriam ser identificadas nas formas de serviços oferecidos pelas equipes e que lhes permitem redimensionar e reestruturar a organização da atenção

à saúde de forma efetiva e eficiente, com respostas adequadas e satisfatórias à comunidade.

Foi estruturando a forma de cuidado com a saúde através desta orientação que, a partir da identificação da necessidade de desenvolvermos uma estratégia diferenciada para abordar a questão da vacinação dos idosos, desenvolvemos em uma unidade do Programa Saúde da Família esta experiência, evidenciando a exequibilidade de se organizar um serviço de saúde de forma concomitantemente mais humanitária e eficiente. Humanitária na medida em que buscamos a compreensão da funcionalidade dos indivíduos, suas famílias e da comunidade adscrita, objetivando estruturar respostas que considerem os aspectos subjetivos das relações de cuidado à saúde e seus impactos; na medida em que resgatamos valores que retifiquem o coisificar dos indivíduos e minimizamos as iniquidades, garantindo assistência mesmo frente às diversas desvantagens em que se encontram certos subgrupos. E eficiência, na medida em que operacionalizamos modos de atuação que maximizem os resultados tanto quantitativa quanto qualitativamente, através de um planejamento adequado e pertinente, e sobremaneira pelo empenho, compromisso e responsabilização erigidos sobre os vínculos que se estabelecem entre a equipe e a comunidade. Assim, procuramos integrar práticas promotoras de saúde e preventivas à capacidade de acompanhamento e planejamento das ações, com o escopo de maximizar os resultados alcançados e também de identificar os significados de tal campanha para a comunidade.

Acreditamos que não possa haver “fórmulas prontas” a serem seguidas, algo que enrijaria e destituiria de significados todo o processo, mas construções que possam ser fomentadas através da experimentação, do intercâmbio de conhecimentos e da vontade de realizar algo melhor. E é este um dos fins desta experiência: além de modificar a abordagem e os resultados finais da campanha de vacinação dos idosos na comunidade adscrita à unidade do PSF em questão, prestar-se como exemplo de que muitos e bons resultados podem ser obtidos com recursos que se operacionalizam de modo simples, ainda que fundamentados por um processo de criatividade que necessariamente reorienta algo de muito mais profundo na compreensão do que é trabalhar com e para a saúde de outrem.

Desta forma, fomos capazes de modificar a campanha realizada em nossa comunidade, elevando a cobertura vacinal, garantindo cuidado digno, humanizado e efetivamente universal, superando dificuldades e obstáculos, adquirindo conhecimento da realidade local, fortalecendo os vínculos e re-significando todo o processo de trabalho da equipe.

OBJETIVOS

- Ampliar e facilitar o acesso à vacinação.
- Melhorar a cobertura vacinal e reduzir a morbidade associada à gripe.

- Identificar os fatores de resistência e pouca adesão à campanha.
- Avaliar as formas de divulgação da campanha.
- Compreender o entendimento da população local a respeito da vacinação.
- Estabelecer uma assistência pautada no vínculo com o usuário como “humanizador” das relações interpessoais envolvidas na maximização da saúde da comunidade.

METODOLOGIA

A experiência em questão foi vivenciada em uma equipe do PSF situada no município de Cravinhos / SP, município de cerca de 30 mil habitantes. A equipe é a primeira do PSF no município e trabalhava há cerca de 45 dias à época da campanha, no início do processo de cadastramento.

O primeiro passo, sem dúvida, foi a articulação do trabalho em equipe, uma vez que ainda não haviam se estabelecido os vínculos e compreensões necessárias para que os membros desta pudessem se reconhecer mutuamente enquanto profissionais integrados por objetivos comuns. Objetivos que só podem ser almejados quando as riquezas de suas particularidades se somam e interagem, assim engendrando uma síntese que resulta em uma capacidade diferenciada de resposta às necessidades da população. Portanto, a integração de todos na elaboração e operacionalização de um projeto comum era deveras oportuno, quiçá essencial para a consolidação do grupo. Partindo, então, da identificação da necessidade de maior enfoque na campanha, em vista da informação de que o índice de vacinação no primeiro dia desta havia sido baixo, deflagramos um processo de discussão interdisciplinar, buscando o entendimento desta necessidade e de sua importância, resignificando o processo de cadastramento e atribuindo sentido às informações coletadas e ao trabalho dos Agentes Comunitários, que assim puderam compreender a importância de sua função.

Destarte, ao final da primeira semana da campanha, iniciamos um processo de diagnóstico comunitário do seu impacto sobre a população acima de 60 anos de idade cadastrada até o momento. Derivamos do cadastramento um banco de dados com informações sobre os idosos cadastrados e construímos um mapa os localizando. Elaboramos um questionário para inquérito domiciliar, objetivando a busca ativa destas pessoas e a compreensão do significado da vacina para as mesmas. Simultaneamente, capacitávamo-nos para fazer desta busca ativa momento concomitante de educação em saúde, treinando os agentes comunitários para orientar sobre a importância da vacinação, desmistificando as dúvidas e temores mais comuns. Realizamos assim visitas domiciliares aplicando o inquérito elaborado, orientando e convidando as pessoas a se vacinarem. Estabelecemos, também, a partir de então, uma monitoração da sala de vacinas para observarmos o impacto desta primeira intervenção.

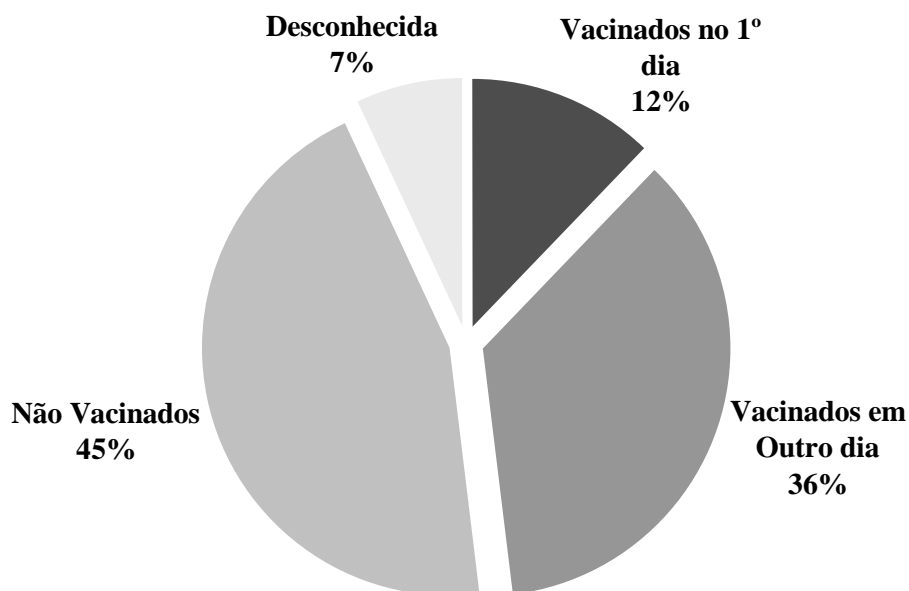
Após análise das informações obtidas neste primeiro momento, como veremos nos resultados, observamos a necessidade de estendermos nossas ações para efetivamente atingirmos um nível satisfatório de cobertura com qualidade e humanização, definitivamente tornando equânime e acessível a vacina a todos. Para tanto, ao final da segunda semana, realizamos novas visitas domiciliares naqueles idosos que ainda não haviam se vacinado, agora também disponibilizando a vacinação no domicílio.

Com estas práticas, estruturadas de maneira bastante simples, sendo perfeitamente factíveis em qualquer unidade do PSF, buscamos reorientar nossas práticas assistenciais para não só um nível diferenciado de eficiência, no caso ampliando a cobertura vacinal, mas, sobretudo, humanizando-as realmente, pela simples preocupação de oferecermos com carinho e respeito aquilo que realmente a nossa população necessita, buscando compreendê-la e adequar nosso trabalho cotidiano à sua realidade.

RESULTADOS

Este trabalho diz respeito aos impactos da intervenção da equipe no total de idosos cadastrados à época da campanha, que representavam 6 % da população total cadastrada. Foram identificados 82 idosos cadastrados na comunidade adscrita à unidade do PSF do município de Cravinhos / SP. A unidade, neste momento, possuía 30,5 % de toda a sua população cadastrada, pois trabalhava há apenas 45 dias. População esta, no entanto, de todo um bairro. Realizou-se visita a 100% dos identificados. Destes, 68 foram encontrados e entrevistados, 4 haviam se mudado, 5 não possuíam mais de 60 anos e 5 não foram encontrados. A população idosa cadastrada após as correções, então, correspondia a 73 pessoas, conseguindo a equipe entrevistar 93,1% desta. Destes idosos entrevistados obtivemos os seguintes resultados:

GRÁFICO 1: SITUAÇÃO VACINAL DOS IDOSOS CADASTRADOS AO FINAL DA PRIMEIRA SEMANA DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO (N = 73)



Como se pode observar, realmente há um baixo percentual de vacinação no 1º dia da campanha (*Gráfico 1*). Muito da não adesão ao primeiro dia, segundo os idosos, diz respeito ao receio de que os postos estejam lotados e haja demora no atendimento. Isto pode indicar que os esforços dos serviços de saúde não devem ser todos orientados para este momento, mas articulados de forma que possa ser oferecido ao longo das semanas da campanha um atendimento de qualidade. Este percentual cresce ao longo da primeira semana, mas não atinge níveis satisfatórios, permanecendo abaixo dos 50 %. Apesar da grande maioria referir conhecimento da existência da campanha (*Tabela 1*), observamos que a incompreensão do significado e importância desta era significativa na população de idosos que não haviam se vacinado.

Sem dúvida, a televisão é hoje o veículo com maior capacidade de atingir um grande contingente populacional, e foi o meio mais referido pelo qual os idosos souberam da campanha. No entanto, talvez as formas de veiculação da informação não estejam sendo suficientemente adequadas a toda a população. Ao menos nesta comunidade, não se mostrou o meio mais efetivo para garantir adesão à campanha, uma vez que, curiosamente, exatamente o grupo de pessoas que não haviam se vacinado cita mais como principal fonte de informação. Outro dado curioso é o fato de que a família não se mostrou como meio convincente em relação à adesão; enquanto aqueles idosos que haviam se vacinado sequer citam os familiares como fonte de conhecimento da

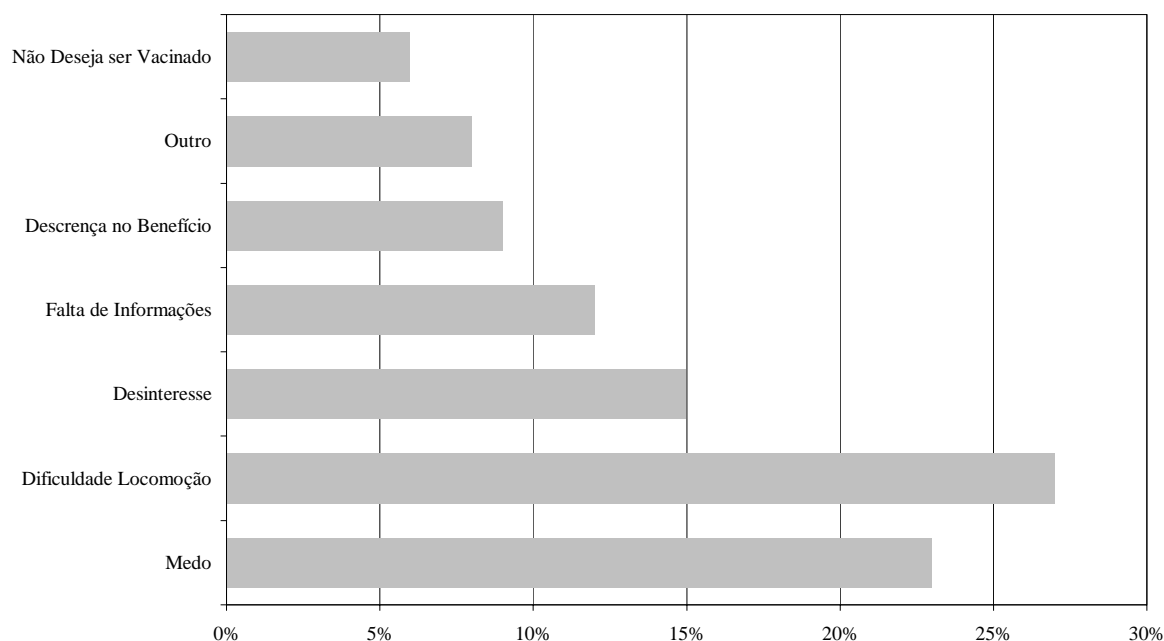
campanha, para os que não se vacinaram este foi o segundo modo de conhecimento mais referido. Mas, para a equipe, a informação mais significativa foi perceber que no grupo populacional onde foi maior a orientação por parte dos profissionais de saúde foi maior a adesão. Sem dúvida isto reflete a importância destes profissionais no estabelecimento de adequada compreensão do significado e na aceitação das práticas de saúde propostas, não obstante os outros modos de informação.

TABELA 1: VALORES PERCENTUAIS DOS MODOS PELOS QUAIS OS IDOSOS ENTREVISTADOS REFERIRAM HAVER RECEBIDO INFORMAÇÃO SOBRE A CAMPANHA (N = 68)

Forma de Informação	Idosos Vacinados na 1ª Semana da Campanha	Idosos Não Vacinados até o Final da 1ª Semana	Total dos Idosos Entrevistados
TV	52	65	58,5
Rádio	12	5	8,5
Cartazes	7	2,5	5
Amigos	2	5	3,5
Familiares	0	7,5	3,5
Profissionais de Saúde	25	5	14,5
Outro	2	0	1,5
Não Sabiam	0	10	5
Total	100 %	100 %	100 %

Um de nossos principais objetivos era tentar compreender que motivos levavam a não aceitação da vacinação, com isto engendrando a possibilidade de traçar futuramente estratégias que pudessem minimizar esta recusa por parte de alguns. Os resultados muito nos surpreenderam, inclusive levando-nos a uma modificação imediata de nossas estratégias. Críamos que o medo pela suposta ocorrência de efeitos adversos ou a desinformação quanto à eficácia da vacina fossem os motivos principais. No entanto, foi possível identificar que o principal fator limitante à adesão à campanha na nossa comunidade era a dificuldade de locomoção até a unidade por diversos motivos.

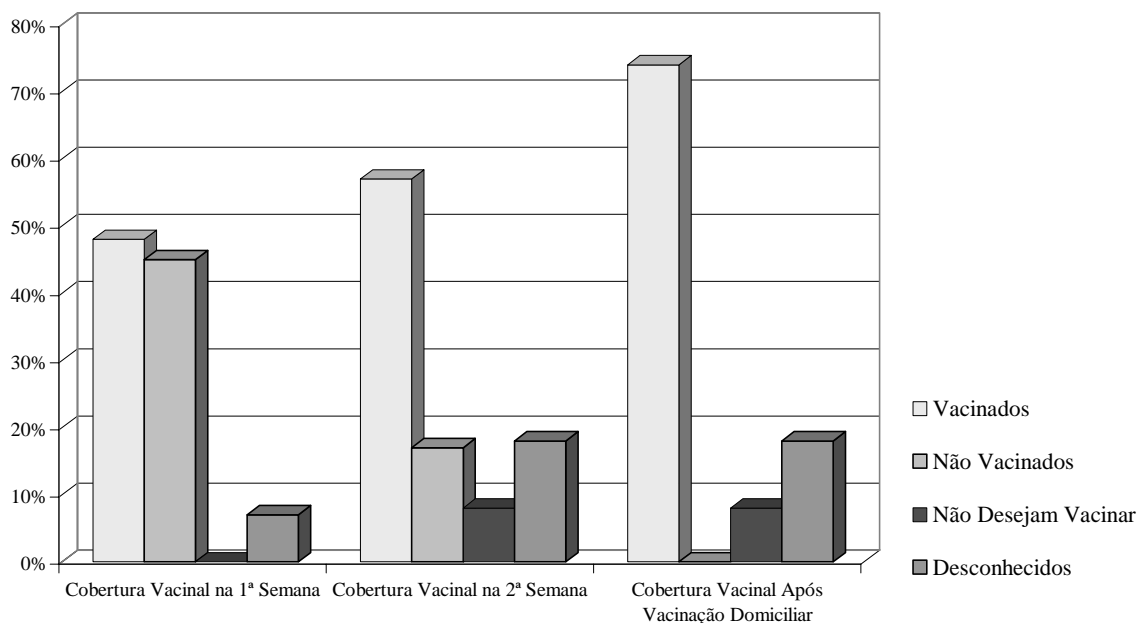
GRÁFICO 2: MOTIVOS REFERIDOS QUE LEVARAM OS IDOSOS ENTREVISTADOS QUE NÃO HAVIAM SE VACINADO AO FINAL DA PRIMEIRA SEMANA DA CAMPANHA A NÃO SE VACINAREM (N = 33)



Esta informação evidencia a fragilidade da acessibilidade no sistema de saúde. Não basta simplesmente erguermos postos, é preciso práticas diferenciadas para minimizar as desvantagens destes subgrupos. Ponto este onde o Programa Saúde da Família se diferencia, servindo como ampliador deste acesso na medida em que é capaz de identificar estas necessidades e articular uma resposta satisfatória através da atenção domiciliar. Deste modo, não nos bastava mais apenas visitar para orientar a respeito dos benefícios da campanha: se desejássemos realmente garantir o acesso à vacina, agora se tornara fundamental que a disponibilizássemos também àqueles que não pudessem ir até a unidade.

A identificação desta demanda e a articulação imediata de uma resposta foi ponto essencial de consolidação do significado do tipo de atenção que nossa equipe poderia desenvolver a esta população, principalmente para os Agentes Comunitários de Saúde que, membros da comunidade, puderam perceber claramente a diferença na prestação de assistência oferecida.

GRÁFICO 3: SITUAÇÃO VACINAL DOS IDOSOS CADASTRADOS A CADA ETAPA DA CAMPANHA (N = 73)



A experiência foi promissora. Ulteriormente, analisando a cobertura vacinal em três momentos distintos – ao final da primeira semana, após a primeira intervenção e após a vacinação domiciliar – foi possível demonstrar o impacto da inserção da equipe do PSF na campanha de vacinação. Como pode ser observado no gráfico 3, ao final da primeira semana o percentual de idosos cadastrados vacinados era de apenas 48 %, com uma grande resistência daqueles que não haviam se vacinado ainda a receber a vacina. Apenas com a realização de visitas domiciliares informativas, quando esclarecemos uma série de dúvidas desta população, fomos capazes de elevar este percentual para 57 %, mantendo-se recusa irreduzível à vacina em apenas 8% dos pacientes. Ainda, após a vacinação domiciliar daqueles que não podiam se deslocar à unidade, esse percentual de cobertura atingiu 74%, algo bastante significativo em comparação com os resultados da primeira semana. Estes percentuais de cobertura não consideram 18% dos idosos que, nesta segunda avaliação, não foram encontrados no domicílio, sendo considerados como com situação vacinal desconhecida. Logo, a cobertura real pode ainda ser algo maior, mas não inferior a este percentual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Indubitavelmente, o Programa Saúde da Família é uma estratégia rica em recursos e possibilidades que o permite diferenciar as práticas assistenciais à saúde dimensionando-as em novas perspectivas de cuidado e atenção. Estas perspectivas podem, e devem, ser implementadas a partir de processos que mobilizem não somente a equipe como um todo, mas a população de um modo geral, enquanto sujeitos ativos do processo determinante da saúde da comunidade. A

organização adequada dos serviços, gerenciada a partir da compreensão de novos significados destes processos e práticas, ainda que através de operacionalizações simplificadas e modificações sutis no atendimento cotidiano, trarão impactos significativos ao longo do tempo na reconstrução da qualidade de vida local. Ainda, através do envolvimento de todos cooperativamente neste processo, da sensibilização e democratização do conhecimento, bem como através do cultivo de vínculos longitudinais com os usuários, nos aproximamos de concepções mais humanizadas para nosso sistema de saúde, corroborando os princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde na medida em que almejamos efetivamente praticá-los.

Foram estes os resultados alcançados: mais que ampliar a cobertura vacinal de um subgrupo populacional, os idosos, através da atuação na campanha nacional de vacinação do idoso, desenvolvemos formas de cuidado humanizadas, que buscam a compreensão e adequação à realidade local não somente de forma técnica, mas afetiva, assumindo nossa responsabilidade enquanto determinante do *status* de saúde desses indivíduos, buscando formas não somente assistencialistas, mas que trabalhem para a transformação da comunidade na busca da melhoria de sua qualidade de vida.

COLABORADORES: Maria de Lourdes A. Rezende, Selma W. Rodrigues, Sirleu J. Junior, Thalita L. Ezarchi: Alunos do 5º ano do curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família - PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.
- MAZZA, M. M. P. R. A Visita Domiciliária como Instrumento de Assistência de Saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. Faculdade de Saúde Pública [on line]. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/MAZZA.htm>>. Acesso em: 05 dez. 2004.
- MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SILVESTRE, J. A.; NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, maio/jun. 2003.

STARFIELD, B. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Submissão: janeiro de 2005 Aprovação: maio de 2005