**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

MANUEL FALCÃO SATURNINO DE OLIVEIRA

**Avaliação da cobertura vacinal em menores de cinco anos em Bom Jesus,
Província do Bengo, Angola.**

**Ribeirão Preto
2011**

MANUEL FALCÃO SATURNINO DE OLIVEIRA

**Avaliação da cobertura vacinal em menores de cinco anos em Bom Jesus,
Província do Bengo, Angola.**

Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade, para obtenção do grau de Mestre em Saúde na Comunidade.

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha

**Ribeirão Preto
2011**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Olveira, Manuel Falcão Saturnino de

Avaliação da cobertura vacinal em menores de cinco anos em Bom Jesus, Província do Bengo, Angola.
111 p.

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: : Passos, Juan Stuardo Yazlle Rocha

1. Avaliação 2. Determinantes sociais de Saúde 3. Vacinação
4. Programas de Imunização 5. Cobertura Vacinal e Taxa de Abandono.

OLIVEIRA, Manoel Falcão Saturnino de.

Avaliação da cobertura vacinal em menores de cinco anos em Bom Jesus,
Província do Bengo, Angola.

Dissertação apresentada a Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de
São Paulo, junto ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde na Comunidade, para
obtenção do grau de Mestre em Saúde na
Comunidade.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e irmãos que estão juntos do Senhor pelo inestimável exemplo de honestidade, trabalho, integridade e amor.

À minha esposa e filhos pelo afeto, amor, estímulo e compreensão que me motivam todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de mais nada, ao meu orientador Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha com que divido a responsabilidade deste trabalho, por ter me introduzido e me direcionado de maneira tão séria e correta nos caminhos da pesquisa. Agradeço também, sua dedicação, amizade e desprendimento que compartilhamos durante estes anos de convivência, quando estive sempre me incentivando e apoiando, em cada passo de minha carreira técnica junto à Secretaria de Estado da Saúde, sem o que jamais teria chegado à essa etapa de minha vida acadêmica e profissional.

Agradeço a todos os docentes e trabalhadores do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, a quem devo parte de meus conhecimentos em Saúde, tendo sido de fundamental importância para o meu crescimento e desenvolvimento de minha vida acadêmica e profissional, em especial à Prof. Dra Daniela, ao Prof. Dr. Edson e a Solange, por sua disponibilidade, apoio e interesse para o desenvolvimento deste estudo.

Devo agradecer especialmente à Rosane Monteiro, que organizou e preparou o banco de dados inicial para o desenvolvimento da pesquisa e que elaborou a primeira etapa do processamento de dados.

Agradeço aos companheiros do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto de Angola; em especial à minha companheira e colega Ema Cândida Branco Fernandes, que acompanhou o desenvolvimento deste trabalho desde o início e ajudou-me a concluí-lo.

Agradeço à Direção de Saúde da Província do Bengo, às Autoridades Governamentais e a população de Bom Jesus, pelo apoio e colaboração para que esta pesquisa fosse possível.

RESUMO

OLIVEIRA, M. F. S. **Avaliação da cobertura vacinal em Menores de cinco anos em Bom Jesus, Província do Bengo Angola, 2010.** 111f. 2011. (Dissertação) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 2011.

Este estudo tem como objetivo avaliar a cobertura vacinal em crianças menores de cinco anos na comuna de Bom Jesus, Bengo, Angola e descrever as relações entre esse indicador com algumas características do contexto sócio econômico e demográfico local, do saneamento do meio, dos agregados familiares, das crianças e das mães ou responsáveis das mesmas. Material e Métodos: trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e censitária, com 1205 crianças menores de cinco anos residentes em Bom Jesus no 1º semestre de 2010, razão pela qual não estabelecemos relações de associação entre as variáveis em estudo. As fontes de dados foram: 1) O inquérito domiciliar por entrevistas as mães ou responsáveis das crianças e aos chefes de família. 2) Cartão de saúde infantil e de saúde materna para os dados referentes ao estado vacinal das crianças e a vacinação antitetânica das mães ou responsáveis, respectivamente. 3) Registros sobre vacinações dos serviços de saúde de Bom Jesus e da província do Bengo. Para o processamento, análise e tratamento dos dados foi utilizado o software Epi-Info, versão 3.5.2. Resultados: Das 1205 crianças, 67,5 não possuíam cartão de vacina; a cobertura vacinal de Bom Jesus foi de 36,6%, sendo mais elevadas nos bairros Coxe e Matabuleiro com 65,2% e 65%, respectivamente e sem diferença entre os sexos; para a VOP, DTP e Hep B, 72,4%, 69,9% e 67,1% das crianças fizeram as doses com intervalos corretos; a maior cobertura vacinal ocorreu nos menores de 30 dias, com 67,9%, sendo esses valores muito menores que a meta de 90%, do PAV/Angola. A cobertura vacinal específica para a BCG, DTP, VOP, contra Hep B, Sarampo, Febre Amarela e antitetânica foi de 90,8%, 47,2 %, 51%, 14,2 %, 43%, 41,5% e 59% %, respectivamente e podem ser consideradas muito baixas com exceção para a BCG; a taxa de abandono para a DTP, VOP e Hep B foi de 32,2%, 32,8% e 25,4% respectivamente, valores muito superiores a meta que OMS/África recomenda é de até 10%; se constatou que aparentemente a cobertura vacinal aumentava conforme houvesse um incremento da escolaridade do chefe de família da e da mãe ou responsável pela criança, quando o chefe de família fosse o pai, mãe doméstica, com a presença da avó, os pais fossem de etnia kimbundo, melhores condições habitacionais, usuários dos serviços públicos de abastecimento de água e de coleta de lixo; os dados sugerem o decréscimo desse indicador conforme aumenta a idade da mãe ou responsável, o tamanho da família, o número de filhos vivos, a ordem de nascimento e a idade da criança. Conclusões: Os resultados indicam a importância dos inquéritos domiciliares como ferramentas indispensáveis na avaliação da cobertura vacinal real e a probabilidade de alguns fatores contextuais, individuais e familiares influenciarem a variabilidade desse indicador, para além de puderem subsidiar a decisão sobre o aperfeiçoamento de programas locais de imunização.

Palavras Chaves: Avaliação, Determinantes sociais de Saúde, Vacinação, Programas de Imunização, Cobertura Vacinal e Taxa de Abandono.

ABSTRACT

OLIVEIRA, M. F. S. **Evaluation of the vaccine covering in Minors of five years in Bom Jesus, Province of the Bengo Angola, 2010.** 111f. 2011. (Dissertation) College of Medicine of Brook Black Color, Ribeirão Preto, 2011.

This study it has as objective to evaluate the vaccine covering in minors of five years in Good Jesus ,Bengo, Angola and to describe the relations between this pointer with some characteristics of the context economic partner and demographic place, of the sanitation of the way, the family units, the children, the mothers or responsible of the same ones. Methodology: one is about an evaluative, descriptive research and tax, with 1205 lesser children five year residents in Good Jesus in the first semester of 2010. The sources of data had been: 1) the domiciliary inquiry for interviews the responsible or mothers of the children e to the family heads, through the application of a form elaborated for the effect. 2) Card of infantile health and maternal health for the referring data to the vaccine state of the children and the against the tetanus vaccination of the responsible mothers or, respectively. 3) Registers on existing vaccinations in the local services of health of Good Jesus and the province of the Bengo. For the processing, it analyzes and treatment of the data was used software Epi-Info, version 3.5.2. RESULTS: Of the 1205 children, 67,5 do not passim vaccine card; the vaccine covering of Good Jesus was of 36,6%, being more raised in the quarters Coxe and Matabuleiro with 65,2% and 65%, respectively; it was observed that the children with less than 30 days had presented the biggest vaccine covering with 67,9%, without difference between the sexes. These values are placed very on this side of the 90% goal, established for the PAV/Angola. The specific vaccine covering for the BCG, DTP, Antipóliomielite, against Hepatitis B, Measles, Yellow Fever and antitectanic was of 90,8%, 47.2%, 51%, 14.2%, 43%, 41.5% and 59%, respectively and can be considered very low with exception for the BCG; the tax of abandonment for the DTP, Antipóliomielite and Hepatite B was of 32,2%, 32.8% and 25.4% respectively, very superior values the goal that OMS/Africa recommends is of even 10%; if it evidenced that apparently the vaccine covering increased as had an increment of the schooling of **head of family, the schooling of the responsible mother or for the child**, when the family head was the father, mother domesticates, with the presence of the grandmother, the parents was speakers of the local language (Kimbundo), with better house conditions and using conditions of the public services of supplying of water and basic sanitation of the environment; the data suggest the decrease of this in agreement pointer it increases the age of the responsible mother or, the size of the family, the number of children livings creature, the increment in the birth order and the age of the child. CONCLUSIONS: The results indicate the importance of the inquiries domiciliary as indispensable tools in the evaluation of real the vaccine covering and the probability of some contextual, individual and familiar factors to influence the variability of this pointer, stops beyond will be able to subsidize the decision on the perfectioning of local programs of immunization.

Key Words: Evaluation, Determinative social of Health, Vaccination, Programs of Immunization, Vaccine Covering and Tax of Abandonment.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos bairros segundo a distância, em quilômetros, do Hospital de Bom Jesus, Província do Bengo. Angola, 2010.....	47
Gráfico 2	Menores de cinco anos segundo o sexo e estado vacinal, Bom Jesus.....	73
Gráfico 3	Taxa de abandono para as vacinas DPT, contra a Poliomielite e Hepatite B, em crianças com cartão, Boas Jesus.....	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Alguns Indicadores sociais, demográficos e ambientais no Mundo, Países menos Desenvolvidos (PMD), América Latina, África e Angola, 2009.....	34
Tabela 2	Taxas de cobertura vacinal em Angola, 2004 a 2009.....	39
Tabela 3	Taxas de abandono da Pólio, DTP, TT e HEP. B, Angola, 2004 a 2009.....	40
Tabela 4	Taxa de cobertura específica por vacina, Bengo, 2004 a 2009.....	42
Tabela 5	Taxa de abandono para Pólio, DTP, TT e HEP, Bengo, 2004 a 2009.....	42
Tabela 6	Distribuição dos domicílios segundo o bairro residencial, Bom Jesus.....	60
Tabela 7	Distribuição dos domicílios segundo algumas características habitacionais, Bom Jesus.....	61
Tabela 8	Distribuição da população segundo o sexo e os bairros residenciais, Bom Jesus.....	62
Tabela 9	Distribuição da população segundo faixa etária, Bom Jesus.....	62
Tabela 10	Distribuição dos domicílios segundo o tamanho da família, Bom Jesus.....	63
Tabela 11	Distribuição da população segundo o idioma, Boa Jesus.....	63
Tabela 12	Distribuição da população com idade igual ou maior de seis anos segundo a escolaridade e a ocupação, Bom Jesus.....	64
Tabela 13	Distribuição dos entrevistados segundo tipo de relação com a criança, Bom Jesus.....	65
Tabela 14	Distribuição do chefe de família segundo o tipo, a escolaridade e salário, Bom Jesus.....	65
Tabela 15	Distribuição das casas com ou sem menores de cinco anos segundo os bairros residenciais, Bom Jesus.....	67
Tabela 16	Distribuição dos menores de cinco anos segundo os bairros, Bom Jesus.....	67
Tabela 17	Distribuição dos menores de cinco anos segundo a faixa etária, sexo, idioma, ordem de nascimento e registro civil, Bom Jesus.....	68
Tabela 18	Distribuição dos menores de cinco anos segundo a faixa etária da mãe ou responsável e o nº de filhos, Bom Jesus.....	69
Tabela 19	Distribuição dos menores de cinco anos segundo a escolaridade e ocupação da mãe ou responsável, Bom Jesus.....	70
Tabela 20	Distribuição dos entrevistados segundo o conhecimento do serviço de saúde local, utilização da sala de vac. e grau de satisfação, Bom Jesus.....	70
Tabela 21	Distribuição dos menores de cinco anos com ou sem cartão segundo o completamento do calendário vacinal, Bom Jesus.....	71
Tabela 22	Distribuição de menores de cinco anos totalmente vacinados ou não segundo os bairros residenciais, Bom Jesus.....	71
Tabela 23	Distribuição de menores de cinco anos com ou sem calendário vacinal completo segundo a faixa etária, Bom Jesus.....	73

Tabela 24	Distribuição de menores de cinco anos com ou sem calendário vacinal completo segundo o idioma, Bom Jesus.....	74
Tabela 25	Distribuição dos menores de cinco anos com cartão segundo as doses das vacinas do PAV, Bom Jesus.....	74
Tabela 26	Distribuição de menores de cinco anos com cartão segundo as doses completadas, Bom Jesus, 2010.....	75
Tabela 27	Proporção de crianças com cartão de vacinas com intervalos corretos entre as doses, bom Jesus.....	75
Tabela 28	Distribuição de menores de cinco anos sem cartão de vacina, segundo as doses completas, Bom Jesus	76
Tabela 29	Distribuição de menores de cinco anos com ou sem cartão segundo o completamento das doses de cada vacina, Bom Jesus.....	77
Tabela 30	Distribuição das mães ou responsáveis de crianças com ou sem cartão segundo o n.º de doses de vacina antitetânica, Bom Jesus.....	77
Tabela 31	Distribuição de menores de cinco anos com ou sem calendário vacinal completo, segundo o tipo, escolaridade e salário do chefe de família, Bom Jesus.....	79
Tabela 32	Distribuição de menores de cinco anos com ou sem calendário vacinal completo Segundo o tamanho da família, ordem de nascimento e número de filhos vivos, Bom Jesus	80
Tabela 33	Distribuição de menores de cinco anos com ou sem calendário vacinal segundo a faixa etária, escolaridade e ocupação da mãe ou responsável, Bom Jesus	81
Tabela 34	Distribuição de menores de cinco anos com ou sem calendário vacinal completo segundo as características da habitação, Bom Jesus.....	82
Tabela 35	Distribuição de menores de cinco anos, com ou sem calendário vacinal segundo o tipo de iluminação, Bom Jesus.....	82
Tabela 36	Distribuição de menores de cinco anos, com ou sem calendário vacinal segundo as fontes de abastecimento de água, Bom Jesus.....	83
Tabela 37	Distribuição de menores de cinco anos, com ou sem calendário vacinal completado, segundo o destino do lixo, Bom Jesus.....	83
Tabela 38	- Taxas de cobertura vacinal em Angola, P. do Bengo e Bom Jesus.....	84
Tabela 39	Distribuição da taxa específica das vacinas, BCG, DTP3, PÓLIO, SARAMPO, HEP. B3, F. A. e TETANO, no Mundo, PMD, A. Latina, África, Angola, Bengo e Bom Jesus.....	84

LISTA DE SIGLAS

ACD - Alcançando Cada Distrito
APS - Atenção Primária da Saúde
BCG – Bacilo Biliado de Calmette – Guérin
CDC - Centro de Controle e Prevenção de Doenças de Atlanta
CDSH - Comissão de Determinantes Sociais de Saúde
CPDH- Centro de Processamento de Dados Hospitalares
CV - Cobertura Vacinal
DDA - Doenças Diarréicas Agudas
DRA - Doenças Respiratórias Agudas
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
DTP- Difteria, Tétano e Pertussis
EAPVs - Eventos Adversos Pós Vacinação
FA – Febre Amarela
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
Gavi - Aliança Global para Vacinações e Imunizações
HEP B - Hepatite B
Hib – Hemofilus Influenza
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HS – Honga Samba
KM² – Kilômetros Quadrados
MEN – Meningite
MINSA – Ministério da Saúde de Angola
NV – Nascidos Vivos
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan – Americana de Saúde
PAI – Programa Ampliado de Imunização
PAV – Programa Alargado de Vacinação
PIB – Produto Interno Bruto
PMD – Países Menos Desenvolvidos
PNI – Programa Nacional de Imunizações
PNUD – Programa das nações Unidas para o Desenvolvimento
RDC – Republica Democrática do Congo
SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Humana
SM – Salário Mínimo Nacional
TA – Taxa de Abandono
TM< 5 - Taxa de Mortalidade em Menores de Cinco Anos
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil
TV – Televisão
TT - Toxóide Tetânico
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNFPA – Fundo das Nações Unidas para Apoio as Populações
USD – Dólar Americano
VOP – Vacina Oral Contra a Poliomielite

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	15
1.1. Determinação social da saúde.....	15
1.2. Avaliação em saúde.....	18
1.3 A Avaliação do programa de vacinação.....	20
1.4 Avaliação da Cobertura Vacinal (CV).....	23
1.4.1 Definição de cobertura vacinal.....	23
1.4.2 Fatores relacionados com a cobertura vacinal.....	24
1.4.2.1 Fatores Individuais, Familiares e Contextuais relacionados com a cobertura vacinal.....	24
1.4.2.2 Fatores Relacionados aos Serviços de Saúde na Cobertura ou Adesão a vacinação.....	25
1.4.2.3 Método de Avaliação da Cobertura Vacinal.....	25
1.4.3 Inquéritos Populacionais em Saúde.....	29
1.5 Características de Angola.....	30
1.5.1 Características Gerais.....	30
1.5.2 O programa alargado de vacinação em Angola.....	34
1.5.3 A PROVÍNCIA DO BENGUELA.....	41
1.6 Justificativa.....	43
2. OBJETIVOS.....	45
2.1 Geral.....	45
2.2 Específicos.....	45
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	46
3.1 Tipo de Estudo.....	46
3.2 Área de Estudo.....	46
3.3 Aspectos Éticos.....	49
3.4 As variáveis em Estudo.....	49
3.5 O Formulário.....	53
3.6 Coleta e tratamento de dados.....	54
4. RESULTADOS.....	60
4.1 Características da habitação.....	60
4.2 Características da população.....	62
4.3 Características da criança e da mãe ou responsável.....	67

4.4 O conhecimento, a utilização e o grau de satisfação dos entrevistados em relação ao serviço relação ao serviço de saúde local.....	70
4.5 Estado Vacinal.....	71
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	86
5.1 Introdução.....	86
5.2 A Cobertura Vacinal.....	86
5.3 Fatores relacionados com a cobertura vacinal.....	89
5.3.1 Fatores individuais, familiares e contextuais relacionados com o aumento da cobertura vacinal.....	90
6. CONCLUSÕES.....	92
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
8. REFERÊNCIAS.....	95
ANEXOS.....	102
APÊNDICES	107

1. INTRODUÇÃO

Para fundamentar as discussões que pensamos como de interesse para a presente pesquisa e atender ao seu objetivo mais geral que é descrever a cobertura vacinal na comuna de Bom Jesus, elegemos cinco aspectos introdutórios para estas discussões, nomeadamente: A determinação social da saúde, A avaliação em saúde, a avaliação do programa de vacinação, avaliação da cobertura vacinal e as características gerais de Angola e Província do Bengo.

Porém, não temos dúvidas de que, os aspectos escolhidos para esta introdução não esgotam a abordagem da cobertura vacinal em Bom Jesus, mas, certamente, representam, para o caso particular desta pesquisa, aspectos imprescindíveis ao seu melhor entendimento.

1.1. Determinação social da saúde

O processo saúde-doença constitui-se num fenómeno complexo, cuja gênese envolve determinações de ordem biológica, econômica, social, cultural e psicológica (BREILH, 1991; BREILH & GRANDA, 1986; LAURELL, 1983), sendo que as necessidades de saúde a ele relacionadas assumem diversas dimensões da realidade. (Silva M, Formigli V, 1994).

Citando Barros (2008, p.6-19).

“[...] o estado de saúde tem sido entendido como fortemente influenciado pelo contexto econômico e social e mais diretamente determinado por quatro vertentes de fatores: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e o sistema de atenção à saúde. Os serviços de saúde, dialeticamente, constituem também a resposta socialmente organizada para fazer face ao estado de saúde prevalente. Evans e Stoddart diferenciam, entre os elementos constitutivos do estado de saúde, os componentes “doença” e “saúde e funcionamento”, discriminando, desta forma, a visão clínica (necessária às condutas médicas) da percepção das próprias pessoas sobre os múltiplos aspectos que conformam a sua saúde.”

Citando Rocha (2010, p. 22, no prelo)

“[...] No seu trabalho McKay cita a influência de Thomas McKEOWN, professor de Medicina Social em Birmingham (EUA) que provou que as melhorias no nível de saúde – na Inglaterra e País

de Gales – eram muito mais conseqüências de mudanças no estilo de vida e no ambiente do que conseqüências dos avanços na ciência médica. Dessa maneira, propuseram um novo conceito do Campo da Saúde.”

Nele são hierarquizados os fatores que afetam o nível de saúde das populações colocando em primeiro lugar o estilo de vida seguido do “ambiente” – conceito que inclui as características naturais e aquelas construídas pela vida em sociedade; em terceiro lugar a organização dos serviços de saúde – ou sistema de saúde e por último, num quarto setor os fatores biológicos, endógenos e as pesquisas e tecnologias. Este marco de referência permitiu explicar porque a grande injeção de recursos nos cuidados de saúde não melhorou significativamente o nível de saúde dos canadenses abrindo a oportunidade para o desenvolvimento de uma nova estratégia na saúde: com base na idéia de que “riscos individualmente auto-impostos”, constituem o “estilo de vida” este é um conceito que permite ligar hábitos pessoais de saúde ao estado de saúde (da população). A conseqüência mais importante é que o esforço para elevar o nível de saúde das populações deve contar com a participação da mesma, diretriz já assinalada no Relatório Lalonde. (Rocha, 2010).

No entanto, verificamos no campo da saúde, a persistência de algumas desigualdades sociais em vários países, em diversas regiões do mesmo país e entre os vários grupos populacionais, devido à atuação aditiva e ou sinérgica de uma rede de fatores ambientais, econômicos, políticos, culturais e sociais designados por determinantes sociais de saúde (DSS) e que expressam as condições sociais em que as pessoas vivem, trabalham e se reproduzem nas dimensões bio-culturais, psicológicas, econômicas.

Este quadro resulta em grande parte de um complexo de deficiências que histórica e culturalmente incidem sobre a formulação, execução e avaliação de políticas sociais abrangentes, realistas, intersetorialmente coordenadas, embasadas no exercício de uma cidadania coletiva ativa e operacionalmente fundamentadas em evidências científicas sobre os principais mecanismos geradores da estratificação social e conseqüentemente sobre a dimensão dos diferentes níveis de exposição a fatores de risco de doença, dos diferentes graus de vulnerabilidade a esses riscos e das distintas conseqüências físicas e sociais que dialeticamente vão ocorrendo em vários grupos populacionais que residem nas diversas regiões que compõem um determinado país.

Entretanto, as desigualdades sociais em saúde, registradas de longa data, tiveram seu estudo retomado com ênfase, na década de 90, frente à verificação da persistência ou ampliação dos diferenciais de saúde entre os segmentos sociais. A Organização Mundial da Saúde justificava sua força-tarefa no tema por considerar que as diferenças de saúde entre os estratos sociais eram excessivas e vulneráveis às tecnologias disponíveis. (Barros, 2008)

Nessa perspectiva vários modelos vêm sendo desenvolvidos para mostrar os mecanismos através dos quais os determinantes sociais de saúde afetam os resultados na saúde, para deixar claras as conexões entre diferentes tipos de determinantes de saúde e para localizar pontos estratégicos para as ações de políticas intersectoriais.

Entre esses modelos explicativos da determinação social da saúde, podemos destacar os modelos de Dahlgren e Whitehead (influencias em camadas), da CDSH da OMS, Diderichsen que genericamente explicam como as desigualdades sociais na saúde são resultado das interações entre os diferentes níveis de condições, desde o nível individual até o de comunidades afetadas por políticas nacionais, identificando os determinantes estruturais que geram a estratificação social (renda, educação, cultura, etc.) e os intermediários (condições de vida, de trabalho, comportamentos, etc.) que a partir da estratificação social condicionam os diferenciais de exposição e de vulnerabilidade a situações desfavoráveis a saúde, entrando o sistema de saúde nessa ultima categoria. (CSDH, 2005).

Entretanto, nas últimas décadas, as desigualdades referentes às diferenças de gênero, raça, os tipos de moradia e suas condições, composição familiar por moradia, nível de instrução, numero de analfabetos, taxa de pessoas sem ocupação, distribuição da população segundo categorias profissionais, situação de trabalho, taxa de desocupados origem da população, grupos étnicos, padrões culturais, crenças e costumes frente à saúde, segmentos compostos por pessoas pobres, complexidade e estruturas de redes sociais e afiliação religiosa, de entre outros, despertam o interesse de várias instituições e pesquisadores.

Contudo, os estudos de desigualdades sociais em saúde ganharam aporte significativo com o desenvolvimento de novos métodos e desenhos, com a diversificação dos eventos de saúde que passam a constituir objeto de análise, com a utilização de técnicas alternativas de mensuração das disparidades e com o acúmulo de conhecimentos sobre os principais vieses a que os estudos estão sujeitos. Para quantificar e monitorar a disparidade social em saúde,

inúmeras medidas são propostas e ensaiadas, incluindo medidas absolutas ou relativas, de estruturas, de processos, de resultados, de efeito e de impacto, brutas ou modeladas. (Gadelha, 2007; Reis 2005).

Assim, se assiste a um amplo e forte desenvolvimento das várias áreas científicas, através da elaboração de teorias, técnicas e metodologias que permitem a construção de novos indicadores e métodos de coleta, mensuração, análise e interpretação de dados, explicitando a necessidade de uma abordagem quantitativa e qualitativa desses fenômenos.

Deste modo o estado de saúde passa a ser concebido como constituído por subdimensões que respondem ao avanço e à complexidade do conceito de saúde-doença e esses componentes começam a ser captados por um amplo e diferenciado conjunto de pesquisas científicas, das quais emergem com considerável acuidade, vigor e interesse, as pesquisas avaliativas em saúde. (Barros, 2008; Cesar e Tanaka, 1996).

1.2 A Avaliação em saúde

A Avaliação é uma atividade tão velha como o mundo, sendo um processo essencialmente humano e inerente ao próprio processo de aprendizagem, realizado cotidianamente pelo senso comum, com contornos vagos e que agrupa diversas e múltiplas realidades. (Aguilar; Ander, 1994).

Em sentido bem amplo, avaliar significa julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente algo ou alguém, surgindo na literatura de forma muito diversificada, já que se vem afirmando como uma área em fase galopante de crescimento e desenvolvimento conceitual e metodológico. (Castanhar; Cezar, 2005).

A avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida, destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável os dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa ou de um conjunto de atividades específica que se realizam,

foram realizadas ou se realizarão de forma tal que sirva de base ou guia para a tomada de decisões. (Aguilar; Ander, 1994).

As principais variáveis que orientam as decisões conceituais e metodológicas da atividade de avaliação são: (1) objetivo de avaliação, (2) posição do avaliador, (3) enfoque priorizado, (4) metodologia predominante, (5) forma de utilização da informação produzida, (6) contexto da avaliação, (7) temporalidade da avaliação, e (8) tipo de juízo formulado. “Com base nesses critérios, os autores classificam a atividade avaliativa em pesquisa avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão. (Novaes, 2000).

Podemos definir como principais etapas do processo de avaliação, a definição do objeto e a formulação do planejamento da avaliação, a elaboração de indicadores, a definição de padrões para julgar o desempenho, a escolha das fontes de informação, a construção dos instrumentos de coleta de dados, a realização do trabalho de campo; a elaboração do relatório e a devolução e debate de dados, sendo este o processo que foi utilizado na realização da presente pesquisa. (Antunes, 2001).

Na área da saúde, a avaliação procura analisar a situação de saúde de um indivíduo ou de um grupo como resultado da interação ou da falta de interação com o serviço de saúde, com os diversos fatores ambientais e com os demais determinantes sociais do processo saúde-doença que estão fora do setor. (Viacava ET al, 2004).

Genericamente podemos distinguir nos processos avaliativos quatro distintos objetos de estudo: (1) a estrutura, onde os indicadores utilizados são aqueles que refletem informações quantitativas sobre a infra-estrutura dos serviços de saúde, seu nível de organização, os tipos de serviços disponíveis para a população e os recursos a serem empregados; (2) o processo, onde os indicadores estão relacionados com a forma de organizar e articular os diversos componentes do sistema de saúde na prestação de serviços e intervenções; (3) o impacto e ou os resultados, onde os indicadores avaliam o de que forma os objetivos foram alcançados e ou o nível de saúde da população que foi atingido como consequência da intervenção e (4) avaliação do contexto específico onde ocorre a intervenção, onde os indicadores se relacionam com a provável forma como o meio externo pode influenciar a magnitude e qualidade da intervenção. (Novais, 1996; Tanaka e Melo 2004).

Entretanto é conveniente levar em consideração que a utilização desses critérios vai depender de entre outros fatores, do nível da realidade que é tomado como objeto do processo de avaliação e dos principais atributos ou características das praticas de saúde e da sua organização social.

Esses atributos podem ser agrupados e definidos de várias formas, sendo que na condução do presente trabalho e com base nos aspectos conceituais e metodológicos já referidos, optamos por agrupar os mesmos relacionando-os com:

- a) a disponibilidade e distribuição social de recursos (cobertura, acessibilidade e equidade);
- b) o efeito das ações e praticas de saúde (eficácia, efetividade e impacto);
- c) os custos das ações (eficiência);
- d) a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnica-científica);
- e) a percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade). (Hartz, 2000)

1.3 A Avaliação do programa de vacinação

Um programa é uma resposta institucional ou comunitária a uma situação-problema, com necessidades específicas e que se desenvolve num determinado contexto cultural e social, tendo como dos componentes estruturais o processo de avaliação.

Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades e às singularidades das representações sociais individuais ou coletivas da população em um determinado contexto histórico, social e cultural e é expressa em políticas, programas e serviços de saúde cuja estrutura e organização emergem da observância aos princípios e as diretrizes definidas pelas competentes instituições públicas dos diversos Países. Desta forma surgem várias propostas de modelos assistenciais, integrados em sistemas de saúde que adotam uma imensa pluralidade orgânica- funcional em resposta á interação sinérgica entre os mais diversos atores sociais e interesses que atuam em determinado contexto sócio-político.

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma Ata, enfatizou a necessidade de que os países em desenvolvimento formassem políticas de saúde capazes de melhorar os indicadores de morbidade e mortalidade de seus povos, principalmente com ações de controle das doenças transmissíveis, entre elas, a vacinação como intervenção cujo recurso fundamental fora a existência de uma vacina eficiente, de baixo custo e de fácil aplicação como a vacina antivariólica. O sucesso da erradicação global da varíola abre a perspectiva da utilização de outras vacinas, visando o controle, a eliminação ou a erradicação de outras doenças. (Mendes, 2010).

Este quadro permite-nos compreender a relevância da Atenção Primária à Saúde (APS) como peça organizativa fundamental nos modelos assistenciais dos diferentes sistemas de saúde implantados em vários Países após a realização da Conferência de Alma-Ata, em 1978, no Cazaquistão sob a égide da OMS, visando à universalização, a territorialização, e a integralidade dos cuidados de saúde, com destaque para a atenção à criança.

Desta forma, a atenção à saúde da criança vem ganhando visibilidade ao longo dos anos, através de programas que a promovem de forma integral a atenção de melhor qualidade, priorizando os grupos de risco, procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços. Assim, enfocando a Assistência Integral à Saúde da Criança, seis ações básicas surgiram como respostas aos agravos mais frequentes na morbimortalidade de crianças de 0 a 5 anos de idade: aleitamento materno, orientação alimentar para o desmame, controle da diarreia, controle das doenças respiratórias na Infância, imunização/vacinação e puericultura.

Espera-se com estas ações compor um conjunto de medidas que objetivem a realização de atividades preventivas, educativas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, quando realizadas de forma integralizada e com qualidade, ocorrendo, assim, a redução da morbidade e da mortalidade infantil. (UNICEF, 2008).

Por outro lado, a disponibilidade de vacinas eficientes e economicamente acessíveis respaldou em 1979, a decisão da Assembleia Mundial de Saúde de aprovar o Programa Ampliado de Imunização (PAI) com o objetivo de apoiar a estruturação e o desenvolvimento do programa de vacinação nos diversos países. A meta era vacinar as crianças, antes de completarem um ano de idade, com três doses da vacina tríplice bacteriana (DTP) e da pólio oral (Sabin), com uma dose de BCG, ao nascer, e uma dose do anti-sarampo. (PAV, 2001).

Visando o controle do tétano neonatal, foi incluída, com duas doses de toxóide tetânico (TT), a vacinação de mulheres em idade reprodutiva. A esses grupos-etários, portanto, destinavam-se as vacinas, conformando-os como os grupos-alvo do programa. (PAV, 2001).

Assim, a imunização é considerada uma intervenção de saúde altamente efetiva, eficiente, de baixo custo, aplicada através de tecnologias simples e localmente aceitáveis, que se deve desenvolver tendo em conta o perfil epidemiológico das diferentes localidades, constituindo-se com toda legitimidade num dos fatores intimamente associados á redução da morbimortalidade infantil em todas as regiões do mundo. (Minsa, 2003).

O reconhecimento dessas qualidades por vários organismos internacionais e Governos originou que a vacinação se apresentasse como constante preocupação nas propostas das políticas do setor da saúde de forma geral e, em particular, nas ações desenvolvidas no âmbito da atenção primária de saúde, relativas aos aspectos de prevenção de doenças e/ou proteção específica, iniciando-se deste modo um movimento político e sanitário de sistematização da vacinação em programa, visando principalmente os países em desenvolvimento. (OMS/UNICEF, 1978).

Assim, os programas nacionais de vacinação constituem peças importantes no controle das doenças transmissíveis que podem ser prevenidas mediante imunizações. O modelo tecnológico adotado por esses programas combina uma série de elementos tais como a vacinação de rotina, os dias nacionais de vacinação, as campanhas periódicas e vigilância epidemiológica. Portanto, o modelo tecnológico utilizado para o manejo das doenças imunopreveníveis, em âmbito coletivo, conjuga, em suas diferentes estratégias, atuações individuais e atuações coletivas. A cobertura vacinal alcançada dessa forma, tanto pelas atividades de rotina quanto pelos dias nacionais de vacinação, constitui um dos principais elementos para garantir o impacto populacional dessas estratégias. (FUNASA, 2001).

Segundo Poore (1988),

“[...] nos países em desenvolvimento, nos programas de vacinação, as técnicas para estimar a cobertura podem não ser sensíveis o suficiente para identificar grupos de risco, nem a razão pelas quais são de risco para algumas doenças. Para solucionar esta lacuna, duas estratégias complementares e interdependentes para aumentar o alcance dos

serviços de saúde têm sido propostas e realizadas. A primeira, o estabelecimento e manutenção de um elo de comunicação entre a população e os serviços de saúde; o uso apropriado desta estratégia tem mostrado melhorias na assistência à saúde. Em segundo lugar, o estabelecimento de sistemas de saúde efetivos e contínuos, apoiados tanto pelos governos como pelos profissionais de saúde, que é essencial para dar continuidade a todo programa, inclusive o de imunização.”

Assim, a avaliação de qualquer programa é considerada útil se gerar informações não só sobre o bom desempenho do mesmo, como também sobre os passos para atingir, e até superar, suas metas. A avaliação do desempenho ou do mérito do programa, para ser mais útil, deve identificar os elementos que têm bom desempenho e os que apresentam problemas. Deve também identificar a origem de tais problemas e propor soluções tecnicamente fundamentadas. Sendo assim, avaliar o mérito do programa deve ser entendido como é um meio, e não um fim, da avaliação. (Nascimento, 2008).

Em consequência, entende-se que a análise ou avaliação do impacto provocado por uma atividade, uma ação, um programa tem por finalidade estabelecer se as intervenções produzem os efeitos propostos. Esta análise pode ser realizada em qualquer etapa do trabalho, desde a definição da política, no planejamento, antes e durante a execução e para ser efetivada, utiliza dados qualitativos e quantitativos cuidadosamente coletados e sistematizados. (Gattás, 1996).

1.4. Avaliação da Cobertura Vacinal (CV)

1.4.1 Definição de Cobertura Vacinal

A cobertura vacinal pode ser entendida como a proporção de crianças de um grupo etário que receberam o esquema completo de vacinação em relação às crianças desse grupo etário existentes na população, entendendo-se por esquema completo a aplicação de todas as vacinas preconizadas pelo programa, cujas doses foram aplicadas nas idades corretas (adequação epidemiológica) e com os intervalos corretos (adequação imunológica). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL 1984).

1.4.2 Fatores Relacionados com a cobertura vacinal

A partir da literatura consultada podemos apreender que existem vários fatores relacionados aos usuários, ao contexto e aos serviços e programas de imunização que interferem no grau de cobertura vacinal, dependendo da região, do período em que foi realizado o estudo, assim como, das várias opções metodológicas e operacionais que foram adotadas, mostrando-se esses fatores em alguns estudos associados a piores ou a melhores coberturas vacinais.

Segundo Luhm (2008) esses fatores podem ser agrupados da seguinte forma:

1.4.2.1 Fatores Individuais, Familiares e Contextuais relacionados com a cobertura vacinal

Os fatores individuais, familiares e do contexto onde os indivíduos vivem, associados a menores coberturas vacinais ou baixa adesão à vacinação referem-se a:

- Regiões com maiores coeficiente de mortalidade infantil e proporção de baixo peso ao nascer; parentesco da mãe com o chefe de domicílio (a não ser esposa); mãe adolescente; falta de água encanada e ou banheiro no domicílio; baixa escolaridade materna e ou do chefe da família; incremento na ordem do nascimento da criança; família de migrantes; raça/etnia; morar em regiões/estratos com piores condições sócias econômicas; mãe solteira; mãe que trabalha fora do lar, baixa renda familiar e família de migrantes.

Os fatores individuais, familiares e do contexto onde os indivíduos vivem associados a coberturas vacinais elevadas ou alta adesão a vacinação podem ser agrupados em:

- Morar em regiões/estratos com melhores condições socioeconômicas; elevada cobertura de consulta pré-natal; morar em localidades com cobertura vacinais > 80%; avó morando junto com a criança; maior escolaridade do chefe da família, alta renda familiar.

1.4.2.2 Fatores Relacionados aos Serviços de Saúde na Cobertura ou Adesão a Vacinação

Segundo Luhm (2008) os fatores relacionados aos serviços de saúde que estão associados ao aumento da cobertura vacinal ou da adesão a vacinação, resumidamente são os seguintes:

- Estratégias de “remind/recall”; avaliação da cobertura vacinal pelos serviços; solicitação de atestados de vacina em escolas e creches; serviços de saúde pequenos, com populações restritas; incentivos para os profissionais; indicação de vacinas não exclusivamente por médico; pós-consulta de enfermagem; avaliação da situação vacinal em todas as idas ao serviço; participação em programas de suplementação nutricional; estados com maior concentração de pediatras; visitas ao médico generalista; registros informatizados de imunização; estratégia de atenção primária à saúde; e estratégia da saúde da família.

Quanto aos fatores ligados aos serviços de saúde que surgem associados à diminuição da cobertura vacinal e da adesão a vacinação, o estudo que vimos citando só se refere ao uso do serviço privado para a vacinação.

1.4.2.3 Métodos de Avaliação da Cobertura Vacinal

Compreendemos que a avaliação da cobertura vacinal pode contribuir para obtenção de respostas relacionadas com: o acesso, os resultados, a efetividade do programa e o volume de indivíduos suscetíveis às doenças imunopreveníveis na comunidade. Para, além disso, o conhecimento preciso da cobertura vacinal é um dos elementos essenciais para a programação e execução das necessárias atividades de vigilância epidemiológica.

Contudo, a construção desse indicador apresenta vários problemas. Alguns são derivados da concepção do sistema de informação e outros, do processo de coleta de dados.

O Sistema de Informação utiliza para medir a cobertura vacinal o número de doses aplicadas e não crianças vacinadas, tornando-se assim impossível saber, em termos coletivos, a situação vacinal das crianças e determinar, por exemplo, o percentual de crianças completamente vacinadas.

O numerador da fração pode estar alterado por erros no registro de doses aplicadas. Os erros ocorrem no tipo de imunobiológico aplicado à idade, e à dose. Em algumas situações especiais também podem acontecer erros na consolidação manual das doses aplicadas das unidades de vacinação de um município. O denominador pode estar sub ou super dimensionado por erros na estimativa populacional da população alvo nos anos intercensitários. As estimativas populacionais para menores de um ano e de um a quatro anos estão sujeitas às variações de fecundidade, fluxo migratório, etc.(Silva; Formigli e Kruchesky, 1997).

Assim para responder à seguinte pergunta, – Qual é a cobertura vacinal real para uma dada população? Há essencialmente duas formas de avaliação da cobertura vacinal, com diferentes indicações de aplicação, vantagens e desvantagens:

A) Método administrativo (doses administradas)

Estimado rotineiramente a partir das informações dos boletins produzidos pelos serviços de saúde que são preenchidos pelas equipes de enfermagem nas salas de vacinação em Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatorios e hospitais. Esse é o método mais utilizado para avaliar a cobertura vacinal devido à disponibilidade e facilidade de acesso aos dados. As metas anuais são acompanhadas por gráficos mensais, uma forma prática, sensível e que permite a visualização do desenvolvimento do programa, podendo ser adaptado a qualquer grupo populacional e tipo de vacina.

Outros indicadores podem ser úteis na avaliação da cobertura vacinal, entre eles a taxa de abandono, eficácia vacinal e o registro de vacinas (permite conhecer a situação vacinal individual ou da população alvo), número total de doses aplicadas, número de primeiras, segundas e terceiras doses aplicadas, número total de doses gastas, o destino e a data de distribuição dos lotes de vacinas, a quantidade de vacinas em estoque, o lote e a data de vencimento.

Estas informações são obtidas através de formulários padronizados como a caderneta de vacinação, ficha de registro, o mapa diário, o boletim mensal de produção das atividades de vacinação, o boletim mensal de estoque e destino dos lotes de vacina.

Entretanto, existe a possibilidade da cobertura vacinal assim avaliada não refletir a cobertura real, pois as informações são relativas às doses aplicadas, independentemente da idade e do intervalo entre as aplicações, acarretando o desconhecimento da permanência de indivíduos suscetíveis, além de que as doses aplicadas com intervalos mais curtos podem não desenvolver imunidade. Somam-se a isso que os dados de produção estão sujeitos a erros de registro (sub-registro, duplicidade de dados) e não mostram algumas especificidades como informações sobre aquelas crianças que, embora residindo na área de influência do serviço de saúde, foram vacinadas em serviços de outras áreas. (Moraes; Ribeiro, 2008; Pereira et al,2009).

B) Método Estatístico

É obtido por meio de inquéritos populacionais, apresenta vantagens em relação ao método anterior, pois não sofre influência da invasão ou evasão de crianças já que os dados do numerador estão contidos no denominador. Destaca-se ainda que os inquéritos representem a única fonte de dados para obtenção de informações, tanto de usuários quanto de não usuários do sistema de saúde, dos que recebem os cuidados e dos que não recebem ou mesmo daqueles que não têm acesso ao sistema de saúde.

Permitem também, quando programado, coletar as variáveis socioeconômicas da área de abrangência e das famílias, constatar a idade da administração de cada dose de vacina e o intervalo entre elas, conseguir informações sobre as crianças que, embora residindo na área de influência do serviço de saúde, foram vacinadas em outros serviços e as que receberam vacinas em serviços não vinculados ao sistema público de saúde. A realização de inquéritos permite conhecer a cobertura vacinal real, compará-la com a cobertura administrativa, identificar o acesso e a adesão ao programa de imunizações, bem como as desigualdades sociais existentes na cobertura vacinal.

Além disso, torna possível conhecer a aceitabilidade dos serviços de imunização e a percepção dos usuários quanto à vacinação, compreender o contexto de baixas coberturas vacinais, as razões para a não vacinação ou vacinação incompleta, bem como subsidiar e avaliar estratégias locais de inclusão adotadas pelos programas de vacinação. Em muitos Países o método mais utilizado para avaliar a cobertura vacinal tem sido através de dados registrados nos serviços de saúde, porém estes registros nem sempre fornecem informação

precisa e/ou completa. As falhas derivadas dos dados de rotina geralmente são ocasionadas por problemas com o indicador, por estar sujeito a erros nos registros e na consolidação (falhas de numerador) e erros de estimativas da população (falhas de denominador). Além disso, os dados das campanhas de vacinação em massa não podem ser simplesmente somados aos de rotina, pois o numerador não estaria refletindo a realidade, à medida que um mesmo dado esta sendo registrado mais de uma vez.

Finalmente, através dos dados administrativos de cobertura vacinal não é possível conhecer a cobertura vacinal global de uma determinada população, pois são coletados separadamente para cada vacina. (Moraes; Ribeiro, 2008; Pereira et al,2009).

O acompanhamento e a avaliação da cobertura de vacinação podem ser feitos também mediante o conhecimento da taxa de abandono (TA), no caso de vacinas cujo esquema corresponde a mais de uma dose (vacina oral contra a poliomielite, DTP, Hib e contra a hepatite B). Para essas vacinas, a criança só é considerada completamente vacinada quando o esquema for completado com a administração da terceira dose. (FUNASA, 2001)

Com muita frequência, algumas crianças recebem apenas a primeira dose, ou somente as duas primeiras, atribuindo-se o abandono a vários fatores, sendo os mais comuns:

A falta de esclarecimento quanto ao tipo de vacina administrada e ao número de doses necessário; a presença de reações à vacina maiores que as esperadas; e o mau atendimento nos serviços de saúde. (FUNASA, 2001).

Segundo a FUNASA (2001), a taxa de abandono expressa o percentual de crianças que não chegou a completar o número mínimo de doses necessário para se proteger. Onde o Sistema não está ainda informatizado pode-se utilizar a seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de abandono (TA)} = \frac{\text{Número de primeiras doses} - \text{Número de terceiras doses}}{\text{Número de primeiras doses}} \times 100$$

1.4.3 Inquéritos Populacionais em Saúde

Nos países em desenvolvimento, geralmente os inquéritos populacionais em saúde têm um caráter mais episódico e são baseados em modelos desenvolvidos por organismos internacionais como o Banco Mundial.

A importância dos inquéritos populacionais reside no fato de que possa de forma eficiente e pouco onerosa produzir informações sobre as múltiplas dimensões do estado de saúde, a associação positiva ou negativa de fatores demográficos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, políticos e outros com a saúde da população, assim como, permitir a avaliação das desigualdades sociais em saúde, acesso e uso de serviços de saúde.

A realização periódica de inquéritos permite a execução de mudanças nas estratégias das atividades de vacinação ou execução das mesmas, quando necessário. Especificamente, estes inquéritos mostram se os objetivos propostos pelo programa de vacinação estão ou não sendo atingidos, em relação ao número de pessoas que se esperava vacinar e aos efetivamente vacinados (OPAS/OMS, 1980).

Os inquéritos fornecem subsídios importantes às secretarias de saúde, estaduais e municipais, no que se refere ao funcionamento de seus programas de imunizações, através de informações que não podem ser obtidas pelos dados registrados na rotina dos serviços. (Barata ET al,2005).

Os inquéritos populacionais em Angola são realizados episodicamente por organizações não governamentais, geralmente com financiamento próprio e para responder a alguma necessidade imediata dos organismos governamentais.

1.5 Características de Angola

1.5.1 Características Gerais

A República de Angola é um Estado laico, independente desde 1975, de língua oficial portuguesa, Membro da Organização das Nações Unidas, da Organização da União Africana, da Comunidade de Desenvolvimento dos Países da África Austral, da Comunidade dos Países de Língua Oficial Portuguesa e de outras Organizações Políticas e Econômicas Internacionais cuja moeda é o Kwanza, tem uma superfície de 1.246.700 km², com uma extensão de 1.600 km de norte a sul, na costa meio ocidental de África, entre os paralelos 4°22' e 24°25', cujo território é limitado a norte pela República do Congo e República Democrática do Congo (RDC), a Leste pela República da Zâmbia e a RDC, a Sul pela República da Namíbia e ao Oeste pelo Oceano Atlântico.

É o segundo maior País de língua oficial portuguesa depois do Brasil. O território é dividido político e administrativamente em 18 províncias, 283 municípios e 523 comunas. É um Estado laico, democrático, com sistema político multipartidário, com um sistema de governo Presidencialista Parlamentar, tendo como Órgãos de Estado a Presidência da República, a Assembleia Nacional (Parlamento) como órgão legislativo, os Tribunais (Poder Judicial) e o Governo constituído por Ministérios, Vice- Ministérios e Secretarias de Estado, sendo que cada ministério tem Direções provinciais, Municipais e comunais que adotam formatos diferentes segundo as particularidades regionais e locais, mas, com as mesmas atribuições e competências legalmente atribuídas. (Governo de Angola, 2005).

Angola, apesar de se localizar numa zona tropical tem um clima não característico desta região, devido à confluência de três fatores: a Corrente Fria de Benguela, o relevo no interior e o Deserto do Namibe, a Sudeste. Em consequência o clima de Angola é caracterizado por duas estações, a das chuvas, de Outubro a Abril e a seca, conhecida por cacimbo, de Maio a Agosto, com temperaturas mais baixas. (Minsa, 2003).

Por outro lado, enquanto a orla costeira apresenta elevados níveis de pluviosidade, que vão decrescendo de Norte a Sul, dos 800 mm para os 50 mm, com temperaturas médias anuais acima dos 23 ° C, A zona do interior pode ser dividida em três áreas, ou seja, a Zona Norte, com grande pluviosidade e altas temperaturas, o Planalto Central, com uma estação seca e

temperaturas médias da ordem dos 19°C e a Zona Sul com amplitudes térmicas bem acentuadas devido á proximidade do deserto do Kalahari. (Bungo, 2002).

Sobre o ponto de vista demográfico, Angola tem a volta de 18 milhões de habitantes, com uma densidade demográfica no interior 8 habitantes por km², sendo mais elevada nas cidades do litoral e extremamente alta na capital do País, Luanda, que alberga aproximadamente acima de um terço da população angolana. Estima-se que da totalidade dos habitantes de angola, 60% têm idade inferior a dezoito anos e cerca de 50% da população têm menos de 15 anos e 21% estão no grupo etário entre os 0 e os cinco anos. Angola é formada por diferentes raças e etnias, encontrando-se a população distribuída em 37% de Ovimbundu, 25% de Kimbundo, 13% de Bakongo e os restantes 24% por grupos populacionais, tais como Bosquímanos, Hotentotes, mestiços (ou mulatos) e população de origem europeia (caucasóide), representando estes dois últimos grupos 2% e 1% da população total angolana respectivamente. Têm um índice de urbanização que não vai para além dos 12%. A taxa de crescimento populacional anual é estimada em 2,9% e uma taxa de fecundidade geral de 7,2 por mulher. A taxa de dependência é de 92,3%, significando que em cada 100 pessoas em idade produtiva (15-64 anos), cerca de 90 % são dependentes (< de 15 ou > de 65 anos de idade). 60% da população vive em áreas urbanas. (INE/UNICEF, 2003).

Anualmente ocorrem 728 mil nascimentos, dos quais 12% com baixo peso. O nível de cobertura do registro de nascimento continua baixo, com apenas 30 por cento das crianças a serem registradas à nascença. Há uma expectativa de vida ao nascer de 42 anos, sendo a taxa bruta de mortalidade de 21 por mil habitantes

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é de 154 por mil nascidos vivos (nv) A mortalidade neonatal de 54 por mil nv, a de mortalidade em menores de cinco anos é de 260 por mil nv, ou seja, uma em cada quatro crianças morre antes de atingir os cinco anos de idade, sendo a terceira mais alta do mundo, significando a morte de 181.000 crianças por ano, equivalente a quase o dobro da taxa média para África Subsaariana e sendo de 155 e 260, no meio rural e de 148 e 255 no meio urbano respectivamente. (INE/UNICEF, 2003).

Note se que esses indicadores de mortalidade variam também com o nível de instrução das mães, sexo e condição sócio-econômica, sendo a mortalidade em menores de 1 ano de 116, 148 e 162 óbitos por 1000 nascidos vivos, conforme as mães têm ensino secundário ou superior, nível primário ou nenhuma instrução formal, enquanto que a mortalidade em

menores de 5 anos varia da mesma forma, com 170, 245 e 275 respectivamente 58%. (UNICEF, 2009).

Angola é um País com uma economia diversificada. Até a década de 1970, Angola era um País essencialmente agrícola, tendo no café a sua principal cultura, para além da produção de cana-de-açúcar, sisal, milho, amendoim, batata, arroz, banana, cacau, óleo de coco e outros. Entre as culturas comerciais destacavam-se o algodão, o tabaco e a borracha. Os maiores rebanhos eram de gado bovino, caprino e suíno. Têm com principais recursos minerais, diamantes, petróleo, minério de ferro, fosfato, jazidas de cobre, mármore, ouro, níquel, magnésio, sal, chumbo, estanho, prata, platina e outros. A produção de petróleo aumentou cerca de 550% desde 1980, produzindo-se diariamente cerca dois milhões de barris por dia. A agricultura e a pesca constituem os principais recursos não minerais de base do desenvolvimento em Angola. Tem como principais indústrias as que se dedicam ao beneficiamento de oleaginosas, cereais, carnes, algodão e tabaco. É de realçar, também, a produção de açúcar, cerveja, cimento e madeira, para além de outras indústrias como a de pneus, fertilizantes, celulose, vidro e aço, sendo o parque industrial alimentado por cinco hidrelétricas (Governo de Angola, 2005).

Angola tem um Rendimento Nacional Bruto per capita estimado em 3450 USD, com uma taxa média anual de crescimento do PIB de atualmente é de 10%, gastando 6% do PIB com a saúde, 12% com a educação e 7% das exportações de bens e serviços destinam-se á dívida externa. Ocorrem 792 mil nascimentos por ano. (UNICEF, 2007). Os gastos com o sector da saúde do orçamento do Estado evoluiu de 9,2% em 1996 para 18,4% em 2001, e para 15% em 2008. (UNICEF, 2009).

Um sério problema da economia Angolana é a desigualdade entre as diferentes regiões do País, sendo nesse ponto de vista o dado mais eloqüente é a concentração de cerca de um terço da atividade econômica em Luanda e na província contígua do Bengo. Ocupa o 164º lugar entre 175 países no Índice de Desenvolvimento Humano e um Índice de Gini de aproximadamente de 0,680 superando apenas países como a Namíbia, Lesotho, Botsuana, Sierra Leoa, República Africana, Swzilândia, Bolívia, Haiti e Colômbia. A incidência da pobreza é de 63% da população dos quais, 28% vivem em situação de extrema pobreza (menos de 1 USD/dia), segundo um inquérito realizado pelo Instituto Nacional de Estatística de Angola. (Governo de Angola/PNUD, 2005)

A população usando fontes de água limpa de melhor qualidade era de 73%, sendo de 75 na área urbana e 35 na área rural, com 31% da população com acesso a instalações sanitárias adequadas, com 56% e 17% na área urbana e rural respectivamente. A morbidade em Angola é caracterizada fundamentalmente pela predominância de doenças transmissíveis e parasitárias.

Em termos sanitários, os gastos com o setor da saúde do orçamento do Estado evoluíram de 9,2% em 1996, para 12,4 em 2001 e para 15% do PIB em 2008. No sistema de saúde em Angola fundamenta-se no princípio da universalidade, equidade e integralidade da atenção. É organizado de acordo com os princípios da descentralização e territorialização de atribuições e competências, sendo de caráter misto público/ privado, sendo totalmente regulamentado e fiscalizado pelo estado e suas agências. É basicamente constituído por três níveis de atenção, nomeadamente, a atenção primária, secundária e terciária, sendo a rede sanitária composta de Postos de Saúde, Centros de Saúde, Hospitais Municipais, Hospitais Regionais e Hospitais Centrais, conforme caminhamos da periferia para o centro da organização.

A malária constitui a principal causa de morbidade (80% dos casos notificados de doenças transmissíveis) e de mortalidade (76% dos óbitos registrados no serviço nacional de saúde em particular em crianças e mulheres grávidas) outras causas incluem as doenças respiratórias agudas (DRA), as doenças diarreicas agudas (DDA), sarampo, tuberculose, lepra, tripanossomíases humana africana, infecções sexualmente transmissíveis tendo 450.000 pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), das quais 170.000 são mulheres, 35.000 crianças do 0 aos 14 anos e uma taxa de prevalência em adultos (15 aos 49 anos). Entretanto, o VIH/SIDA apresenta a mais baixa de incidência anual de toda África Austral, enquanto que na África do Sul e Moçambique, 1 em cada 5 e 1 em cada 10 habitantes com mais de 15 anos são soropositivos. (INE/UNICEF, 2003)

Ao refletirmos sobre alguns indicadores económicos, demográficos, sociais e sanitários que retratam a situação de saúde infantil no Mundo e em alguns continentes, abrimos a perspectiva de melhor compreender o comportamento desses indicadores em Angola.

No Mundo estimou-se para o ano de 2009, uma taxa de mortalidade em menores de cinco anos foi de 72 óbitos por 1000 nv, uma taxa de mortalidade em menores de 1 ano de 45 por 1000 nv, num total anual de 136.231 nascimentos.

Na África ao Sul do Saara a taxa de mortalidade de menores de cinco anos (TM< 5 anos) no mesmo período foi de 132 por 1000 nv, tendo sido a taxa de mortalidade em menores de 1 ano de 79 óbitos por 1000 nv.(UNICEF,2009)

Tabela 1- Alguns Indicadores sociais, demográficos e ambientais no Mundo, Países Menos Desenvolvidos (PMD), América Latina, África e Angola, 2009

	Mundo	P.M D	America Latina	África	Angola
P. Total (milhares)	6734149	816593	570505	985583	18021
Esperança de Vida	69	57	74	55	47
N. Anuais	136241	28302	10768	35318	774
T. M. M. N.	28	40	13	38	54
T. M. I.	45	82	19	79	130
T. M.<5	65	129	169	132	220
PIB. P. Capita	8633	583	688	1420	3450
% Alfabetizados	82	52	91	64	67
% Água Potável					
Urbana	96	81	97	84	62
Rural	78	55	73	51	39
% Esgotamento Sanitário					
Urbana	79	49	86	53	79
Rural	45	27	52	29	16

Fonte: Relatório da UNICEF, 2009.

*PIB em Dólares Americanos.

Em Angola em 2009, a TM < 5 anos foi estimada em 220 óbitos por 1000 nv, a TMI em 130 por 1000 nv. (Tabela nº1)

1.5.2 O programa alargado de vacinação em angola

O Ministério da Saúde, abreviadamente designado por MINSA, é o órgão da administração central do Estado que executa, supervisiona e fiscaliza a política nacional de

saúde e é composto por órgãos consultivos, órgãos de apoio técnico, órgãos de apoio institucional, órgãos executivos centrais e vários órgãos tutelados (Instituto nacional de saúde pública, Instituto Oftalmológico, etc.)

Em Angola, a saúde da criança foi eleita como prioridade e se introduziu um conjunto de ações programáticas com o objetivo de impactar favoravelmente a saúde desse grupo etário.

A vacinação constitui-se numa das ações primordiais do programa, compreendendo atividades de treinamento e motivação da equipe para identificar crianças não vacinadas e vaciná-las, atividades comunitárias para sensibilizar a população da relevância do problema, vacinação casa a casa nas épocas de campanhas governamentais, vacinação sistemática de usuários, busca ativa de casos, avaliação mensal da cobertura vacinal por método administrativo (obtida com base no número de crianças vacinadas no mês e no número estimado de crianças na comunidade) e busca domiciliar a faltosos, sendo que essas últimas ações referidas são mais freqüentes em comunidades rurais, como a de Bom Jesus, em que a presente pesquisa foi desenvolvida.

Em Angola, o uso de vacinas remonta à primeira década do século 19, com as primeiras vacinações contra a varíola. Nestes mais de dois séculos várias centenas de milhões de doses de vacina foram aplicadas. A vacinação de rotina constitui a estratégia chave para o sucesso da redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, através da administração dos antígenos que integram o calendário nacional de vacinação, nomeadamente BCG, DTP, VOP, Sarampo, Febre Amarela e Toxóide Tetânico até 2007, altura a partir da qual foi introduzida a vacina penta valente (DTP+HEP B+ MEN), administrados nas unidades sanitárias da rede básica de saúde, tendo como população alvo as crianças < de 1 ano de idade e as mulheres em idade fértil .

Em 1979, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Alargado de Vacinação (PAV), com objetivo de promover o controle do sarampo, tuberculose, difteria, tétano, coqueluche, poliomielite e tétano neonatal.

O PAV integra o Programa Ampliado de Imunizações da OMS e conta com apoio técnico, operacional e financeiro do UNICEF e contribuições do Rotary Internacional, CDC,

do PNUD e outras agências internacionais. O PAV tem a característica de ser universal, sem distinção de qualquer natureza. As vacinas que compõem o atual calendário estão disponíveis em todos os postos de vacinação, e equipes móveis se deslocam para as áreas de difícil acesso quando necessário.

O controle de doenças transmissíveis tem nos programas de imunizações e de vigilância epidemiológica dois componentes fundamentais.

O conhecimento da cobertura vacinal em menores de 1 ano de idade é um dos elementos importantes para o programa de vigilância epidemiológica, na medida em que permite acompanhar o acúmulo de suscetíveis na população, bem como aquilatar até que ponto a imunidade de massa está se constituindo em barreira efetiva para a interrupção da transmissão das doenças preveníveis por imunização.

O PAV constitui um elemento essencial da estratégia da Atenção Primária de Saúde (APS), tendo um impacto não só na prevenção da morbimortalidade por doenças que são prevenidas por vacinação, mas, também na prevenção da desnutrição infantil, infantil.

Inicialmente, o PAV era um programa relativamente vertical, mas, progressivamente foi integrando operacionalmente o processo global de desenvolvimento das atividades componentes da atenção primária de saúde.

Desta forma as atividades de informação, educação, comunicação e mobilização social são atualmente consideradas pilares essenciais do desenvolvimento da estratégia da APS, embora, alguns constrangimentos operacionais diminuam a velocidade de produção dessas iniciativas, nomeadamente a formação dos profissionais de saúde, a baixa motivação dos mesmos, a ausência ou dificuldades de meios logísticos, a difícil e insuficiente manutenção da cadeia de frio, o deficiente funcionamento do subsistema de informação, as dificuldades de comunicação da periferia para o nível central do sistema de vacinação e vice versa, assim como, as dificuldades orgânicas e funcionais do programa de vigilância epidemiológica.

Até 2003, o Plano Estratégico Regional Africano sobre Vacinação, estabeleceu como objetivo global que pelo menos 80% dos Países da região Africana alcancem 80% da cobertura vacinal com DTP3 em todos os municípios dos Países Africanos, o que ficou conhecido como a meta 80/80. (OMS, Comitê Regional Africano, 2006).

A partir de 2003, foi revisada a meta 80/80 e os Países de África adotaram com objetivo terem a cobertura vacinal de rotina em 90% em toda a nação com pelo menos 80% de cobertura em cada município em 2010, sendo este plano referido como meta 90/80. (OMS, Comitê Regional Africano, 2006).

Para alcançar o acesso sustentado e equitativo aos serviços de vacinal de boa qualidade e acelerar o progresso em direção a meta 90/80, os parceiros da Aliança Global para vacinações e imunizações (Gavi) propuseram uma nova estratégia denominada Alcançando Cada Distrito (ACD), tendo Angola aderido à mesma.

Para o efeito, a estratégia ACD envolve cinco principais componentes operacionais:

- 1) Restabelecimento da Vacinação Extra Muro que consiste na realização de visitas regulares as comunidades.
- 2) Supervisão de apoio que envolve o treinamento em serviço da equipa de vacinação pelos supervisores.
- 3) Fortalecimento dos vínculos entre a comunidade e o serviço de vacinação, consistindo na programação e realização de reuniões regulares entre a comunidade e o pessoal da saúde.
- 4) Monitoramento da ação, isto é, a coleta e uso de dados de qualidade em todos os níveis administrativos através de gráficos e mapas de monitoramento de cada serviço.
- 5) Planeamento e gerenciamento de recursos humanos e financeiros. (OMS, Comitê Regional Africano, 2006).

Para a avaliação do PAV e seguindo os critérios estabelecidos pelo Escritório Regional da OMS em África, os indicadores de suporte na avaliação dos componentes do Programa de Vacinação devem satisfazer os seguintes critérios:

- 1) Pertinente (relevante): deve tratar do problema ou área do programa com o qual ha preocupações.
- 2) Sensível: deve captar as variações dos valores dentro de uma faixa razoável (por exemplo): a proporção de crianças que receberam a vacinação com DPPT3 antes do 1 ano de vida.
- 3) Específico: deve refletir o objetivo ou alvo específico.
- 4) Tecnicamente valido: deve estar embasado em informações técnicas mais recentes.
- 5) Factível de coletar: deve fundamentar-se em dados disponíveis, tecnicamente confiáveis e acessíveis.
- 6) Simples e compreensível para o usuário.

7) Verificável: deve ser embasado em registros que permitam a verificação da informação quando for necessário.

O quadro 1 apresenta resumidamente os principais indicadores de monitoramento e avaliação relacionados ao Programa Alargado de Vacinação.

Quadro 1. Resumo dos indicadores de monitoramento e avaliação relacionados ao PAV

Componentes	Mensuração do Parâmetro	Indicador
Oferta do serviço	Acesso	Cobertura com DTP1
	Cobertura	Cobertura com BCG, DPT3, VOP3, HEPB3, Hib3, Sarampo, febre amarela, vitamina A, TT2+
	Equidade	Cobertura com DPT3 por área de abrangência ou por distrito
	Utilização	Taxas de abandono da DPT1 para a DTP3; da DPT1 para o sarampo
Logística e cadeia de frio	Oferta Operacionalização Gerenciamento	A disponibilidade e continuidade dos serviços (equipamentos e transporte adequados para a distribuição, para as atividades extramuros e para a supervisão) Armazenagem e distribuição das vacinas Taxa de perda vacinal
Suprimento e quantidade das vacinas	Previsão Solicitação	Estoques de vacina (estoques máximo, mínimo e crítico) Fontes de vacinas (qualidade)
Vigilância e monitoramento	Efetividade do sistema de notificação	Integralidade dos relatórios enviados Oportunidade dos relatórios enviados
	Incidências das doenças	Taxa de incidência das doenças
	Óbitos	Proporção de casos confirmados laboratorialmente Taxa de mortalidade
	Incidentes de EAPVs*	EAPVs notificados e investigados
Advocacia e comunicação	Comprometimento político	Disponibilidade de plano Disponibilidade de política de vacinação Existência de comitês da saúde comunitários ativos
Sustentabilidade financeira	Participação comunitária	Financiamento governamental das vacinas para a vacinação de rotina e para os custos recorrentes do programa
	Financiamento sustentável	Comprometimento para o financiamento plurianual (governo e parceiros)
Recursos humanos e institucionais	Supervisão	Visitas de supervisão aos serviços de saúde Adequação, treinamento
	Pessoal	
Gerenciamento	Habilidade para planejar e executar	Existência de micro plano para cada distrito Relatórios sobre a execução dos planos

Fonte: OMS/ África, 2004 *EAPVs: Eventos Adversos Pós Vacinação

Desta forma o PAV, desenvolvido desde 1979, estabelece como meta de cobertura vacinal de 90% para a vacina contra a tuberculose (BCG), 95% para Poliomielite, 95% para a vacina contra tétano, difteria, coqueluche (DPT), 95% para Hepatite B, 95% para o sarampo, 100% para Febre Amarela (FA) e 90% para o toxóide tetânico, utilizando o método administrativo para avaliação da cobertura vacinal.

As metas anuais são acompanhadas por gráficos mensais, uma forma prática, sensível e que permite a visualização do desenvolvimento do programa, podendo ser adaptado a qualquer grupo populacional e tipo de vacina. (Minsa, 2003).

A operacionalização dos vários componentes do PAV em Angola, onde persiste um contexto sócio- sanitário impregnado por dificuldades estruturais de diversa índole, permitiu alcançar alguns resultados que são evidenciados, através da evolução da cobertura vacinal e da taxa de abandono, no período 2004- 2009, expostos na tabela 2 e tabela 3.

Tabela 2- Taxas de cobertura vacinal em Angola, 2004 a 2009

Ano	BCG%	DTP3%	PÓLIO3%	SARAMPO%	HEP. B3%	F. A.%	TT2%	TT3%
2004	21	20	13	14	-	16	50	17
2005	66	52	43	42	-	48	36	12
2006	69	38	46	42	-	45	37	13
2007	86	81	80	86	81	52	50	23
2008	87	81	75	80	81	61	82	83
2009	83	73	78	77	73	40	77	78

Fonte: PAV e inquérito vacinal Bom Jesus

Assim, podemos observar que no período referido, um crescimento da taxa de cobertura para as do calendário vacinal do PAV, com uma diminuição entre os anos 2008 e 2009, cujas razões não foram explicadas. Contudo é de assinalar que a vacina contra a hepatite B, foi introduzida no esquema vacinal nacional a partir de 2007, sob a forma de uma vacina composta denominada Penta valente, integrando a DTP, anti Hepatite B e contra a meningite (MEN).

Tabela 3- Taxas de abandono da Pólio, DTP, TT e HEP. B, Angola, 2004 a 2009

Ano	PÓLIO%	DTP%	TT%	HEP. B%
2004	27	24	76	-
2005	27	24	76	-
2006	33	32	76	-
2007	-	25	78	25
2008	20	20	-	20
2009	21	21	-	21

Fonte: PAV e inquérito vacinal Bom Jesus

Relativamente à evolução das taxas de abandono no período referido, verifica-se que em Angola, os valores desse indicador continuam extremamente elevados, já que se situam muito acima de 10%, que é o valor preconizado pela OMS como limite máximo, conformando a persistência de alguns constrangimentos contextuais e estruturais preocupantes na organização e efetividade do PAV.

Entretanto é conveniente referir que o Governo de Angola em estreita colaboração com as várias agências especializadas do sistema das Nações Unidas, perante a precariedade desses indicadores sociais, económicos e sanitários, elaborou e estiveram aplicando um **“Plano Estratégico Para A Redução Acelerada Da Mortalidade Materna E Infantil Em Angola No Período 2004 A 2008”**, cujos principais objetivos são a redução de 50% da mortalidade em menores de cinco anos (de 250 para 125 óbitos por mil nascidos vivos), 30% da mortalidade materna e desnutrição. (OMS/UNICEF&UNFPA, 2004).

1.5.3 A PROVÍNCIA DO BONGO

Bengo é uma província de Angola, localizada no norte do país, com uma superfície de 41.000 km², com cerca de 500 mil habitantes, uma densidade populacional de 12,2 habitantes por km². Divide-se em oito municípios Ambriz, Dande, Icolo e Bengo, Nambuangongo, Quiçama, Dembos, Pango Aluquém e Bula Atumba, tendo trinta e duas comunas e 466 aldeias. A capital é a cidade de Caxito situada 55 km a norte de Luanda. É limitada a Oeste pelo Oceano Atlântico, pelas províncias do Zaire e do Uíge a norte, do Kwanza Norte a leste e do Kwanza Sul e Luanda a sul.

A maioria da população desta província configura o complexo sócio-cultural Ambundu. São locutores do Kimbundo, característica que partilham com os seus parentes mais próximos que habitam outros espaços mais precisamente nos limites que conformam, por exemplo, as províncias de Luanda, Kwanza-Norte, Kwanza Sul, vivendo majoritariamente na área rural. Em 2006 foram cultivados 61.039 hectares de terra, dos quais 13.104 hectares pelo sector empresarial e 47.935 hectares por particulares, afetando um grupo alvo de 12.630 famílias camponesas e 412 pequenas e médias empresas agrícolas que resultou na produção de 264,3 toneladas sendo 64,5 produzidas pelo sector empresarial e 199,9 pelo por vários grupos populacionais. (INE/UNICEF, 2003).

Esta atividade é assegurada por mais de 60 mil empresas agrícolas familiares, 400 pequenas e médias empresas agrícolas, 90 associações de camponeses e 7 cooperativas agrícolas. Os principais gêneros de cultivo existentes na província são: Mandioca; citrinos; Milho; Arroz; Batata Doce; Café; Caju; Tabaco; Hortícolas; Feijões; Bambu; Amendoim, etc.

A província conta com uma rede sanitária pública composta por 1 Hospital Regional, 8 Hospitais Municipais, 10 centros de saúde (um dos quais situado na Comuna de Bom Jesus) e 109 postos de saúde. Têm 18 médicos, 6 técnicos de enfermagem licenciados, 650 enfermeiros com formação elementar, 97 técnicos de diagnóstico e terapêutica, angolanos, tendo um médico por 14.000 habitantes. (INE/UNICEF, 2003).

As principais causas de morbilidade e mortalidade são doenças infecciosas e parasitárias nomeadamente a malária, tuberculose, Doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias agudas, esquistossomoses, lepra, sarampo, HIV/sida, para as quais não obtivemos dados

suficientemente quantificados, sendo que os restantes indicadores sócio- sanitários semelhantes às médias nacionais. (Governo de Angola, 2009)

A TMM5 situa-se entre 259 a 279 por mil nascimentos vivos. As taxas de cobertura na Província do Bengo estimadas para 2009 foram de 81% para BCG, 67% para DTP3, 66% para a Pólio, 53% para a Febre Amarela, 55% para o Sarampo e 79%, 67% para a HEPB(Hib) para Toxóide Tetânico². Quanto às taxas de abandono foi de 9 e 10% para a DTP e PÓLIO respectivamente. (Minsa, 2010).

A evolução da taxa de cobertura no Bengo, no período de 2004 a 2009 teve um crescimento considerável, tendo se verificado uma ligeira diminuição entre 2008 a 2009, com exceção para a terceira dose do toxóide tetânico (Tabela 4)

Tabela 4- Taxa de cobertura específica por vacina, Bengo, 2004 a 2009

Ano	BCG%	DTP3%	PÓLIO3%	SARAMPO%	HEP. %	F. A.%	TT2%	TT3%
2004	14	8	9	9	-	10	34	14
2005	38	30	25	20	-	26	22	10
2006	74	36	34	43	-	55	29	14
2007	97	60	97	98	60	58	76	37
2008	83	84	83	73	84	65	94	45
2009	81	67	66	55	67	53	79	52

Fonte: PAV e inquérito vacinal Bom Jesus.

Quanto ao comportamento da cobertura vacinal no mesmo período pode ser apreendido a partir da tabela 5, onde observa uma diminuição progressiva da taxa de abandono ao longo do período em análise.

Tabela 5- Taxa de abandono para Pólio, DTP, TT e HEP, Bengo, 2004 a 2009

Ano	PÓLIO%	DTP%	TT%	HEP. B%
2004	20	32	76	-
2005	22	25	69	-
2006	16	27	73	-
2007	-	7	66	7
2008	11	10	-	10
2009	10	9	-	9

Fonte: PAV e inquérito vacinal Bom Jesus

1.6. Justificativa

Em Angola, a estatística de mortalidade proporcional por doenças preveníveis por vacinação, para o ano de 2006, ainda se encontrava alta e em torno de 15% para crianças de 1 a 5 anos. Em paralelo com estes dados, as coberturas de vacinação estimadas para 2009 foram de 83% para a BCG, 73% para a DTP3, 78% para a PÒLIO3, 77% para o sarampo, 73% para HEP3, 40% para Febre amarela, 77% para o TT3. (Minsa, 2010).

Em geral, essas taxas são mal-estimadas pelos serviços de saúde, devido à debilidade dos sistemas de informação de saúde em Angola e aos constrangimentos que surgem no cálculo desse indicador, desconhecendo-se o número real de crianças vacinadas.

Por sua vez são bem conhecidas as limitações na avaliação da cobertura vacinal média de uma localidade a partir de dados administrativos, principalmente na identificação das desigualdades de cobertura vacinal entre as diversas áreas que a integram, evidenciando-se a necessidade da realização de pesquisas, que possam com maior acurácia, estimar esse indicador.

Além disso, baseando-se somente na avaliação administrativa dos serviços de vacinação, é difícil conhecer o número de crianças que completaram o calendário vacinal vigente num determinado momento. Para a implementação e avaliação de um programa de imunizações no país, é importante que se estimem coberturas de vacinação próximas da realidade.

Interiorizando os aspetos conceituais, a magnitude e transcendência social e sanitária de alguns elementos descritos sobre a necessidade de uma constante avaliação da cobertura vacinal, através dos múltiplos instrumentos teóricos e metodológicos já referenciados, foi desenvolvido este estudo na localidade de Bom Jesus, na Província do Bengo, em Angola, para contribuir de forma simples, crítica e cientificamente fundamentada, a um melhor conhecimento do objeto de estudo no seu contexto sócio econômico e sanitário específico. Desta forma pensamos em incentivar a aplicação de modelos que permitem produzir informações mais objetivas, para subsidiar a gestão dos serviços locais de saúde, numa perspectiva em que o processo de avaliação deve considerar tanto a atribuição de valor quanto o contexto no qual o valor é atribuído.

Essa aplicação irá se realizar num contexto em que predominam diversas debilidades orgânico-funcionais dos subsistemas de informação de saúde, que não conseguem produzir informação pertinente e atualizada sobre os fenômenos que ocorrem, quer nos serviços de saúde, quer na população.

Os principais elementos que despertaram a curiosidade e o interesse do autor sobre o tema em questão referem-se á persistência de imprecisões quanto á real dimensão da cobertura vacinal, do problema de registro das doses aplicadas, das estimativas da população alvo do programa, dos diferenciais locais da cobertura vacinal e aquelas relativas ao conhecimento do real do volume de suscetíveis existentes nessa comunidade. Deste modo realizamos a presente pesquisa almejando alcançar os seguintes objetivos:

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever a cobertura vacinal dos menores de cinco anos, na comuna de Bom Jesus, província do Bengo, Angola, 2010.

2.2 Específicos

- Estimar a cobertura vacinal (CV) das vacinas incluídas no PAV, através de um inquérito domiciliar e caracterizar a CV segundo a idade, sexo, etnia, bairro, tipo de residência, abastecimento de água, tipo de esgoto, coleta e tratamento de lixo, tamanho da família, número de filhos, ordem de nascimento da criança, razões de não vacinação, idade da mãe ou responsável pela criança, rendimento mensal do chefe de família.
- Estimar a cobertura da vacina antitetânica entre as mães das crianças.
- Medir a taxa de abandono para as vacinas DPT, contra a HepB e poliomielite.
- Avaliar o cumprimento do calendário vacinal proposto tendo em conta as idades preconizadas e os intervalos corretos.
- Avaliar o cumprimento do calendário vacinal proposto tendo em conta as doses aplicadas independentemente da idade mínima e dos intervalos.
- Comparar as coberturas de vacinas obtidas através do inquérito domiciliar com aquelas obtidas a partir de dados de produção dos serviços de vacinação em Angola e província do Bengo.

3. Material e Métodos

3.1. Tipo de Estudo

O presente estudo emerge como uma proposta de pesquisa, com delineamento transversal, descritivo, de base populacional, de natureza quantitativa, utilizando instrumentos do método epidemiológico para descrever na comunidade de Bom Jesus, na Província do Bengo, em Angola e a cobertura vacinal em crianças menores de cinco anos, aí residentes, no primeiro semestre de 2010, pelo que não estabelecemos associações entre as variáveis em estudo.

3.2. Área de Estudo

Bom Jesus é uma Comuna do Município de Icolo e Bengo, da Província do Bengo, Angola, situa-se na margem direita do rio Kwanza a cerca de 60 quilômetros a sudeste de Luanda, capital do País (anexo), limitada a Sul pelo município de Viana, Província de Luanda, a Norte pela Comuna de Catete, a Leste pelo rio Kwanza e a Oeste pela estrada nacional do norte, vulgo Estrada de Catete, com uma área estimada de 297 quilômetros quadrados, com uma densidade populacional de 23 habitantes / KM^2 , onde foram recenseados dez bairros residenciais, denominados 1º Bairro, 2º Bairro, Honga Samba, Lucumbi, Zambela, Cassenda, Kanacassa, Ngolome, Coxe e Matabuleiro, tendo cada um desses bairros um coordenador ou um líder tradicional, como coadjuvante da administração local, situando-se na área central (urbanizada) da comunidade os três primeiros bairros atrás referidos e os restantes de forma dispersa na área periférica, predominantemente rural. Na localidade são ainda visíveis residências que preservam o antigo protótipo da construção nativa, isto é, casas construídas à base de pedra e argila e ainda outras de madeira.

Gráfico 1. Distribuição dos bairros segundo a distância, em quilômetros, do Centro de Saúde de Bom Jesus, Província do Bengo. Angola. 2010.

Fonte: Inquérito vacinal, Bom Jesus

Localizam-se na área central, os serviços de Administração Comunal, da Polícia Nacional, os restantes serviços públicos locais. Existem duas escolas públicas que oferecem programas educativos até a 10^a série, uma igreja católica, três restaurantes, três empresas de produção de cerveja, uma empresa de refrigerantes, duas empresas de produção de água mineral e o mercado local.

Na área periférica estão localizadas as restantes empresas que se dedicam á extração de inertes para a construção civil e a produção de cimento e 5 escolas primarias que lecionam até a 7^a série, nomeadamente nos bairros de Matabuleiro, Zambela, Canacasassa e Ngolome.

Em 2002, tinha uma população estimada em 5000 habitantes, dos quais 1200 (20%) eram menores de cinco anos, 60% da mesma vivendo na área central dessa localidade. A população de Bom Jesus é majoritariamente constituída por indivíduos bilíngües (português e idiomas nacionais), distribuídos segundo a crença pela igreja católica, adventista do 7º dia, igreja universal do Reino de Deus, igreja Batista, igreja Maná, igreja Jesus Cristo na Terra e algumas confissões animistas, do grupo etno lingüístico Ambundo, de idioma kimbundo, que se dedica á agricultura, indústria, pescas, caça, comércio informal, artesanato tradicional e ás atividades ligadas a serviços públicos (segundo informações da Administração Local).

O serviço local de saúde integra um Centro de Saúde Principal localizado no 2º Bairro e dois Postos de Saúde que se situam na área periférica, oferecendo cuidados de saúde de atenção primária, com 1 sala de vacinação no Centro de Saúde que envia os dados brutos de vacinação para a Província do Bengo onde são calculadas as CV. A rede envolve um médico, dois enfermeiros com formação média e quatro enfermeiros com formação básica.

O quadro epidemiológico da comuna de Bom Jesus é semelhante ao quadro que se verifica na generalidade da Província do Bengo, onde predominam as doenças infecciosas e parasitárias e se verifica a persistência de fatores de risco de adoecer ou morrer, condizente com o precário desenvolvimento econômico, social e sanitário dessa região, isto é com a magnitude e transcendência social da pobreza.

As doenças mais freqüentes são as doenças nutricionais, as infecciosas e parasitárias, nomeadamente a malária, doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias agudas, doenças sexualmente transmissíveis, esquistossomoses, tripanossomíases, tétano neonatal, doenças imunopreveníveis, HIV-sida, anemia de células falciformes e outras. Entretanto, convém assinalar que os profissionais de saúde local referiram informalmente o aumento do alcoolismo, tabagismo, hipertensão arterial, em grupos populacionais mais jovens.

Estão a ser desenvolvidos alguns projetos na comuna de Bom Jesus, nomeadamente o Aeroporto Internacional de Angola, com um orçamento de 300 milhões de dólares americanos (Luanda) e foi projetado para um tráfego de 13 milhões de passageiros por ano e receberá 12 pontes aéreas. È de destacar também a construção de um projeto imobiliário residencial denominado Bom Jesus, com um investimento global avaliado em 600 milhões de dólares norte americanos, segundo previsões 2007.

Estão previstas a construção de 2 mil casas numa área de 550 hectares. Este empreendimento vai criar 7 mil postos de trabalho e apresenta como pólo de atração a sua proximidade (5 quilômetros) com o novo aeroporto internacional.

3.3 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelas seguintes instituições:

- Direção Provincial de Saúde do Bengo, Angola (Anexo 1).
- Comitê de Ética Independente da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto, Angola (Anexo 2).
- Foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde-Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Anexo 3).

As mães ou responsáveis pela criança, responsáveis locais de saúde e líderes comunitários, foram informadas por escrito sobre os objetivos da pesquisa (apêndice 1) após o qual forneceram o seu consentimento também por escrito (apêndice 2). Foram incluídas no estudo, todas as crianças com menos de cinco anos residentes em bom Jesus e que estavam na comunidade durante o período de coleta de dados. As crianças que não tinham sido vacinadas ou apresentaram algum atraso no cumprimento do esquema vacinal foram encaminhadas ao centro de saúde de Bom Jesus, para avaliação e o devido completamento do calendário de vacinação ou atendimento a algum problema de saúde sentido, expresso ou observado.

As crianças que no momento da entrevista estiverem com algum problema de saúde, incluindo a falta de alguma dose de vacina serão encaminhadas ao centro de saúde de Bom Jesus, para avaliação e o devido encaminhamento á sala local de vacinação.

3.4 As variáveis em estudo

As principais variáveis do estudo são: cobertura vacinal, idade, sexo, etnia, tipo de residência, tamanho da família, cumprimento do calendário vacinal da criança, ordem de nascimento da criança, conhecimento do sistema de saúde local, Grau de satisfação dos

usuários, grau de escolaridade, ocupação e cobertura da vacina antitetânica das mães, abastecimento de água, tipo de residência, recolha e tratamento de lixo, rede de esgotamento sanitário, renda familiar mensal, ocupação e rendimento mensal do chefe de família. A operacionalização das variáveis permitiram uma aproximação ao contexto socioeconômico e demográfico, onde foi avaliada a cobertura vacinal das crianças menores de 5 anos nessa localidade, tendo sido elaborados e aplicados os seguintes critérios para a coleta de dados:

- Área residencial central (urbanizada) e periférica (rural)
- Relação do entrevistado com a criança – Mãe, pai, irmão (a), avô, avó e outro.
- Chefe da família – pessoa indicada pelo agregado familiar como o representante da família, podendo ser mãe, pai, tio (a), avô, avó ou outro familiar a especificar.
- Escolaridade do chefe de família – total de anos completos de escolaridade que pode ser sem escolaridade (analfabeto), ensino fundamental (1ª a 9ª série) ensino médio (10ª a 12ª série), ensino superior (a partir da 13ª série).
- Tamanho da família – numero de pessoas com relações consangüíneas ou não que vivem na mesma casa.
- Salário do chefe de família - com base no salário mínimo nacional (SM) em Angola, de aproximadamente 100 Usd americanos por mês, equivalentes a 80.000.00 mil kwanzas (moeda nacional de Angola), correspondente a aproximadamente 180 reais. Foi categorizado em menos de 1 SM, 1 a 2 SM, 3 a 4 SM e 5 ou mais SM.
- Idade dos agregados familiares em anos para os indivíduos com 5 ou mais anos e em meses para as crianças com menos de 5 anos.
- Sexo – masculino ou feminino.
- Ocupação – estudante, doméstica: atividade não remunerada exercida em casa; camponês: pessoa que exerce atividade profissional ligada à agricultura; operário: pessoa que exerce atividade profissional remunerada ligada a indústria, as pescas, ao comércio e outras atividades afins; funcionário público: pessoa que exerce atividade profissional remunerada ligada á função pública estatal ou não estatal.

- Nível de escolaridade do agregado familiar: utilizou-se o mesmo critério já referido para a definição do nível de escolaridade do chefe de família.
- Idioma – língua nacional falada pelo agregado familiar, que não seja a língua portuguesa, categorizada em kimbundo, umbundo, bakongo ou outra especificada.
- Data de nascimento da criança – dia, mês e ano em que a criança nasceu constante no cartão de vacinas ou referida pelo entrevistado. Nos casos em que o entrevistado só sabia referir-se ao ano de nascimento, adotou-se o critério de atribuição do dia 15 de julho para o preenchimento do dia e do mês de nascimento.
- Registro civil – registro do nascimento da criança nos serviços públicos de administração local, competentes para o efeito, categorizados em sim, não ou não sabe.
- Idioma da criança – foi adotado o idioma da mãe ou responsável pela criança.
- Escolaridade da mãe – o mesmo critério referido para a escolaridade do chefe de família.
- Ocupação da mãe – doméstica: atividade não remunerada exercida pela mãe na sua residência; não doméstica: atividade profissional remunerada exercida pela mãe fora do lar.
- Casa própria – tipo de propriedade da casa em que vive o agregado familiar, categorizada em sim (casa própria) e não (casa alugada).
- Tipo de residência – moderna: construção de alvenaria, com pavimento cimentado, com cômodos independentes, janelas e portas de materiais de construção modernos, teto de telha ou material de construção definitivo semelhante; tradicional: casa construída com materiais locais de caráter não definitivo, tais como barro, madeira, chapas, papelão e outros.
- Número de divisões – número de cômodos independentes, podendo ser 1, 2, 3 a 4, 5 a 7 e 8 ou mais cômodos.
- Cozinha – local em que são confeccionadas as refeições.
- Rede de esgotamento sanitário- Banheiro é o local para a higiene individual dos componentes da família e de eliminação de excreções humanas, situado no interior da

residência; latrinas é o local de eliminação das excreções fisiológicas humanas, localizada no exterior da residência.

- Rede milimétrica- rede metálica, instalada nas portas e janelas das casas com a função de proteger o interior das mesmas, da invasão de vetores de doença e de outros animais peçonhentos.
- Mosquiteiro – rede de tecido de fabrico industrial, distribuído pelo Programa de Controle da Malária do Ministério da Saúde de Angola e que serve para proteger os agregados familiares das picadas dos mosquitos.
- Eletrodomésticos – produtos industriais com varias funções nas residências, categorizados como rádio, televisão (TV), rádio e TV ou nenhum.
- Tipo de iluminação – rede pública domiciliar (R. Pública), gerador elétrico, candeeiro e outro, especificado.
- Fontes de água – rede pública domiciliar, rede pública não domiciliar (chafariz), poço, rio ou lago, carro pipa e outro, especificado.
- Tratamento da água – procedimento físico ou químico visando à oferta de água potável para o consumo humano, categorizado em filtrada, fervida, nenhum tratamento e outro, especificado.
- destino do lixo – sistema público, enterrado, queimado, atirado ao livre, outro, especificado.
- Informações obtidas de caderneta de vacinação: para cada dose recebida foi verificado se havia algum registro documentado por escrito, em caderneta de vacinação.
- Informações verbais: uma dose foi considerada como recebida de acordo com informações verbais, se relatada pela mãe ou responsável pela criança, sem ter sido fornecida alguma documentação por escrito.
- Dados brutos: são informações de caderneta de vacinação mais informações verbais fornecidas pela mãe ou responsável pela criança. Com a reunião destas categorias de análise, e mais, considerando os esquemas de vacinação adotados pelo PAV angola vigente na época do estudo cada dose recebida foi classificada como:

-Dose Válida: uma dose recebida, verificada por dados de caderneta de vacinação ou verbalmente, aplicada depois da idade mínima (DPT1, OPV1, Hep B1, TT1 sarampo, Febre amarela,) ou depois de intervalo mínimo (DPT2, OPV2 Hep B2, DPT3, OPV3, Hep 3, TT2). As vacinas DPT2/OPV2/Hep2/TT2 podem somente ser válidas se DPT1/OPV1/Hep B1 forem válidas, e DPT3/OPV3/Hep B3/TT3 podem somente ser válidas se DPT1/OPV1/Hepb1/TT1 e DPT2/OPV2/HepB2/TT2 forem válidas.

-Dose não válida: uma dose recebida, verificada por caderneta de vacinação ou através de informação verbal, administrada antes da idade mínima ou do intervalo mínimo.

- Idade mínima: a idade na qual uma criança pode receber determinada vacina e ficar protegida contra a doença.

-Intervalo mínimo: foi considerado o período de tempo mínimo recomendado, de acordo com cada vacina, para que a criança possa receber determinada vacina e ficar protegida contra a doença

Foi considerada como criança totalmente vacinada, aquela que completou o calendário vacinal vigente em Angola, caso tivesse feito 1 dose de BCG e ou fosse identificada a cicatriz vacinal da BCG na região deltóide do membro superior direito, 3 doses de Antipólio, 3 doses da DTP, 3 doses de anti Hepatite B ou 3 doses de vacina penta valente, 1 dose de Anti-sarampo e 1 dose de contra febre amarela, dentro dos intervalos e limites de idade recomendados pelo PAV. Foi considerada a mãe totalmente vacinada caso tivesse mais de 2 doses de vacina antitetânica, com registro no cartão de saúde materna ou através de informação verbal do entrevistado (a), no momento do nascimento da criança.

3.5 O Formulário

O formulário utilizado (Apêndice 3) contém 9 partes, num total de 50 itens. A primeira parte faz a identificação da residência visitada pelo bairro, área residencial, da relação do entrevistado (a) com a criança, o tipo, a escolaridade e o salário do chefe de família e o tamanho da família. A segunda procede à caracterização do agregado familiar, segundo nome, a idade, sexo, ocupação, nível de escolaridade e idioma de cada membro da família.

A terceira refere-se às características da mãe (ou responsável) e da criança, nomeadamente, o nome, sexo, idade em meses, data de nascimento, idioma e ordem de nascimento da criança. Sobre a mãe esta parte, caracteriza a mãe (ou responsável) de acordo com a idade, número de filhos, escolaridade e ocupação. A quarta faz a caracterização das condições habitacionais e do saneamento do meio referindo-se á tipo de propriedade da residência, tipo de casa, número de divisões (cômodos), á existência ou não de cozinha, banheiro, latrinas, rede milimétrica, mosquiteiro, a posse ou não de eletrodomésticos, tipo de iluminação, fontes de abastecimento de água, tipo de tratamento de água e destino do lixo.

A quinta caracteriza a utilização do serviço local de saúde no que refere ás doses, através do grau de conhecimento do serviço, da utilização da sala de vacinação, de satisfação do usuário e a existência ou não do cartão de saúde da criança. A sexta faz o registro das vacinas da criança no que se refere ás datas das doses das vacinas BCG, PÒLIO, TRÌPLICE (DTP), HEPATITE B, SARAMPO, FEBRE AMARELA e o grau de completamento do calendário vacinal vigente em Angola.

A sétima caracteriza o estado vacinal da criança que não possui cartão de vacina, através de perguntas feitas ao entrevistado. A oitava identifica a distribuição das doses de vacina antitetânica entre as mães antes e depois do nascimento da criança, com recurso ao cartão de saúde materna ou por informação verbal prestada pela mãe, se não possuir esse cartão. A nona e última parte refere-se á identificação do entrevistador, á hora de término e á data da entrevista.

3.6 Coleta e tratamento de dados

Para o trabalho de campo foi formada uma equipa quinze indivíduos, ou seja, por dois médicos, nove estudantes da Faculdade de Medicina, da Universidade de Angola, dois técnicos de saúde pertencentes ao Programa Alargado de Vacinação de Bom Jesus, e dois estudantes da 10ª série, residentes na comunidade, que se dispuseram voluntariamente a participar na qualidade de entrevistadores.

O treinamento dos entrevistadores, que teve três semanas de duração, consistiu na realização de várias reuniões, onde se desenvolveram seqüencialmente discussões sobre os objetivos e metodologia da pesquisa, sobre alguns textos de leitura especializada e sobre o formulário e o manual do entrevistador, visando à padronização na formulação das questões,

para além da realização de um pré-teste, em trinta domicílios aleatoriamente escolhidos, onde os entrevistadores realizaram entrevistas proporcionalmente distribuídas com as mães ou responsáveis pelas crianças e chefes de famílias.

O trabalho de campo foi realizado por cinco equipas formadas dois entrevistadores e uma equipa formada por três entrevistadores, coordenadas por dois médicos, que antecipadamente esteve em contacto com as autoridades locais de saúde e os coordenadores dos dez bairros que integram a comuna de Bom Jesus, tendo os coordenadores dos bairros e os líderes tradicionais, realizado uma campanha de mobilização social da comunidade para facilitar o contacto entre os entrevistadores e os entrevistados e que se revelou providencial para na realização do inquérito.

O trabalho de campo foi realizado entre o dia 10 de Abril ao dia 31 de Junho de 2010, seguindo a metodologia dos “inquéritos domiciliares” em jornadas diárias que decorreram de segunda a sábado, das 6 horas da manhã até as 16 horas, com uma pausa de duas horas para o almoço e repouso, realçando-se que nesse processo foram realizadas aos sábados, reuniões de avaliação das atividades desenvolvidas ao longo da semana, para a discussão das dúvidas, análise das informações registradas e a introdução das correções e adaptações tidas como necessárias e oportunas.

Quanto às atividades desenvolvidas pelos entrevistadores, foi observado algum grau de discrepância no perfil do desempenho de cada um deles, que contrariamente ao esperado, após a fase de treinamento e as sucessivas reuniões de padronização e avaliação, o melhor desempenho concentrou-se em quatro estudantes do 6º ano da Faculdade de Medicina e as duas estudantes da 10ª classe, residentes em Bom Jesus, que foram responsáveis por aproximadamente 38% das entrevistas realizadas. Cada entrevista teve uma duração média de 20 minutos.

Durante a execução de todo esse processo, a equipa de pesquisa não teve quaisquer problemas logísticos ou de outra natureza que alterassem a programação previamente definida, tendo sido de assinalar com agrado a imensa disponibilidade da população em participar na realização do inquérito de base domiciliar e o papel dos líderes locais na redução do tempo gasto na localização dos domicílios, o que permitiu a programação prévia das entrevistas.

O levantamento de dados foi realizado em 1596 casas ocupadas de Bom Jesus, através de um percurso que se fundamentou no princípio de evoluir na coleta a partir da área central para as áreas periféricas, mais distantes do Centro de Saúde Principal de Bom Jesus e com todas as equipas de entrevistadores a trabalhar simultaneamente no mesmo bairro, isto é, os entrevistadores só passavam para o bairro geograficamente contíguo, depois de terminar a coleta de dados em todos os domicílios ocupados. Foi utilizado como critério de exclusão algumas razões de não entrevista tais como: a recusa, ninguém em casa, ausência temporária, casa desocupada, casa demolida, ou endereço não reconhecível, o que representou aproximadamente 20 domicílios (1,3%). Quando por alguma razão não fosse possível fazer o levantamento de informação sobre um domicílio ou fossem detectados alguns formulários incompletamente preenchidos deixava-se um aviso com o coordenador ou autoridade tradicional do bairro e repetia-se a operação até se efetivar a entrevista. Nas situações de não estar ninguém em casa ou de ausência temporária aplicava-se o critério após três tentativas.

Considerando os principais objetivos da pesquisa e as variáveis envolvidas no estudo, foi imprescindível a utilização organizada de várias fontes primárias e secundárias de informação. Foram fontes primárias o inquérito de base domiciliar e inquérito a informantes-chaves, nomeadamente, através de entrevistas a líderes tradicionais comunitários, coordenadores de bairro e profissionais de saúde. Foram consideradas fontes secundárias, os registos dos serviços locais de saúde e de outros registos administrativos locais.

Assim, foram visitados todos os domicílios ocupados, onde se realizaram entrevistas às mães ou as pessoas responsáveis pelas crianças menores de cinco anos e aos chefes de família, através de um inquérito populacional, com a aplicação de um formulário (Apêndice 3), que viabilizou a produção dos dados necessários para a descrição da cobertura vacinal e a caracterização económico-social, demográfica e sanitária das famílias da comunidade em estudo.

As informações sobre estado vacinal dos menores de cinco anos foram coletadas em uma planilha preparada à semelhança da caderneta de vacinação que se utiliza em Angola (anexo 4) e que integrou o formulário já referido. As perguntas constantes nesse formulário foram preferencialmente respondidas pelas mães da criança e na impossibilidade desta, por algum responsável pela criança. Para o preenchimento da referida planilha solicitou-se às mães ou responsáveis apresentação da caderneta de vacinação, que possibilitou à transcrição direta para o formulário das datas de todas as doses de vacinas recebidas e os serviços

utilizados. Quando a criança não possuíse a caderneta de vacinação, solicitou-se ao informante que fornecesse as informações verbalmente, sendo as mesmas anotadas no formulário e identificadas como informação verbal.

Nos casos em que as informações coletadas da caderneta de vacinação foram completadas verbalmente pela mãe ou responsável, as mesmas foram anotadas como informação mista.

Nos casos de crianças com duas cadernetas de vacinação, foram copiadas as informações da caderneta mais antiga no primeiro modelo de caderneta de vacinação do formulário e, no segundo modelo, os dados relativos à caderneta mais recente. No que se refere às doses repetidas na segunda caderneta, as informações foram cuidadosamente descartadas. Da caderneta de vacinas foram copiadas as datas de vacinas antipólio (3 doses e reforço), a DTP ou tríplice (3 doses e reforço), BCG, anti-sarampo (1 dose) e contra a febre-amarela (1 dose). No caso da BCG, os entrevistadores foram treinados e orientados para identificar a cicatriz pós - vacinal na região deltóide do braço direito.

As datas de campanha de vacinação antipólio foram também coletadas quando presentes. No caso do quadro de vacinação estar incompleto, a mãe ou informante devia especificar os motivos pelos quais se tinha deixado de administrar algumas vacinas às crianças.

As doses de vacinas foram classificadas na categoria confirmadas quando comprovadas no cartão de vacinas/cartão da criança pelo carimbo do posto de vacinação, data e a rubrica do funcionário, e no caso da BCG, também pela inspeção da cicatriz característica na região deltóide direita.

Nos casos em que o cartão não esteve disponível ou quando não houve qualquer registro no mesmo, mas a mãe ou o responsável fosse capaz de descrever como a vacina foi aplicada, classificaram-se como doses não confirmadas. Foi considerada como totalmente vacinada toda criança que tenha completado o esquema de vacinação adotado pelo PAV, para crianças com menos de um ano de idade, atendendo que esse esquema é extensivo às crianças menores de cinco anos. Os dados relativos à cobertura do toxóide tetânico entre as mães foram coletados por consulta do cartão de saúde materna. Foram consideradas protegidas contra o tétano neonatal as crianças cujas mães receberam pelo menos duas doses de vacina

antitetânica, sendo a última há menos de 5 anos do nascimento da criança, segundo critério da OMS.

As informações referentes às condições sócio-econômicas foram coletadas através de entrevistas ao chefe da família, apontado como tal pelo grupo familiar, independente de sua renda ou sexo. Utilizou esse critério partindo-se do pressuposto de que o chefe referencia o agregado familiar para estas questões.

Os dados secundários sobre a cobertura vacinal foram consolidados a partir dos registros mensais de produção do setor local do Programa Alargado de Vacinação (PAV), elaborados pelos técnicos de vacinação e que forneceram informações sobre a cobertura vacinal calculada pelo método administrativo.

Foram utilizados também os relatórios anuais de cobertura vacinal fornecidos pelas instâncias de nível Provincial e nacional do Programa de Vacinação, para além das informações contidas em relatórios do Fundo das Nações Unidas Infância (UNICEF) que viabilizarão a comparação entre a cobertura vacinal calculada a partir dos dados do inquérito domiciliar em Bom Jesus e a cobertura vacinal calculada através da utilização de dados de produção dos serviços de vacinação, ao nível Provincial, Nacional, Regional (África) e Mundial.

Para descrever a cobertura vacinal foram apresentados os seguintes indicadores: a cobertura por vacina, por faixa etária e por bairro. Posteriormente esses indicadores foram relacionados com algumas variáveis demográficas, econômicas, sociais e ambientais que integram os objetivos da pesquisa.

Finalmente para avaliação da cobertura vacinal em Bom Jesus, foram comparados os indicadores construídos com base nos dados do inquérito populacional realizado e alguns parâmetros previamente definidos, tais como, a cobertura vacinal para BCG, Pólio, DTP, Hepatite B, Sarampo e Febre Amarela, no Mundo, em África, em Angola e na Província do Bengo.

Desta forma foram operacionalmente criadas as condições para a aplicação sequencial e lógica dos recursos da estatística descritiva, que permitiram o cálculo dos indicadores que viabilizaram a análise descritiva do objeto de estudo.

Quanto ao processamento eletrônico dos dados foram programadas e realizadas várias reuniões de avaliação do preenchimento dos formulários entre os membros da equipa de pesquisa. Posteriormente realizaram-se encontros sistemáticos entre o autor do estudo e a técnica do Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) do Departamento de Medicina Social, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, Brasil. A totalidade das informações das entrevistas foram digitadas pela referida técnica do CDPH.

Depois da análise da consistência das informações, desencadeou-se a fase de processamento e análise dos dados utilizando o software Epi-Info, versão 3.5.2.

4. RESULTADOS

4.1 Características da habitação

A tabela nº 6 nos permite observar que a comuna de Bom Jesus possui 1.596 domicílios ocupados, sendo que, a área central onde se localizam o 1º Bairro , 2º Bairro e Honga Samba, estão localizadas a maioria das residências (56,5%) das residências, 90,4% das quais são construídas com material tradicional local, como madeira, barro, chapas e outros. Foram recenseados 61% de domicílios com crianças menores de cinco anos, sendo 81% das casas propriedades dos ocupantes (casas próprias), 51% têm duas divisões e somente 1,2% têm 8 ou mais divisões, com uma média de 4 divisões, um valor mínimo de 1 divisão e máximo 10, 68,7% com mosquiteiros, 51,1% têm energia elétrica da rede pública e as restantes de fontes alternativas.

Tabela 6- Distribuição dos domicílios segundo o bairro residencial, Bom Jesus, 2010

Domicílios	Nº	%
Total de casas	1596	100,0
Casa com criança	977	61,0
Casa sem criança	619	39,0
Área central	901	56,5
Área periférica	695	43,5
1º Bairro	539	33,8
2º Bairro	244	15,3
Honga Samba	118	7,4
Lucumbi	136	8,5
Zambela	145	9,1
Kassenda	103	6,5
Kanacassassa	70	4,4
Ngolome	63	3,9
Coxe	72	4,5
Matabuleiro	106	6,6

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus

Na tabela nº 7, relativamente às condições de saneamento básico do meio verifica-se que a maioria das casas não têm banheiro, cozinha, latrinas, esgotamento sanitário, rede milimétrica para proteção contra alguns vetores de doença, água da rede pública domiciliar, sendo que 49,9% utilizam a água proveniente do rio ou lago e quase a totalidade das mesmas não procedem a nenhum tipo de tratamento da água. Quanto ao destino do lixo 62,3% afirmaram atirar o lixo ao ar livre, 24,1% referiram que queimam e apenas 10,2% têm recolha

através do sistema público. No que se refere ao tipo de iluminação, 51,1% das residências são abastecidas através da rede pública, 33,0% por candeeiros e 15,9 por geradores elétricos, enquanto que em relação aos eletrodomésticos verificou-se que 25,3% não têm qualquer eletrodoméstico.

Tabela 7- Distribuição dos domicílios segundo algumas características habitacionais, Bom Jesus, 2010

Características da habitação	Nº	%
Casa tradicional	1443	90,4
Casa de alvenaria	153	9,6
Casa própria	1297	81,3
Casa alugada	299	18,7
Nº DE DIVISÕES		
1	239	15,0
2	824	51,6
3 a 4	400	25,1
5 a 7	114	7,1
≥ 8	19	1,2
Com banheiro	195	12,2
Sem banheiro	1401	87,8
Com cozinha	420	26,3
Sem cozinha	1176	73,7
Com latrina	253	15,9
Sem latrina	1344	84,1
Com rede milimétrica	186	11,7
Sem rede milimétrica	1410	88,3
Com mosquitoireiro	1097	68,7
Sem mosquitoireiro	499	31,3
ELETRODOMÉSTICOS		
Rádio	236	14,8
TV	250	15,7
Rádio e TV	705	44,2
Nenhum	405	25,3
TIPO DE ILUMINACAO		
Rede pública	815	51,1
Gerador elétrico	253	15,9
Candeeiro	528	33,0
FONTES DE A. DE ÁGUA		
Rede publica domiciliar	12	0,8
Rede P. não domiciliar	561	35,2
Rio ou lago	797	49,9
Poço	88	5,5
Carro – pipa	138	8,6
TRATAMENTO DE AGUA		
Fervida	78	4,9
Nenhum	1518	95,1
DESTINO DO LIXO		
Sistema Público	162	10,2
Enterrado	56	3,5
Queimado	384	24,1
Ao ar livre	994	62,3

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus

4.2 Características da população

Tabela 8- Distribuição da população segundo o sexo e os bairros residenciais, Bom Jesus, 2010

BAIRRO	Masc	Fem	Total
1º Bairro	1303	1369	2672
2º Bairro	579	586	1165
Honga Samba	298	301	599
Lucumbi	267	274	541
Zambela	269	277	546
Cassenda	156	170	326
Kanacassassa	121	135	256
Ngolome	98	87	185
Coxe	111	104	215
Matabuleiro	141	148	289
TOTAL	3343	3451	6794
%	49,2	50,8	100,0

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus

Nos dez bairros da Comuna de Bom Jesus, foram recenseadas 6.794 habitantes, residindo 65,3 no 1º, 2º Bairros e Honga Samba, que constituem a área central da localidade, e os restantes 43,5% dos habitantes vivem nos 7 bairros da área periférica.

Na tabela nº 8 também se pode observar que em relação à distribuição dos habitantes por sexo há uma ligeira predominância do sexo feminino sobre o sexo masculino com 50,8% e 49,2% respectivamente, verificando-se nos bairros Ngolome e Coxe um maior número de homens sobre o número de mulheres, com 53,% e 47% respectivamente no Ngolome e 51,6% de homens e 49,4% de mulheres no bairro Coxe.

Tabela 9- Distribuição da população segundo faixa etária, Bom Jesus, 2010

Faixa Etária	Nº	%
< 1 ano	280	4,1
01-04	925	13,6
05-09	1065	15,7
10-14	739	10,9
15-19	679	10,0
20-29	1198	17,6
30-39	677	10,0
40-49	515	7,6
50-59	402	5,9
60 e mais	314	4,6
TOTAL	6794	100,0

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Em relação à distribuição da população segundo a faixa etária (tabela nº 9), observa-se que 17,7% dos habitantes são menores de 5 anos, 44,3% têm menos de 15 anos caracterizando uma população extremamente jovem já que, os habitantes de 60 e mais anos constitui apenas um efetivo de 4,6%, significando que o índice de dependência total é de 48,9%, sendo a população economicamente ativa de 51,1% dos habitantes, o que é do ponto de vista demográfico, econômico, social e sanitário constitui uma importante característica de comunidades humanas com um alto grau de subdesenvolvimento. É de salientar que o grupo populacional com menos de 40 anos de idade é de 71,9% e as crianças que ainda não atingiram o 1º ano de idade é de 4,1%, quase semelhante à totalidade de pessoas com 60 anos ou mais que é de 4,6%, indiciando uma alta taxa de fertilidade e uma esperança de vida bastante baixa.

Tabela 10- Distribuição dos domicílios segundo o nº de membros da família, Bom Jesus, 2010.

TAMANHO DA FAMÍLIA	N.	%
1	233	14,6
2	223	14,0
3-6	859	53,9
7-9	232	14,5
≥ 10	49	3,0
Total	1596	100,0

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Em relação à distribuição dos domicílios segundo o tamanho da família (tabela nº 10) registrou-se que, 82,5% das famílias eram constituídas por um efetivo de uma a seis pessoas. 53,9% são famílias com três a seis indivíduos, notando-se aproximadamente uma paridade entre as famílias constituídas por uma ou duas pessoas, correspondendo a 14,6% e 14% respectivamente, as famílias que integram dez ou mais pessoas representam apenas 3% da totalidade. A média de pessoas por família é de quatro indivíduos.

Tabela 11- Distribuição da população segundo o idioma, Bom Jesus, 2010

IDIOMA	Nº	%
Kimbundo	4483	65,9
Umbundo	2258	33,4
Outros	53	0,7
TOTAL	6794	100,0

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

A população de Bom Jesus é majoritariamente constituída por indivíduos de idioma kimbundo (etnia Ambundo) que representaram 65,9%, seguida de pessoas que se expressam em língua nacional umbundo (etnia ovimbundo) com 33,4%, provenientes da região centro – sul de Angola, enquanto que a minoria populacional é representada por 0,7% e pertencente às etnias bakongo e tchokwe, provenientes do norte e nordeste de Angola respectivamente.

Tabela 12- Distribuição da população com idade igual ou maior de seis anos segundo a escolaridade e a ocupação, Bom Jesus, 2010

ESCOLARIDADE	Nº	%
Sem Escolaridade	832	15,6
1ª a 4ª Serie	2660	50,0
5ª a 6ª Serie	946	17,7
7ª a 9ª Serie	719	13,5
10ª a 12ª Serie	150	2,8
13ª	16	0,4
Total	5323	100,0
OCUPAÇÃO		
Estudante	2011	37,7
Domestica	671	12,6
Camponês	1425	26,8
Operário	999	18,8
Funcionário Público	214	4,1
Total	5323	100,0

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Relativamente à caracterização da população com a idade igual ou maior de seis anos, segundo a escolaridade (tabela nº 12), se observou que 81,2% dos habitantes freqüentaram as nove series iniciais que constituem o ensino fundamental em Angola, 50% dos indivíduos freqüentaram da 1ª a 4ª série e somente 0,4% afirmaram ter o ensino médio completo. Entretanto as pessoas sem qualquer nível de escolaridade constituem 15,6% da população recenseada com idade igual ou superior a 6 anos.

Segundo a ocupação, verificou-se nesse grupo populacional, 37,7% de indivíduos referiram serem estudantes, 26,8% são camponeses, 18,8 % e constituído por indivíduos que trabalham nas varias unidades empresariais da localidade (operários) e apenas 4,1% são funcionários públicos, isto é formalmente ligados às instituições de administração local. Desta forma se constatou que 87,4% desse grupo populacional exercem atividades profissionais fora de casa e os restantes 12,6% desenvolvem tarefas domésticas não remuneradas.

Tabela 13- Distribuição dos entrevistados segundo tipo de relação com a criança, Bom Jesus, 2010

RELAÇÃO DO ENTREVISTADO COM A CRIANÇA	Nº	%
Mãe	1443	90,4
Pai	115	7,2
Tio (a)	10	0,6
Avô	19	1,2
Avó	6	0,4
Outro	3	0,2
Total	1596	100,0

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Das 1596 pessoas entrevistadas (tabela nº 13), 90,4% eram mães ou responsáveis das crianças menores de cinco anos, 7,2% foram os pais e os restantes 2,4% dos entrevistados representaram outros familiares tais como avô, tio (a) avó e outro parente.

Tabela 14- Distribuição do chefe de família segundo o tipo, a escolaridade e salário, Bom Jesus, 2010

Tipo de chefe família	Nº	%
Mãe	297	18,6
Pai	1249	78,3
Tio (a)	2	0,1
Avô	24	1,5
Avó	17	1,1
Outro	7	0,4
Escolaridade		
Analfabeto	290	18,2
1-4 série	556	34,8
5-9 série	666	41,7
10-12 série	76	4,8
Ensino superior	8	0,5
Salário		
< 5 salários mínimos	1261	79,0
< 1 salário mínimo	650	40,7
1 a 2 salários mínimos	402	25,2
3 a 4 salários mínimos	209	13,1
≥ 5 salários mínimos	335	21,0

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Na tabela 14, se pode observar que a maior percentagem dos chefes de família são homens, pais dos menores de cinco anos, correspondendo a 78,3%, seguido das mães que representam 18,6% dos chefes de família, sendo a categoria de outro parente como chefe de família o menor grupo representado com 0,4%. Verifica-se que 41% dos chefes de família afirmaram terem frequentado e concluído da 5ª a 9ª série e 34,8% da 1ª a 4ª série, perfazendo

desta forma 76,5 de pais de família que freqüentaram o ensino fundamental, que em Angola envolve as 9 primeiras séries do sistema de ensino.

Entretanto é conveniente assinalar que 18,2% dos chefes de família afirmaram não ter qualquer tipo de escolaridade e apenas 0,5% concluíram o ensino superior.

O salário mínimo em Angola é de aproximadamente 70 mil kwanzas por mês, equivalentes a 100 dólares americanos, representando um poder aquisitivo de uma cesta básica alimentar para uma família de seis pessoas, sem envolver outras despesas dos agregados familiares.

Entre os chefes de família da comunidade de Bom Jesus 79% auferem um salário mensal de menos de cinco salários mínimos e apenas 21% recebem um salário igual ou superior a cinco salários mínimos, 40,7% e 25,1% recebem menos de um e de um a dois salários mínimos respectivamente, isto é 65,8% dos chefes de família têm um rendimento salarial de até dois salários mínimos.

4.3 Características da criança e da mãe ou responsável

Tabela 15- Distribuição das casas com ou sem menores de cinco anos segundo os bairros residenciais, Bom Jesus, 2010

Bairro	Total de casas	Casas com crianças < 5 anos	N ° de crianças	Proporção de casas com crianças < 5 A
1º Bairro	539	360	504	66,9
2º Bairro	244	161	225	66,0
Honga Samba	118	78	122	66,1
Lucumbi	136	64	95	47,1
Zambela	145	51	77	35,2
Kassenda	103	43	64	41,7
Kanacassassa	70	35	52	50,0
Ngolome	63	18	23	28,6
Coxe	72	16	25	22,2
Matabuleiro	106	13	18	12,3
Total	1596	839	1205	52,6

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Das 1596 casas recenseadas e ocupadas em Bom Jesus, 52,6% têm crianças com menos de 5 anos. Há quase uma paridade na proporção de casas com esse grupo etário nos 1º, 2º Bairros e Honga Samba, com 66,9%, 66,0% e 66,1% respectivamente, revelando as maiores concentrações de casas com menores de cinco anos de entre os 10 bairros que integram essa localidade, notando-se que as menores proporções referem-se aos bairros Coxe e Matabuleiro, com 22,2% e 12,3% (Tabela 15).

Tabela 16- Distribuição dos menores de cinco anos segundo os bairros, Bom Jesus, 2010

BAIRRO	Nº	%
1º Bairro	509	42,2
2º Bairro	221	18,3
Honga samba	123	10,2
Lucumbi	95	7,9
Zambela	75	6,2
Cassenda	64	5,3
Canacasassa	52	4,3
Ngolome	23	1,9
Coxe	23	1,9
Matabuleiro	20	1,7
Total	1205	100,0

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Dos 6794 habitantes recenseados na Comuna de Bom Jesus, 17,7% são crianças com menos de cinco anos de idade. Na tabela nº 16 se pode observar que da totalidade desses

menores 42,2% vivem no 1º Bairro, 18,3% no 2º Bairro e 10,2% no Honga Samba, significando que 70,7% dos menores de cinco anos habitam na área residencial central e as restantes 29,3% na área residencial periférica dessa localidade. Proporcionalmente o bairro com maior índice de concentração de menores de cinco anos é o Honga Samba com 20,5%, seguido de Canacasassa com 20,3% e o com índice mais baixo é o Matabuleiro com 1,7%.

Tabela 17- Distribuição dos menores de cinco anos segundo a faixa etária, sexo, idioma, ordem de nascimento e registro civil, Bom Jesus, 2010

Faixa Etária	Nº	%
< ou =1 Mês	53	4,4
02-11	249	20,7
12-59	903	74,9
Sexo		
Masculino	580	48,1
Feminino	625	51,9
Idioma		
Kimbundo	800	66,3
Umbundo	391	32,4
Outros	14	1,3
Ordem de Nascimento		
1	285	23,7
2 a 4	702	58,3
5 a 10	216	17,9
11 e +	2	0,1
Registro civil		
Com registro	223	18,5
Sem registro	982	81,5

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Na tabela 17 se pode observar que das 1205 crianças menores de cinco anos estudadas, 74,9% tinham entre 12 a 59 meses, 20,7% entre 2 a 11 meses e somente 4,4% tinham idade igual ou inferior a trinta dias. Em referencia ao sexo há ligeira predominância do sexo feminino sobre o sexo masculino com 51,9% e 48,1% respectivamente. Dessas crianças 66,3% são de famílias onde se fala o idioma kimbundo, 32,4% o idioma umbundo e 1,3% outros idiomas. Quanto à ordem de nascimento, 58,3% são entre o segundo ao quarto nascimento, 23,3% constituem o primeiro nascimento e apenas 0,1% são o décimo primeiro nascimento ou mais.

Assim é de realçar que 82% desses menores de cinco anos se situam entre o primeiro e o quarto nascimento. Relativamente ao registro civil de nascimentos, 81,5% dos menores de

cinco anos não possuem qualquer registro no órgão local competente e apenas 18,5% estão nesta última condição.

Tabela 18- Distribuição dos menores de cinco anos segundo a faixa etária da mãe ou responsável e o nº de filhos, Bom Jesus, 2010

Faixa Etária da Mãe	Nº	%
15-19	114	9,3
20-24	368	30,5
25-29	269	22,3
30-39	330	27,4
40-49	103	8,5
50-59	14	1,2
60e+	7	0,6
Nº de Filhos		
1	168	13,9
2-4	769	63,8
5-12	268	22,3

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Relativamente à distribuição das crianças segundo a faixa etária da mãe (tabela nº 18) 30,5% são de mães com idade entre 20 aos 24 anos, 27,4% de mães entre os 30 e 39 anos, 22,3% de mães com idade entre 25 e 29 anos, significando que a maioria desses menores são filhos ou têm como responsáveis mulheres jovens, perfazendo 80,2% da totalidade desse grupo populacional e apenas 1,8% são mães ou responsáveis com idade igual ou superior a 50 anos. Entretanto é preciso notar que 9,3% das mães têm idade compreendida entre os 15 e os 19 anos e mesmo no grupo das mães com 20 a 24 anos algumas provavelmente tiveram as primeiras gravidezes quando pertenciam ao grupo dos 15 aos 19 anos, conformando certa precocidade na primeira gravidez.

Relativamente ao numero de filhos 63,8% das crianças menores de cinco anos pertencem a famílias cujas mães ou responsáveis têm de 2 a 4 filhos e 22,3% a famílias com mães ou responsáveis com 5 a 12 filhos, correspondendo a um subtotal de 86,1% de mães com 2 a 12 filhos e apenas 13,9% é constituído por mães ou responsáveis com um único filho.

Tabela 19- Distribuição dos menores de cinco anos segundo a escolaridade e ocupação da mãe ou responsável, Bom Jesus, 2010

Escolaridade da Mãe	Nº	%
0	265	22,0
1 a 4 Série	639	53,0
5 a 6 Série	155	12,0
7 a 9 Série	135	11,2
10 a 12 Série	22	1,8
Ocupação da Mãe		
Doméstica	641	53,2
Não Doméstica	564	46,8

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Na tabela 19 se pode constatar que 53% das mães ou responsáveis dos menores de cinco anos afirmaram terem uma escolaridade compreendida entre a 1ª e a 4ª série, seguida das que não têm nenhum grau de escolaridade correspondendo a 22% e apenas 1,8% freqüentaram da 10ª a 12ª séries. É de notar que as mães ou responsáveis que freqüentaram da 5ª a 9ª série constituem 23,2% do total o que é aproximadamente a mesma freqüência das mães sem qualquer tipo de escolaridade. Relativamente à ocupação 53% das mães exercem atividades não remuneradas nas suas próprias residências, isto é, pertencem à categoria de domésticas e 46,8% trabalham fora dos seus lares (não domésticas).

4.4 O conhecimento, a utilização e o grau de satisfação dos entrevistados em relação ao serviço de saúde local

Tabela 20- Distribuição dos entrevistados segundo o conhecimento do serviço de saúde local, utilização da sala de vacinação e grau de satisfação, Bom Jesus, 2010

	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
CONHECE O S. DE SAÚDE LOCAL	1199	75,1	397	24,9
UTILIZOU SALA DE VACINAÇÃO	1053	66,0	543	34,0
FICOU SATISFEITO	617	58,6	436	41,4

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

No que se refere ao conhecimento dos serviços de saúde local, 75,1% dos entrevistados afirmaram conhecer esses serviços, 66,0% revelaram ter utilizado a sala de vacinação e de entre esses últimos 58,6% se manifestaram satisfeito com a atenção prestada (Tabela 20).

4.5 Estado Vacinal

Tabela 21- Distribuição dos menores de cinco anos com ou sem cartão segundo o completamento do calendário vacinal, Bom Jesus, 2010

	Com calendário completo		S. C. completo		Total	%
	Nº	%	Nº	%		
Com cartão de vacina	389	67,5	187	32,5	576	47,8
Sem cartão de vacina	53	8,4	576	91,6	629	52,2
Total	442	36,6	763	63,4	1205	100,0

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Das 1205 crianças com menos de cinco anos recenseadas em Bom Jesus, que constituem o grupo alvo do estudo, 52,2% não possuíam o cartão de registro de vacinas, das quais 91,6% não tinham completado o calendário vacinal, de acordo com a informação verbal das mães ou responsáveis. Das 47,8% de crianças que possuíam o cartão de vacina na altura da entrevista, 67,5% tinham completado o calendário vacinal (tabela nº 21). Assim podemos constatar que da totalidade de crianças em referencia 63,4% não tinham o calendário vacinal completo e somente 36,6% podem ser consideradas crianças totalmente vacinadas, segundo o calendário vacinal vigente em Angola.

Tabela 22- Distribuição de menores de cinco anos totalmente vacinados ou não segundo os bairros residenciais, Bom Jesus, 2010

	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
BAIRRO				
1º Bairro	159	31,2	350	68,8
2º Bairro	77	34,8	141	65,2
Honga Samba	33	26,8	93	75,6
Lucumbi	34	35,8	61	64,2
Zambela	31	41,3	44	58,7
Cassenda	39	60,9	25	39,1
Canacasassa	28	53,8	24	46,2
Ngolome	13	56,5	10	43,5
Coxe	15	65,2	8	34,8
Matabuleiro	13	65,0	7	35,0
Total	442	36,6	763	63,4

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Das 1205 crianças que constituem a população alvo do estudo e residentes em Bom Jesus, relativamente ao completamento do calendário vacinal vigente em Angola, a tabela 22,

nos facilita observar que 63,4% desses menores não fizeram todo o esquema de vacinação previsto e apenas 36,6% possuíam o calendário vacinal completo.

Figura 1. Distribuição espacial dos bairros residenciais de Bom Jesus, 2010

No que se refere à distribuição das crianças totalmente vacinadas pelos bairros da comunidade, se pode verificar que encontramos as maiores frequências se referem aos bairros Coxe e Matabuleiro com 65,2% e 65,0% respectivamente e a menor frequência foi observada no bairro Honga Samba situado na área central da comunidade. Saliente-se que os dois bairros com maior número de crianças totalmente vacinadas localizam-se na parte mais periférica da comuna de Bom Jesus, isto é, em áreas mais distantes do centro da localidade, que é constituído pelo 1º, 2º Bairros e Honga Samba, onde coincidentemente se situam as várias instituições locais de administração do Estado e o centro de saúde principal da comuna.

Tabela 23- Distribuição de menores de cinco anos com ou sem calendário vacinal completo segundo a faixa etária, Bom Jesus, 2010

Faixa etária	Com Calendário Completo		Sem Calendário Completo	
	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
<ou= 1 m	37	67,9	16	32,0
2 a 11 m	137	56,4	112	54,6
12 a 36 m	189	33,0	387	69,2
37 a 59 m	79	24,1	248	75,8

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

No que se refere à distribuição da população em estudo segundo o completamento do calendário vacinal e a faixa etária (tabela nº 23), observa-se que as maiores frequências das crianças totalmente vacinadas são relativas às menores faixas etárias, isto é, de menores ou iguais há um mês e de dois á 11 meses, com 67,9% e 54,6% de crianças vacinadas, evidenciando uma tendência de diminuição da cobertura vacinal conforme aumenta a idade da criança.

Gráfico 2. Menores de cinco anos segundo o sexo e estado vacinal, Bom Jesus, 2010

Fonte: Inquérito vacinal. Bom Jesus, 2010

O gráfico 2 mostra que a cobertura vacinal é igual para ambos os sexos, verificando-se entre os não vacinados uma diferença de 0,7% entre meninos e meninas.

Tabela 24- Distribuição de menores de cinco anos com ou sem calendário vacinal completo segundo o idioma, Bom Jesus, 2010

Idioma	Com Calendário Completo		Sem Calendário Completo	
	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
1-Kimbundo	305	38,1	495	61,9
2-Umbundo	132	33,8	259	66,2
3-Bakongo	2	20,0	8	80,0
4-Outro	0	0,0	4	100,0

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Sendo majoritário o grupo populacional de idioma kimbundo nessa comunidade e constituindo a população autóctone dessa região, verifica-se que as crianças desse grupo etno-linguístico apresentam a maior taxa de completamento do calendário vacinal com 38,1% e a menor proteção vacinal referencia-se ao grupo etno-linguístico bakongo, com 20,0% (tabela 24)

Tabela 25- Distribuição dos menores de cinco anos com cartão segundo as doses das vacinas do PAV, Bom Jesus, 2010

Vacina	Nº	%
BCG	523	90,7
PÓLIO 1	440	76,3
PÓLIO 2	345	59,8
PÓLIO 3	294	51,0
DTP 1	405	70,3
DTP 2	328	56,9
DPT 3	272	47,2
HEPATITE B 1	110	19,0
HEPATITE B 2	86	14,9
HEPATITE B 3	82	14,2
SARAMPO	248	43,0
FEBRE AMARELA	239	41,5

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Na distribuição das crianças segundo as vacinas de doses múltiplas (tabela nº 25) observa-se uma evidente tendência de diminuição gradual entre a 1ª e 3ª doses das vacinas antipólio, DTP e Hepatite B. Para as três vacinas, a variação da proporção das crianças vacinadas, entre a 1ª e 3ª doses da Pólio, DTP e Hepatite B, é de 76,3% para 51,0, 70,3% para 47,2% e 19,0%, para 14,2% respectivamente. Coincidentemente a mesma tendência é verificada quando se compara a proporção de crianças vacinadas com BCG (90,7%) e as últimas duas vacinas do calendário, nomeadamente anti sarampo (43,0%) e contra a Febre

Amarela (41,0%) que são aplicadas simultaneamente, conformando, relativamente a Pólio, DTP e Hepatite B, taxas de abandono do programa, de 32,2%, 32,8% e 25,4% respectivamente.

Se a optarmos por conhecer as taxas de abandono referenciando a 1ª vacina do calendário, isto é a BCG, com as duas ultimas vacinas nomeadamente á anti Sarampo e Febre Amarela, observamos que as taxas de abandono BCG/Sarampo e BCG/Febre Amarela, são de 52,6% e 54,3% respectivamente.

Tabela 26- Distribuição de menores de cinco anos com cartão segundo as doses completadas, Bom Jesus, 2010

VACINA	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
BCG	523	90,7	53	9,2
PÓLIO 3	294	51,0	129	49,0
DTP 3	272	47,2	166	52,8
HEPATITE B 3	82	14,2	464	86,8
SARAMPO	248	43,0	320	57,0
FEBRE AMARELA	239	41,5	329	58,5

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

De entre as crianças possuidoras do cartão de vacinas constatou-se que podem consideradas como imunizadas 90,7% com a BCG, 51,0% com a Pólio 3, 47,2% com a DTP3, 14,2% com a Hepatite B 3, 43,0% contra o Sarampo e 41,5% contra a Febre Amarela. Assim, se pode destacar que para a Hepatite B 3, o Sarampo e a Febre Amarela encontramos 83,8%, 57,0% e 58,5% de crianças não vacinadas, de entre o total de crianças que possuíam o cartão de vacinação (tabela 26).

Tabela 27- Proporção de crianças com cartão de vacinas com intervalos corretos entre as doses, Bom Jesus, 2010

Vacinas	Pólio N=440	DTP N=406	HEPB N=110
Primeira dose	69,1%	83,0%	39,1%
Segunda dose	74,8%	75,3%	93,0%
Terceira dose	72,4%	69,9%	67,1%

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

No que se refere ao cumprimento dos intervalos entre as doses previstos no calendário vacinal vigente em Angola, na tabela nº 27 pode-se observar que para a 2ª dose nota-se que a maior proporção de casos com intervalo correto ocorre na aplicação da vacina Hepatite B com 93,0% e uma situação de quase paridade para as vacinas antipólio e DTP, com 74,8% e 75,3%.

Para a 3ª dose é observável uma maior proporção de crianças com intervalo correto na aplicação da vacina antipólio com 72,4%, sendo as proporções relativas DTP e Hepatite B de 69,9% e 67,1%.

Para as três vacinas pode-se perceber que há uma tendência de diminuição da proporção de aplicações com intervalos corretos quando partimos da 2ª para a 3ª doses.

Tabela 28- Distribuição de menores de cinco anos sem cartão de vacina, segundo as doses completadas, Bom Jesus, 2010

VACINAS	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
BCG	565	89,8	64	10,2
PÓLIO 3	547	87,0	82	13,0
DTP 3	307	48,8	322	58,8
HEPATITE B 3	191	30,4	438	69,6
SARAMPO	321	51,0	308	48,9
FEBRE AMARELA	278	44,3	351	55,7

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

De acordo com a informação verbal dos entrevistados, relativamente aos menores de cinco anos sem cartão de vacina com doses completadas, se pode observar (tabela nº28) que foram vacinadas para a BCG, Pólio, DPT3, Hepatite B 3, Sarampo, Febre Amarela, 90,8%, 51,0%, 47,2%, 14,2%, 43,2% e 41,5% das crianças do grupo em estudo. Deve-se salientar que para as vacinas de dose única (Sarampo, BCG e Febre Amarela), o significado de crianças sem dose completada, corresponde à ausência de vacinação para esses três imunógenos, representando 48,9%, 10,2% e 55,7%, respectivamente, do total de crianças sem cartão.

Tabela 29- Distribuição de menores de cinco anos com ou sem cartão segundo o completamento das doses de cada vacina, Bom Jesus, 2010

VACINA	Nº	%
BCG	1088	90,2
PÓLIO 3	840	69,7
DTP 3	579	47,8
HEPATITE B 3	273	22,6
SARAMPO	569	47,2
FEBRE AMARELA	517	42,9

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

A tabela 29 apresenta a proporção de crianças que fizeram as doses completas de todas as vacinas previstas no calendário, sem considerar a condição de possuírem ou não o cartão de vacina. Assim, observa-se que a maior taxa de cobertura vacinal é para a BCG (90,2%), seguida da Pólio (69,7%) da DTP (47,8%) e Sarampo (47,2%), verificando-se a menor proporção para a Hepatite B 3.

Tabela 30- Distribuição das mães ou responsáveis de crianças com ou sem cartão segundo o nº de doses de vacina antitetânica, Bom Jesus, 2010

Nº de doses	0		1 a 2		3 a 4		=ou>5		% Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		%
Mães de crianças com cartão	28	4,8	173	30,0	240	41,6	135	23,4	576	47,8
Mães de crianças sem cartão	57	9,0	189	30,0	371	59,0	12	2,0	629	52,2
Total	85	7,0	362	30,0	611	50,7	147	12,1	1205	100,

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

A tabela 30 permite-nos observar a distribuição das doses de vacina antitetânica entre as mães das crianças que integram a população alvo, expressando o grau de proteção contra o tétano dos menores de cinco anos, na altura do nascimento. Podemos constatar que na totalidade das crianças com cartão de vacina (47,8%), de entre as mães, 41,6% e 30,0% tinham feito de 3 a 4 doses e de 1 a 2 doses de vacina antitetânica, constituindo-se nas duas maiores proporções. Entretanto, devemos enfatizar que a proporção de mães que fizeram um número igual ou superior a 3 doses é de 64,0% e apenas 4,8% das crianças não estavam protegidas contra o tétano no momento do parto.

Relativamente às mães das crianças sem cartão de vacina é observável que 59,0% das crianças nasceram de mães que tinham feito de 3 a 4 doses e em 39,0% dessas crianças, as mães referiram ter feito entre 0 a 2 doses, das quais 9,0% revelaram não ter feito qualquer dose na altura do nascimento dessas crianças.

Gráfico 3. Taxa de abandono para as vacinas DTP, contra a Poliomielite e Hepatite B, em crianças com cartão, Bom Jesus, 2010

Fonte: Inquérito vacinal, Bom Jesus.

Relativamente à taxa de abandono das vacinas DTP, Pólio e Hepatite B, foram de 33,2, 32,8 e 25,4, significando que de cada 100 crianças que fazem a 1ª dose dessas vacinas 1/3 das mesmas não completam o processo de vacinação contra a DTP e Pólio e aproximadamente ¼ delas não completam o esquema de vacinação para a Hepatite B.

Tabela 31- Distribuição de menores de cinco anos com ou sem calendário vacinal completo, segundo o tipo, escolaridade e salário do chefe de família, Bom Jesus, 2010

Chefe de família	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Mãe	37	33,0	75	67,0
Pai	390	37,2	658	62,8
Tio (a)	0	0,0	2	100,0
Avô	10	40,0	15	60,0
Avó	2	11,1	16	88,9
Total	439	36,4	766	63,6
Escolaridade C Família				
Sem Escolaridade	30	36,0	68	69,4
1º a 4º série	126	31,6	399	68,4
5º a 6º série	128	38,8	330	61,2
7º a 9º série	118	39,1	302	60,9
10º a 12º série	34	46,6	73	53,4
13º série	3	100,0	0	0,0
Salário C. Família				
<ou = 5 salários mínimos	96	37,5	606	63,9
>ou = 5 salários mínimos	343	36,1	160	62,5

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus

Relativamente á distribuição dos menores de cinco anos de acordo com o completamento do calendário vacinal e o tipo de chefe de família observa-se que a maior frequência de crianças totalmente vacinadas, isto é, 40,0% das mesmas referem-se á avô na condição de chefe de família, seguido do pai com 37,2%. Entretanto, quando o tio (a) foi citado como o chefe de família a proporção de crianças totalmente vacinadas atinge 0,0%, significando que nesse caso nenhuma criança estava completamente vacinada. (tabela nº 31). A escolaridade do chefe da família não está associada à maior cobertura vacinal, exceto para os chefes com educação superior. O maior ou menor valor do salário de chefe da família não aparece associado à maior cobertura vacinal.

Tabela 32- Distribuição de menores de cinco anos com ou sem calendário vacinal completo segundo o tamanho da família, ordem de nascimento e número de filhos, Bom Jesus, 2010

Nº de membros da família	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
2 Pessoas	3	50,0	3	50,0
3 a 6 Pessoas	333	39,8	509	60,5
7 a 10 Pessoas	102	29,2	247	70,8
11 a 12 Pessoas	1	12,5	7	87,5
Ordem de Nascimento				
1	119	41,8	166	58,2
2 a 4	253	36,0	449	63,9
5 a 10	67	31,0	149	47,5
11 a 12	0	0,0	1	100,0
Nº de filhos				
1	72	42,9	96	57,5
2-4	289	37,5	480	62,4
5-12	78	24,2	190	70,8

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Quando observamos a distribuição dos menores de cinco anos segundo o completamento do calendário vacinal e o nº de membros da família, a ordem de nascimento da criança e o número de filhos nessas famílias se constatam que o número de crianças totalmente vacinadas é proporcionalmente maior conforme diminui o nº de membros da família, já que para as famílias constituídas por 2 pessoas há uma frequência de 50,0%, enquanto que para as famílias com 11 a 12 pessoas, essa frequência varia para 12,5%.

Da mesma forma, ao referenciar-se essa distribuição à ordem de nascimento, verifica-se uma tendência para a diminuição da cobertura vacinal conforme aumenta a ordem de nascimento, isto é, há frequências de 41,8%, de 36,0% e de 0,0%, quando a criança é categorizada como 1º, 2º a 4º e 11º a 12º nascimento, respectivamente. Relativamente à distribuição do grupo em estudo segundo o completamento do calendário vacinal e o número de filhos, permanece visível a tendência atrás referida e expressa através de frequências de 42,9% e 24,2%, quando há na família 1 filho ou de 5 a 12 filhos, conforme o que nos mostra a tabela nº 32.

Tabela 33- Distribuição de menores de cinco anos com ou sem calendário vacinal segundo a faixa etária, escolaridade e ocupação da mãe ou responsável, Bom Jesus, 2010

Faixa Etária da Mãe	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
15-19 anos	46	40,7	68	60,1
20-24 anos	156	42,4	212	57,6
25-29 anos	99	36,8	170	63,2
30-39 anos	107	32,4	223	67,6
40-49 anos	26	25,2	77	74,8
50e+ anos	5	23,8	16	76,1
Escolaridade da mãe				
Sem escolaridade	68	33,2	137	68,8
1ª a 4ª série	217	36,6	384	64,8
5ª a 6ª série	94	37,9	154	62,0
7ª a 9ª série	61	43,2	80	57,1
10 a 12ª série	8	42,1	11	57,8
Ocupação da mãe				
Doméstica	243	37,9	398	62,1
Não Doméstica	196	34,8	368	65,2

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Quanto à distribuição dos menores de cinco anos em estudo segundo a idade, escolaridade e a ocupação da mãe ou responsável, a tabela número 33, nos mostra que há uma linha de tendência da diminuição da cobertura vacinal conforme aumenta a idade da mãe ou responsável. Contudo em relação ao nível de escolaridade da pessoa que cuida da criança, verifica-se que a cobertura vacinal aumenta conforme há um incremento do nível de escolaridade, se atender ao fato de que a proporção de crianças totalmente vacinadas é de 33,2% para as mães sem escolaridade, variando para 43,2% para o grupo de mães ou responsáveis que freqüentaram a escola desde a 7ª e 9ª série, com uma ligeira diminuição para as que foram categorizadas como tendo freqüentado da 10ª a 12ª série, com 42,1% dos efetivos. Relativamente à ocupação das mães ou responsáveis, a cobertura vacinal das crianças que integram a população em estudo, verifica-se uma ligeira predominância para as que são cuidadas por pessoas que exercem atividades domésticas, sobre as que são acompanhadas cotidianamente pelas que trabalham fora do lar, com freqüências de 37,9% e 34,8%, respectivamente.

Tabela 34 Distribuição de menores de cinco anos com ou sem calendário vacinal completo segundo as características da habitação, Bom Jesus, 2010

C. de habitação	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Casa própria	243	37,9	398	62,1
Casa alugada	93	34,3	178	65,7
Casa de alvenaria	50	39,1	78	60,9
Casa tradicional	389	36,1	688	63,9
Com Latrina	73	34,3	140	65,7
Sem latrina	366	36,9	626	63,1

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Ao interiorizarmos os dados constantes na tabela nº 34 onde se tenta estabelecer a relação entre o completamento do calendário vacinal com algumas características da habitação, genericamente podemos nos aperceber que a variação entre aquele atributo e as variáveis habitacionais referidas, aparentemente é pouco considerável, já que as proporções encontradas são quase todas semelhantes, com um valor diferencial de 2 a 3 pontos percentuais entre as mesmas.

Tabela 35- Distribuição de menores de cinco anos, com ou sem calendário vacinal segundo o tipo de iluminação, Bom Jesus, 2010

Tipo de Iluminação	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Rede pública	288	37,4	482	62,6
Gerador elétrico	72	34,6	136	65,4
Candeeiro	79	34,2	148	65,8

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Na tabela 35, podemos verificar que a distribuição do cumprimento do calendário vacinal segundo o tipo de iluminação, se expressa através de uma relação, onde a variação de frequências relativas é pouco significativa, cujo valor diferencial não ultrapassa os 3 pontos percentuais, quando se referencia á rede pública, gerador elétrico e candeeiro como fontes de iluminação, com proporções de 37,4%, 34,6% e 34,2%, respectivamente, para os casos de completamento do calendário vacinal.

Tabela 36- Distribuição de menores de cinco anos, com ou sem calendário vacinal segundo as fontes de abastecimento de água, Bom Jesus, 2010

Água	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
R. Domiciliar	2	22,2	7	77,8
Chafariz	168	32,2	353	67,8
Poço	222	41,6	25	55,6
Rio ou lago	222	41,6	312	58,4
Carro pipa	27	28,4	68	71,6
Outro	0	0,0	1	100,0
TTO água				
Fervida	19	34,5	36	65,5
Nenhum	420	36,5	730	63,5

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Relativamente às proporções de casos de completamento ou não do calendário vacinal quando relacionadas com os atributos referentes às fontes de abastecimento e às formas de tratamento da água, apercebemo-nos através da informação contida na tabela nº 36, que 41,6% das crianças com calendário vacinal completo pertencem a famílias cujo abastecimento de água é feito a partir do rio ou de poços e apenas 22,2% das mesmas vivem em habitações abastecidas através da rede pública domiciliar. No que se refere ao tratamento de água, podemos observar que a maior parte das crianças com calendário vacinal completo pertence a famílias que não realizam qualquer tipo de tratamento de água, representando 36,5% desse grupo.

Tabela 37- Distribuição de menores de cinco anos, com ou sem calendário vacinal completado, segundo o destino do lixo, Bom Jesus, 2010

Destino do Lixo	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Sist. Publico	49	46,2	57	53,8
Enterrado	9	21,4	33	78,6
Queimado	100	41,3	142	58,7
Ao ar livre	281	34,5	534	44,3

Fonte: Inquérito vacinal Bom Jesus.

Visando a descrição da relação entre o completamento ou não do calendário vacinal e o destino do lixo produzido pelos agregados familiares, a tabela nº 37 fornece-nos informações sugerindo que as crianças menores de cinco anos pertencentes a famílias que têm acesso ao sistema público de recolha de lixo, apresentam a maior proporção de completamento do calendário vacinal com 46,2% seguido dos menores integrantes de famílias que queimavam o lixo propriedades, com 41,3%. É oportuno salientar que as crianças em estudo, membros de famílias que enterram o lixo em suas propriedades ou fora delas representam 21,4% dos casos de calendário vacinal completado, proporção essa, que é quase a metade das crianças que pertencem às famílias que têm acesso ao sistema público e as que queimam o lixo, como medida sanitária de saneamento do meio.

Tabela 38- Taxas de cobertura vacinal em Angola, Província do Bengo e Bom Jesus, 2009

	BCG%	DTP3%	PÓLIO%	SARAMPO%	HEP. B3%	F. A.%	TT%
Angola	83	73	78	77	73	40	78
Bengo	81	67	66	55	67	53	52
Bom Jesus	91	47	51	43	14	42	59

Fonte: PAV e inquérito vacinal Bom Jesus.

Ao compararmos a taxa de cobertura vacinal de cada vacina em Bom Jesus, com os valores que os parâmetros previamente definidos e assumidos na presente pesquisa, podemos verificar que os valores desse indicador produzidos ao longo do nosso estudo são literalmente inferiores, com enormes diferenças que se situam genericamente entre os 12 (Sarampo, Bengo e Bom Jesus) e 75 pontos percentuais (HEP 3), com a devida exceção para a taxa de cobertura da BCG em Bom Jesus.

Tabela 39- Distribuição da taxa específica das vacinas, BCG, DTP3, PÓLIO, ARAMPO, HEP. B3, F. A. e TETANO, no Mundo, PMD, A. Latina, África, Angola, Bengo e Bom Jesus

Países e Regiões	BCG	DTP3	PÓLIO	SARAMPO	HEP. B3	F. A.	TT
	%	%	%	%	%	%	%
Mundo	89	83	83	83	69	-	81
P M D	84	78	77	76	75	-	82
A. Latina	96	90	92	93	89	-	81
África	83	74	74	74	70	-	78
Angola	83	73	78	77	73	40	78
Bengo	81	67	66	55	67	53	52
Bom Jesus	91	47	51	43	14	42	59

Fonte: PAV, Inquérito vacinal Bom Jesus e Relatório da UNICEF, 2009.

Da mesma forma os valores da tabela nº 39 mostram as diferenças consideráveis da cobertura vacinal em Bom Jesus, quando comparada com os parâmetros previamente definidos.

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

5.1. Introdução

Quando decidimos realizar a presente pesquisa, previamente, tínhamos interiorizado que ao optarmos pela realização de um inquérito vacinal de base domiciliar, obtendo de forma direta as informações a partir da população, estaríamos mais aptos para conhecer melhor a situação vacinal das crianças residentes em Bom Jesus no primeiro semestre de 2010.

Esta opção permitiu-nos a análise descritiva da cobertura vacinal em crianças menores de cinco anos nessa localidade, assim como algumas condições socioeconômicas, demográficas e culturais que estruturam o contexto geral onde as intervenções de saúde se desenvolvem, com especial destaque para as ações do Programa Alargado de Vacinação.

Ao interpretarmos os conceitos fundamentais da teoria dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e os respectivos paradigmas explicativos do processo saúde/doença, almejamos garantir uma visualização holística de alguns traços da realidade social dessa comunidade, que se constituem em indicadores de diferenciação social e que dialeticamente se relacionam com o comportamento da cobertura vacinal como um dos indicadores de acesso e de resultados do programa de vacinação.

Finalmente levamos sempre em consideração ao longo dos procedimentos de comparação, que os valores da taxa de cobertura foram provenientes de distintas fontes e da aplicação de diversas opções metodológicas.

5.2 A Cobertura Vacinal

Na descrição da cobertura vacinal em menores de 5 anos em Bom Jesus e de acordo com os objetivos e a metodologia do estudo, prestamos uma atenção especial ao cartão de vacinas, como instrumento de monitoramento da situação vacinal das crianças em estudo e da qualidade dos serviços de vacinação.

Sobre esse aspecto constatamos ser bastante baixa a proporção de crianças que possuíam o cartão de vacinas (47,8%), das quais 67,5% foram consideradas totalmente vacinadas, enquanto que somente 8,4% das crianças sem cartão de vacina tinham o esquema vacinal completo. Assim, a baixa proporção das crianças que tinham o cartão de vacinas, provavelmente se pode constituir num indicador da debilidade do sistema de monitoramento da cobertura vacinal, da qualidade dos serviços prestados ou da valorização que os usuários atribuem ao mesmo, o que poderá indiciar um vínculo pouco efetivo da população local com o sistema local de vacinação e provavelmente um elevado grau de evasão ou procura de outros serviços.

A cobertura vacinal na população em estudo foi bastante baixa (36,6%), quando comparada com as coberturas médias de Angola e da Província do Bengo, não alcançando as metas do Programa Alargado de Vacinação em Angola, nem se quer a meta estabelecida para a década de 90, pelo Encontro Mundial de Cúpula pela Criança, realizado no final de Setembro de 1990, na sede das Nações Unidas em Nova Iorque, de se atingir 90% de imunização até o ano 2000. Significando que em cada 100 das 1250 crianças estudadas, acima de 64 das mesmas não se encontravam potencialmente protegidas de algumas doenças imunopreveníveis, configurando um quadro de fraca imunidade de grupo para algumas doenças que são alvo do PAV.

A comparação das coberturas vacinais entre os vários bairros da comunidade revela diferenças na situação vacinal dos menores de cinco anos, sendo de destacar que os bairros residenciais que se situam mais distantes do centro de saúde local apresentaram valores mais altos que os bairros localizados na área central onde se situa a referida instituição de saúde. Os bairros Coxe e Matabuleiro com uma cobertura na ordem dos 65% apresentaram o dobro do número de crianças totalmente vacinadas em relação ao número de crianças que viviam nos bairros localizados na área central. Esse fato contraria a informação que frequentemente consta na literatura consultada, onde se afirma a possibilidade de maior cobertura vacinal em áreas que se situam mais perto da sala de vacinação. Eventualmente, essa heterogeneidade pode ser explicada pelo alto grau de coesão social nessas comunidades periféricas, tradicionais, pouco urbanizadas, com indicadores de desenvolvimento mais baixos, onde os líderes tradicionais exercem um forte papel sobre o vínculo efetivo das mesmas com os serviços locais de saúde. Entretanto, é de considerar que o fato dessas comunidades tradicionais se apresentarem de forma monolítica sob o ponto de vista etno lingüístico e

cultural, facilite a realização de campanhas de vacinação, em que há um forte envolvimento da liderança tradicional.

Quando analisamos a cobertura específica por vacina, constatamos que a vacina com a cobertura mais alta foi a BCG com 90,7%, sendo a única que alcançou as metas do PAV em Angola e as metas regionais e internacionais recomendadas, provavelmente por ser uma vacina aplicada no momento do nascimento e porque os partos ocorridos em ambiente extra-hospitalar são realizados por parteiras tradicionais, previamente treinadas nos serviços locais de saúde e encaminham as mães para a sala de vacinação, mas, posteriormente não continuam com o processo de cumprimento do calendário vacinal.

A cobertura das restantes vacinas situa-se abaixo de 80%, onde se destaca o Sarampo com uma cobertura de 43%, o que indica um alto nível de prováveis crianças menores de cinco anos suscetíveis a essa doença, que é caracterizada por possuir uma alta transmissibilidade e provocar simultaneamente a maior taxa de mortalidade infantil, entre todas as doenças alvo do PAV em Angola. Contudo, convém notar que a cobertura da Hepatite B é a mais baixa com 14,2%, provavelmente porque essa vacina somente foi introduzida no calendário vacinal de Angola a partir de 2007 ou devido às dificuldades subjacentes ao cumprimento dos intervalos entre a aplicação das três doses que é de 180 dias entre a 1ª e a última.

Ao compararmos a taxa de cobertura vacinal de cada vacina em Bom Jesus, que foram de 90,7 para BCG, 51,0 para a Pólio, 47,2 para a DTP, 14,2 para a HepB, 43,0 para o sarampo e de 41,5 para a Febre Amarela com os valores que os parâmetros previamente definidos e descritos na presente pesquisa (valores de Angola e Bengo), podemos verificar que os valores desse indicador produzidos ao longo do nosso estudo são literalmente inferiores aos mesmos, com enormes diferenças que se situam genericamente entre os 12 (Sarampo, Bengo e Bom Jesus) e 75 pontos percentuais (HEP 3), com a devida exceção para a taxa de cobertura da BCG em Bom Jesus, que provavelmente, tenha alcançado esse valor por ser uma vacina aplicada no momento do nascimento e porque os partos ocorridos em ambiente extra-hospitalar são realizados por parteiras tradicionais previamente treinadas e encaminham as mães para a sala de vacinação. Eventualmente as mães não retornem para completar o calendário vacinal das crianças por falta de informação, já que 24,9% das entrevistadas afirmaram não conhecer o serviço de saúde local e 34% nunca utilizou a sala de vacinação.

Esses valores evidenciam os resultados da aplicação de distintos métodos no processo de construção do indicador, nomeadamente a utilização de dados de produção dos serviços de vacinação, que influenciam o numerador e denominador da fórmula de cálculo da taxa de vacinação. Além disso, hipoteticamente esses valores podem refletir a baixa eficiência e forte debilidade dos diversos componentes estruturais e operacionais do PAV.

Relativamente à taxa de abandono das vacinas DTP, PÒLIO e HEP. B podemos observar que foram extremamente elevadas quando comparadas com a meta de 10% definida pelo Ministério da Saúde e pelo Escritório Regional da OMS em África, tendo esse indicador assumido em Bom Jesus, valores três vezes superior a essa meta para a DTP e a PÒLIO e duas vezes e meia para a HEP. B.

Esses elementos refletem que em aproximadamente cada 100 crianças que iniciam o esquema vacinal do PAV somente entre 25 a 33 delas cumprem todo o calendário proposto, reforçando dessa forma a diminuição da imunidade coletiva nesse grupo etário. (Tabela 39).

No que se refere à proteção contra o tétano neonatal no momento do nascimento da criança, 80,7% das mães tinham feito de duas a quatro doses de toxóide tetânico o que se pode considerar uma cobertura razoável embora se situando a 19 pontos percentuais do objetivo do PAV.

Observando o cumprimento do calendário vacinal como indicador de qualidade do programa local de vacinação, outro fator negativo que pode ser referenciado no desempenho dos serviços de vacinação nessa comunidade é a alta proporção de casos que não cumpriram os intervalos entre as doses das vacinas PÒLIO, DTP e HEP. B, que apresentaram aproximadamente valores compreendidos entre 7 e 25%. Estes elementos podem eventualmente também estar relacionados com o grau de utilização e de satisfação usuários, tendo em conta que da totalidade de entrevistados, 66% revelaram ter utilizado a sala de vacinação dos quais 42,4% manifestaram não estar satisfeitos com a atenção prestada.

5.3 Fatores relacionados com a cobertura vacinal

Entre esses fatores, a nossa pesquisa estabelece algumas relações entre a cobertura vacinal e fatores individuais, familiares e contextuais, visando à estruturação de uma

perspectiva de formulação de algumas hipóteses que posteriormente poderão embasar outros estudos, onde as oportunas associações entre essas variáveis possam ser estabelecidas, utilizando os recursos necessários da estatística analítica.

Entretanto também apreendemos a partir da literatura consultada que o comportamento desses fatores no aumento ou na diminuição da cobertura vacinal irá depender da região, do período em que é realizada a pesquisa e das diversas linhas conceituais, metodológicas e operacionais que forem adotadas.

5.3.1 Fatores individuais, familiares e contextuais relacionados com o aumento da cobertura vacinal

A presente pesquisa revelou que a cobertura vacinal, aparentemente aumentou conforme houve um incremento da escolaridade e do salário do chefe de família, da escolaridade da mãe ou responsável pela criança, da melhor cobertura dos serviços de coleta pública do lixo, do índice de cobertura da rede pública de distribuição de energia elétrica e quando a criança pertencesse a uma família cujo chefe fosse o pai, que a mãe fosse doméstica e houvesse a presença da avó, cujos pais fossem locutores do idioma local (kimbundo), tivesse casa própria, cuja construção fosse feita com matérias não tradicionais e que tivesse banheiro. Deste modo, os elementos referidos provavelmente sustentem a hipótese de que a melhoria das condições ambientais, econômicas e sociais influencie positivamente o aumento da cobertura vacinal nessa comunidade o que é consistente com a literatura consultada (LUHM, 2008).

Entretanto, o presente estudo sugere que se possa ter verificado, tendencialmente um decréscimo da cobertura vacinal conforme aumenta a idade da criança, o número de pessoas que constituem a família, o incremento da ordem de nascimento e o número de filhos vivos.

A provável relação inversa entre a cobertura vacinal e essas variáveis surge como consistente com alguns estudos realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento. (MIRANDA et al., 1995; MOLINA et al., 2007).

Genericamente os resultados obtidos com a realização da presente pesquisa sugerem uma diminuição da cobertura vacinal conforme são piores os indicadores de desenvolvimento socioeconômico, ambientais e do capital humano, o que pode aparentemente indicar algum grau de concordância com resultados de outros estudos que demonstraram coberturas vacinais mais baixas em populações com piores condições econômicas. (PEBLEY ET al., 1996; STEELE, 1996; DELAMONICA ET al., 2005)

Por outro lado esses resultados contrastam com os resultados de vários inquéritos de cobertura vacinal, com destaque para o inquérito de cobertura vacinal realizado no Município de São Paulo em 2002, que demonstraram uma associação estatisticamente significativa entre melhores coberturas vacinais com piores indicadores socioeconômicos (Moraes ET al. 2002) e dados semelhantes encontrados em outro país em desenvolvimento (Ali ET AL; 2007).

6. Conclusões

- A cobertura vacinal global (36,6) e especificamente foi extremamente baixa em menores 5 anos em Bom Jesus. Por outro lado a taxa de abandono é muito superior á meta definida pelo PAV (10%), agregando-se a esses fatos a considerável falta de informação e conhecimento das entrevistadas.
- A avaliação da cobertura vacinal através de inquérito domiciliar mostrou-se pertinente, como um instrumento de medida da avaliação de serviços de saúde, porque permitiu conhecer melhor as discrepâncias entre os dados da pesquisa e a informação sobre a produção do serviço de vacinação local, reforçando a idéia de institucionalização na periodicidade de realização de inquéritos populacionais, para além de que viabilizou o conhecimento de alguns traços do perfil demográfico, econômico e sócio cultural dessa comunidade.
- Os resultados da pesquisa fornecem vários indicadores sócio-econômicos, demográficos, ambientais e culturais que caracterizam uma população pobre, com um débil acesso aos serviços e bens sociais básicos que conformam um estágio quotidiano de luta pela sobrevivência o que eventualmente condiciona o valor que é atribuído á higiene e a saúde, principalmente no que se refere ás ações de promoção e prevenção.
- Foi expressa a necessidade de estabelecimento de processos e mecanismos que aumentem o vínculo entre os usuários e o serviço de saúde local, através da seleção, formação e integração de agentes locais de saúde comunitária, por forma a reforçar as redes sociais tradicionais, visando à programação e execução de ações de prevenção e promoção da saúde, como elemento estruturante da mobilização social em prol do melhoramento da organização da atenção primária da saúde local.
- Os dados também sugerem a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de informação de saúde local, principalmente no que se refere ao processo de registros e transferência da informação para outros níveis de administração dos serviços.

7. Considerações finais

O pecado obstruidor das abordagens interpretativas de qualquer coisa – cultura, saúde, sintomas, sonhos – é que elas tendem a resistir ou lhes é permitido resistir à articulação conceitual e assim escapar a avaliação sistemática. (Geertz, 2008).

Esse princípio nos estimulou a refletir sobre a necessidade de entender os resultados da presente pesquisa a partir de um quadro geral de multidisciplinaridade e complementaridade entre a metodologia quantitativa que foi utilizada e a abordagem qualitativa do objeto de estudo.

Na bibliografia consultada é predominante a abordagem quantitativa para estabelecer relações de associação entre a cobertura vacinal e os fatores econômicos, demográficos, sociais, culturais e outros, sem que sejam contemplados os fenômenos inerentes a condição do usuário, como sujeito social e epistêmico que traz do seu grupo, os valores, as idéias, as crenças e as representações sociais moldadas culturalmente, através de ideologias predominantes no grupo ou na comunidade em que vive.

Este fato, também hipoteticamente seja resultante da construção social da percepção da saúde predominante nessa população sobre as suas próprias necessidades de saúde e a sua inclusão e participação no sistema de saúde local.

Desta forma, se recomenda a realização de estudos que abordem os determinantes da cobertura vacinal fora da lógica da segmentação da realidade por “fatores”, buscando a valorização da percepção do usuário e o conhecimento dos significados que os usuários e os profissionais de saúde atribuem ao fenômeno vacinal como um fato de ciência e de crença, abrindo outras perspectivas de análise e interpretação da associação dos fatores psicológicos e culturais com a variação da cobertura vacinal em um determinado contexto. Assim, para aprofundar a análise achamos oportuno sugerir a realização de pesquisas de caráter analítico, com abordagem quantitativa e ou qualitativa adotando um modelo conceitual de determinação hierarquizada, através de uma análise multivariada dos fatores envolvidos, facilitando a compreensão das relações entre as variáveis explicativas e o desfecho, podendo-se

eventualmente agregar elementos de opinião que expressem as representações sociais sobre saúde de alguns indivíduos da comunidade que formariam o nosso grupo focal de estudo.

8. REFERÊNCIAS

- AGUILAR M, ANDER E G G. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- ALI M, THIEM V D, PARK J K, OCHIAI R L, CANH D G, DANOVARO-HOLLIDAY C, KALJEE L M, CLEMENS J D, ACOSTA C J. Geographic analysis of vaccine uptake in a cluster-randomized controlled Trial in Hue, Vietnam. **Health & Place**, n. 13, p. 577-587, 2007.
- ALMEIDA F N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Salvador, v.3, n1-3, 2000
- ANTUNES C.M F. **Métodos epidemiológicos para planejamento e avaliação de impacto dos programas de controle vetorial da doença de Chagas**. Montevideu/ Uruguai, f. fpd. 6-2001.
- BARATA R B, MORAES J C, ANTONIO P R A, DOMINGUEZ M. Inquérito de cobertura vacinal: avaliação empírica da técnica de amostragem por conglomerados proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Revista Panamericana de la Salud Pública**, v. 17, n. 3, p. 184-90, 2005.
- BARROS M. Inquéritos Domiciliares de Saúde. Potencialidades e Desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n 11, supl 1, p.6-19. 2008
- BRASIL. Ministério da saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de normas de vacinação**. 3 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BUENO H. **Utilização da sala de situação de saúde no Distrito Federal**. Brasília, 2003.
- BUNGO F. **Estudo da prevalência da Filariose Bancroftiana e Loana na vila do Bucu-Zau, Norte de Angola**. 72 f. 2002. (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.
- BUSS M P, FILHO P A A saúde e seus determinantes sociais, **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CAMPOS J J B. **Estudo das condições de saúde das crianças no Município de Londrina**. 117 f., 1992. (Mestrado) Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1992.
- CANIGRAL F. ET al. **Guia Para Elimination Del Sarampo En La Comunidad de Valencia**. Valencia. Editora Generalitat Valenciana. Serviço de Saúde infantil, 2002.
- CARVALHO W O. Construção de questionário para uso em inquéritos de base populacional: Notas metodológicas, **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 5, Supl., p. 92-98, 2006.

CÁ T. **Determinantes das diferenças de mortalidade infantil entre as etnias Guiné – Bissau. 1990 – 1995.** 92 f., 1999. (Mestrado) Saúde Pública, Epidemiologia Geral, Rio de Janeiro, 1999.

CASTANHAR F L C, CEZAR J. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969- 92 2003.

CESAR C G, TANAKA O Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços e saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, (Supl.2), p. 59-70, 1996.

COMISSÃO NACIONAL PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE. Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde. Modelo Conceitual para a CSDH. 36f., 2005. 5 de Maio de 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Comitê Regional Africano. Plano estratégico regional para o programa alargado de vacinação 2006-2009, Quinquagésima-sexta sessão, 28 de Agosto a 1 de Setembro de 2006, Addis Abeba/ Etiópia, 2006.

DELAMONICA E M A, GULAI D J. Monitoring equity in immunization coverage. **Bull World Health Organ**, New York, v. 83, n. 5, p. 384-91, 2005.

PEREIRA DR, MATHAIS T AF, SOARES D F P P, CARVALHO W O. Cobertura Vacinal em Crianças dos 12 aos 23 Meses: Um Estudo Exploratório. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 11, n. 2, p. 360-7, 2009. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a17.htm>. Acesso em: 10 ago. 2

FIGUEIREDO G L A. **Experiências de famílias sobre vacinação de crianças menores de dois anos: subsídios ao cuidado de enfermagem.** 110 f., 2007(Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

FORTIN M F. **O Processo de Investigação, da concepção à realização.** 3ª Edição, Loures. Lusociências. 1999.

FRANCO L J, PASSOS A D C. **Fundamentos de epidemiologia.** Barueri, SP: Manole, 2005.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Monitoramento e avaliação das atividades de vacinação.** Brasília: Funasa, agosto/2001.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Situação mundial da infância 2007: Mulheres e crianças: O duplo dividendo da igualdade de gênero.

_____. Situação mundial da infância 2008.

_____. Relatório sobre a situação mundial da infância (Edição Especial), 2009.

GADELHA C S. **Determinantes sociais da saúde: O modelo de Dahlgren e Whitehead.** Universidade Federal da Paraíba, 2007.

GATTÁS V L. **Avaliação da cobertura vacinal e o uso dos serviços de saúde na região sudoeste da Grande São Paulo**, 1989-1990. 179f.,1996. (Mestrado) Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil, São Paulo, 1996.

GEERTZ C. **A Interpretação das culturas**. 1 ed, 13. reimpr . Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOVERNO DE ANGOLA/ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Angola e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Setembro, 2005. Disponível: <http://mirror.undp.org/angola/publications>.

GOVERNO DE ANGOLA. **Estudo de caso de Angola sobre o direito humano a alimentação adequada**. Luanda, 2005.

HARTZ Z A. Avaliação em saúde, dos modelos conceituais á prática na análise da implantação de programas. Fundação Osvaldo Cruz, 2000.

INE/ UNICEF. MICS Inquérito de indicadores múltiplos, avaliando a situação das crianças e mulheres Angolanas no início do milênio. Relatório Analítico. Angola; 2003.

INTERNATIONAL MEDICAL CORPS. Inquérito de cobertura vacinal nos municípios do Huambo e Kaala. Província do Huambo em Angola, Luanda; 2001.

JEKEI J F et al. Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva, 2ª Edição, Artmed Editora S.A. São Paulo, Brasil; 2005.

LUHM K R. Cobertura vacinal e fatores associados à situação vacinal em Curitiba. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de S. Paulo. Brasil; 2008.

MARTINS C. Níveis de anticorpos contra o sarampo entre as mulheres em idade fértil na população da Guiné Bissau expostas ao sarampo natural e a imunização contra o sarampo. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro. Brasil; 2004.

MATIDA A H, CAMACHO L A B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(1): 37-47, jan-fev,

MENDES I A C. Desenvolvimento e Saúde. A Declaração de Alma-Ata e Movimentos Posteriores, Revista Latino-am, Enfermagem, 2004, maio- junho, 12 (3): 447-8. Consultado aos 18/03/2010. WWW.scielo.br.pdf/rlae/v12.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), Programa nacional de imunizações. 30 anos. Brasília. DF; 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (PORTUGAL). História da vacinação. Cadernos da Direção Geral de Saúde. Publicação Seriada. Lisboa. Portugal; 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (ANGOLA). Plano estratégico quinquenal de imunização. 2003-2007. Luanda. Angola; 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (ANGOLA). Situação de programa alargado de vacinação, Luanda; 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (ANGOLA). Vacinação de rotina realizada por Província, período 2004 a 2009. Luanda. Angola; 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (PORTUGAL). Direção Geral de Saúde. Vacinação e sua história. Publicação seriada nº 2. Lisboa; Outubro de 2002.

MIRANDA A S et al. Avaliação da cobertura vacinal do esquema básico no Rio de Janeiro, in Revista de Saúde Pública. 29(3), 1995.

MOLINA et al. Situação Vacinal Infantil e características individuais e familiares do Interior de São Paulo. Acta Sci. Health Sci. Maringá. V. 29, n. 2, p. 99-106, 2007.

MONTEIRO S A M G. Avaliação dos eventos adversos pós-vacinaTetralente Brasil, 2002 – 2005. Dissertação apresentada à banca do programa de mestrado em saúde coletiva, para a obtenção do título de mestre em saúde coletiva. Cuiabá – MT; 2007.

MONTEIRO C A, FREITAS I C M. Evolução das condicionantes socioeconômicas da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984- 1996). Rev. Saúde Pública 2000; 34(6 Supl.): 8-12.

MORAES J C, RIBEIRO M C S A. Desigualdades Sociais e Cobertura vacinal. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2008; 113-24. www.fsp.usp.br/rsp.

MOTA E. Inquérito domiciliar de cobertura vacinal: a perspectiva do estudo das desigualdades sociais no acesso à imunização básica infantil. Rev. Brasileira de Epidemiologia, 2008; 11(supl. 1): 125-8.

MOULIN A M A. hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico: História, Ciências, Saúde. Manguinhos, vol. 10 (suplemento 2): 499-517, 2003.

NASCIMENTO R C N. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: Uma síntese de pesquisas, dissertação em forma de artigos apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Comunitária. Salvador- Bahia; 2008.

NORONHA K V M. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2002.

NOVAES H M D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Revista de Saúde Pública, 2000, nº 34(5): 547-59.

NOVAES H M D. Epidemiologia e avaliação em serviços atenção médica: novas tendências na pesquisa de Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 12(Supl. 2): 7-12, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), Comitê Regional Africano. Plano estratégico regional do programa alargado de vacinação, para 2006 a 2009. Setembro; 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; FONDE DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (OMS/UNICEF). Conferência Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata; 1978. Informe. Ginebra. OMS/UNICIF; 1978. (Série Salud para Todos nº 1).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/ÁFRICA). Curso de formação e gestão dos gerentes do PAV, nível intermediário. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA APOIO ÀS POPULAÇÕES (OMS/UNICEF & UNFPA). Plano estratégico para a redução acelerada da mortalidade materna infantil em Angola. 2004-2008 Luanda; 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: Conceitos e aplicações. 2ª edição. Brasília; 2000. www.opas.org.br.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial da saúde. 2008.

PABÓN L H, RESTREPO V, MUÑOZ R. Influencia de los medios de comunicación masiva en La cobertura de una campaña de vacunación. Bol. Oficina Sanit. Panam. V. 101. n. 1. p. 39-47. Jul, 1986.

PEBLEY AR, GOLDMAN N, RODRÍGUEZ G. Prenatal and delivery care and childhood immunization in Guatemala: do family and community matter? Demography. 1996; 3 (2): 231-47.

PEREIRA S F. A vacinação contra a hepatite B nos núcleos de atenção integral á saúde do adolescente do Distrito Federal. Fatores condicionantes de baixa cobertura. Dissertação apresentada ao curso de mestrado em sociedade, tecnologia e meio ambiente da Uni Evangélica, para obtenção do título de mestre em sociedade, tecnologia e meio ambiente. Brasília-DF; 2009.

PINTO A M. Avaliação do Impacto da Gestão Descentralizada nos sistemas Municipais de Saúde da Ibiapaba. Ceará, nos anos 1996- 2005. Dissertação de mestrado apresentada á Universidade Estadual do Ceará – UECE, para obtenção do título de mestre em planejamento e políticas públicas. Ceará; 2006.

POORE P. Vaccination strategies in developing countries. Review. Vaccine, 6:393-8, 1988.

PRATA P R. Economic Development, Inequality, and Health. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 10(3): 387-391 Julho/Setembro; 1994.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Relatório de desenvolvimento humano, 2007-2008. New York/ USA; 2007.

RAMOS CF ET al. Cumprimento do calendário de vacinação de crianças em uma unidade de saúde da família. Rev. Pan-Amaz Saúde 2010; 1(2): 55-60.

RAMOS D D. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização de saúde. Dissertação apresentada ao curso de

mestrado em enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Fevereiro; 2001.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. Indicadores básicos de saúde no Brasil. Brasília, DF; 2006.

REIS R S. A Influência dos determinantes sociais na saúde da criança, do curso de pós-graduação “Política e Pesquisa em Saúde Coletiva” da UFJF, IN Libertas. Revista 1. Volume1. Brasil; 2005.

ROCHA J S Y. Determinantes sociais de saúde. Curso de gestão. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. USP. Brasil; 2010.

ROSSETTI A G AND BOSSERT T J. Comparative analysis of policy processes: Enhancing the political feasibility of health reform, health sector reform initiative (HSR), Harvard School of Public Health, and November; 1999.

SAAVEDRA M. Percursos da vacina na Índia portuguesa, séculos XIX e XX. **História, ciências, saúde. Manginhos**. Vol. 11 (suplemento 1): 165-82, 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica-Prof. Alexandre Vranjac. Norma técnica do programa de imunização. 2ª edição. Brasil; 2000.

SHEARLY A E. The societal value of vaccination in developing countries. Head of expanded programme on immunization. Ministry of health and child welfare, P.O. Box CY 122, Causeway, Harare/ Zimbabwe. Vaccine. V. 17, Supplement 3, 1999.

SILVA A A M, GOMES UA, TONIAL S R E SILVA RA. Cobertura vacinal e fatores de risco associados a não-vacinação em localidade urbana do Nordeste Brasileiro. Rev. Saúde Pública, 33 (2): 147-56 1999.

SILVA B. Estatística para as ciências humanas. Lito-Tipo. Luanda, Angola; 2003.

SILVA BV. Perfil sócio-demográfico e condições de saúde da população da Guiné-Bissau, em 2002. Dissertação apresentada ao curso de pós-graduação em demografia do centro de desenvolvimento e planejamento regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em demografia. Belo Horizonte; 2005.

SILVA S, JARBAS B. Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do sistema nacional de vigilância em saúde. Campinas, SP: [s.n.], 2004.

SILVA L M V. Material didático (slides) elaborado para o projeto de monitoramento e avaliação da atenção básica. MS; 2005.

SILVA L, FORMIGLI V, KRUCHESKY L P.- Coberturas vacinais superestimadas? Revista Panamericana de Salud Publica. Pan Am J Public Health 1(6), 1997.

SILVA M, FORMIGLI V. Avaliação em saúde: limites e perspectivas, in Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 10 (1): 80-91, jan/mar; 1994.

STEELE F, DIAMOND I, AMIN S. Immunization uptake in rural Bangladesh: A multilevel analysis journal of the Royal Statistical Society 1996. 159(2):289-299.

SZWARCWALD C, VALENTE J. Avaliação da cobertura de vacinação em Teresina/ Piauí (Brasil-1983). Escola Nacional Saúde Pública, Fio Cruz Rio de Janeiro. Brasil; 1983.

TANAKA Y O, MELO C. Avaliação de programas de saúde do adolescente, modo de fazer. 1ª Edição. 1ª Reimpressão, S. Paulo, Editora da Universidade de São Paulo; 2004.

TEMPORÃO J G. O programa nacional de imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. História, ciência e saúde – Manguinhos. V.10, supl.2, 2003.

TERTULIANO G C. Atraso vacinal e seus determinantes: Um estudo em localidade atendida pela estratégia de saúde da família. Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro; 2007.

VIACAVA F et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro, rev. Ciência e saúde coletiva, v.9, n3, Rio de Janeiro; Jul./Set, 2004.

ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação da Direção Provincial de Saúde do Bengo, Angola

REPÚBLICA DE ANGOLA
GOVERNO PROVINCIAL DO BENGO
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE

AO
COMITÉ DE ÉTICA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DO
BRASIL, USP

BRASIL

26 /DPSB/2009. -

Assunto: Pedido de autorização para realização de Pesquisas no Município do Icolo e Bengo Comuna do Bom Jesus

Respeitosos Cumprimentos;

Acusamos a recepção do v. Ofício sem nº datado de 9 de Fevereiro de 2009, relacionado com o pedido de autorização de pesquisa dos Médicos e Professores do Departamento da Saúde Pública da Faculdade de Medicina, Manuel F. Saturnino e Ema Fernandes.

Tratando-se de um estudo que vá melhorar os indicadores sócio demográfico e sanitário do Município e em geral da Província, não há nenhuma inconveniência em realizar essa pesquisa.

Sem outro assunto de momento, subscrevemo-nos com alta estima e consideração.

DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAUDE DO BENGO, EM CAXITO,
AOS 18 DE FEVEREIRO DE 2009. -

O DIRECTOR PROVINCIAL

MBALA KUNSUNGA
Médico

Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética Independente da Faculdade de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto, Angola.

REPÚBLICA DE ANGOLA
UNIVERSIDADE AGOSTINHO NETO
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA INDEPENDENTE

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara, que o Comité de Ética Independente da FM-UAN, realizou a revisão ética do Projecto de Pesquisa proposto pelo Candidato **Manuel Falcão Saturnino de Oliveira** e com o título:

“Avaliação da cobertura vacinal em menores de 5 anos na comunidade de Bom Jesus, província do Bengo, Angola”

Por deliberação do comité de ética reunido a 17 de Novembro de 2009, o referido projecto foi **APROVADO**, podendo ser implementado nessa forma.

Luanda, aos 19 de Novembro de 2009.

O Presidente do Comité,

Armando Jorge Lima

MD, Especialista em Medicina Interna
Professor Titular da Faculdade de Medicina

Anexo 3– Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde-Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 11 de fevereiro de 2010.

Of. Nº.35/10/COORD.CEP/CSE-FMRP- USP.

Prezado Senhor,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião, realizada em 10 de fevereiro de 2010, analisou e apreciou o parecer, referente ao **projeto de pesquisa: "Avaliação da cobertura vacinal em menores de 5 anos na comunidade de Bom Jesus, província do Bengo Angola"**, protocolo nº.358/CEP-CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V.Sª e como pesquisador responsável Manuel Saturnino de Oliveira (mestrando do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, no Programa de Pós-graduação em Saúde na Comunidade), foi **aprovado ad-referendum**.

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP, o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha
Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Anexo 4- Declaração de responsabilidade financeira da Faculdade de Medicina, UAN, Angola

REPÚBLICA DE ANGOLA
UNIVERSIDADE AGOSTINHO NETO
FACULDADE DE MEDICINA

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que o Dr. **Manuel Falcão Saturnino de Oliveira**, em Pós-Graduação na República Federativa do Brasil, é docente da Universidade Agostinho Neto colocado no Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina com a categoria de Professor Auxiliar.

Mas se informa que a Faculdade de Medicina se responsabilizará dos recursos materiais e financeiros para a execução do seu projecto de pesquisa.

E, por ser verdade e me ter sido solicitada, mandei passar a presente declaração que vai por mim assinada e autenticada com o carimbo a óleo em uso neste Departamento.

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA FACULDADE DE MEDICINA, EM LUANDA, AOS 12 DE FEVEREIRO DE 2010.

O DECANO EM EXERCÍCIO

PROF. DR. PEDRO MAGALHÃES

Anexo 5 – Cartão de vacinação para crianças menores de cinco anos utilizado pelo Programa Alargado de Vacinação, Angola.

CONSULTAS

Data Diagnóstico / observações

Data Outras vacinas

Vitamina A 1- 4 anos (data)

Albendazol 1- 4 anos (data)

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO

BCG

DOSE ÚNICA

Ao nascer

PÓLIO

ZERO DOSE

//_

//_

PÓLIO

1ª DOSE

Aos 2
mês(es)

PENTAVALENTE

1ª DOSE

//_

//_

PÓLIO

2ª DOSE

Aos 4
mês(es)

PENTAVALENTE

2ª DOSE

//_

//_

PÓLIO

3ª DOSE

Aos 6
mês(es)

PENTAVALENTE

3ª DOSE

//_

//_

SARAMPO

DOSE ÚNICA

Aos 9
mês(es)

FEBRE-AMARELA

DOSE ÚNICA

//_

//_

Vitamina A
1ª dose

Aos 6 meses de idade

//_

Vitamina A
2ª dose

Aos 9 meses de idade

//_

Entrega
de mosquiteiro

Data _/_/_

CARTÃO DE SAÚDE
INFANTIL

Traga sempre este cartão

Nº da criança: Peso à nascença:

Nome da criança:

Data de Nascimento: Naturalidade:

//_

//_

Mãe: _/_/_

Pai: _/_/_

Morada: _/_/_

Parto:

Em casa ☐ Normal ☐

Unid. Sanitária ☐ Cesariana ☐

APGAR ☐ Distóxico ☐

Unidade Sanitária:

Responsável:

//_ de _/_/_ de _/_/_

Data de emissão do cartão

APÊNDICES

Apêndice 1 - Carta de Informação ao Participante

O projeto de pesquisa: “Avaliação da cobertura vacinal em menores de cinco anos na Comunidade de Bom Jesus”, Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) tem como objetivo conhecer a cobertura vacinal, em menores de 5 anos.

A metodologia da pesquisa inclui a aplicação de um inquérito por entrevista dirigido às mães ou acompanhantes.

Sua participação no estudo é voluntária e esclarecemos que poderá desistir do estudo a qualquer momento sem que isso prejudique a sua família. Esclarecemos que a pesquisa contribuirá para o conhecimento da cobertura vacinal da comunidade e o encaminhamento ao programa alargado de vacinação de todas as crianças não vacinadas.

Os resultados finais obtidos serão posteriormente divulgados em Revistas Científicas, sendo que os dados pessoais dos participantes do estudo serão mantidos em sigilo.

Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome: _____, de nacionalidade Angolana, de _____ (anos, meses), residente no Bairro _____, Comuna de Bom Jesus, neste ato representado por mim, _____, de _____ anos, (grau _____ de _____ parentesco/tutor) _____residência _____ está sendo convidado (a) a participar de um estudo denominado “Avaliação da cobertura vacinal em menores de cinco anos na Comunidade de Bom Jesus, Província do Bengo, Angola, tendo como objetivo geral: Descrever a cobertura vacinal real dos menores de cinco anos, na comuna de Bom Jesus, província do Bengo, Angola e que visa contribuir para a aplicação de um modelo de produção de informações/conhecimentos que subsidie o processo de gestão dos serviços locais de saúde.

A participação no referido estudo será no sentido de responder a uma entrevista onde constam perguntas sobre a cobertura vacinal, características socioeconômicas, demográficas e sanitárias dos agregados familiares, residentes nessa comunidade, em 2010.

Fui alertado de que, da pesquisa a ser realizada, é possível esperar alguns benefícios para o meu representado, tais como: ser encaminhado ao serviço de saúde local para os procedimentos vacinais em falta.

Fui esclarecido da ausência de desconforto e riscos ao longo da pesquisa e que os resultados finais obtidos, serão divulgados em Revistas Científicas, respeitando-se a privacidade, ou seja, o nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificar o participante, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que pode haver recusa à participação no estudo, bem como pode ser retirado o consentimento a qualquer momento, sem precisar haver justificativa, e de que, ao sair da pesquisa, não haverá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são:

Prof. Dr. Juan Rocha, orientador, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

Manuel Saturnino de Oliveira do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto, Angola e Pós - graduando do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). (Telefone de Angola: 00244923469295; do Brasil: 00551681113171; Email: manuelsat6@hotmail

É assegurada a assistência do meu representado durante toda a pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da participação

Tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o aqui foi mencionado e compreendido a natureza e, autorizo a participação de _____ na referida pesquisa, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, pela participação.

Bom Jesus, _____ de _____ de 2010.

Prof. Dr. Juan Rocha

Manuel Saturnino de Oliveira

Responsáveis pela Pesquisa

Contato Manuel: Telefone – 00244 – 923469295; 00551681113171

Email – manuelsat6@hotmail.com

Apêndice 3 - Inquérito por entrevista do agregado familiar e das crianças menores de cinco anos

FICHA DE INQUÉRITO
Avaliação da cobertura vacinal, na comunidade de Bom Jesus Província do Bengo, Angola.

Município de Icolo e Bengo, Comuna de Bom Jesus

FICHA: 2010

Hora de início:

Identificação

1 Bairro:

2 Casa:

3 Área Residencial:

4 Relação do entrevistado com a criança:

5 Chefe da família?

6 Escolaridade do Chefe de família?

7 Tamanho da família?

8 Salário do chefe de família?

Agregado Familiar

Num	NOME	IDADE	SEXO	OCUPAÇÃO	N. ESCOL.	IDIOMA
9.1						
9.2						
9.3						
9.4						
9.5						
9.6						
9.7						
9.8						
9.9						
9.10						

Características da mãe e da criança

10 Nome da Criança:

11 Data Nascimento:

12 Sexo: 1-masc 2-fem

13 Idade em meses:

14 R civil: 1-sim 2-não 9-não

15 Idioma? 1-Kimbundo 2-Umbundo 3-Bakongo

16 Ordem nascimento:

17 Idade mãe ou responsável:

18 número filhos:

19 Escolaridade da mãe:

20 Ocupação da mãe?

Características da habitação

21 Casa própria:

22 Tipo de casa:

23 Núm Divisões:

24 Cozinha:

25 Banheiro:

26 Latrinas:

27 R milimétrica:

28 Mosquiteiro:

29 Eletrodoméstico:

30 Tipo de iluminação:

31 Água:

32 Tratamento Água:

33 Lixo:

março/2010

Utilização dos Serviços de Saúde	34 Conhece o serviço de saúde local? ☐ 1- Sim 2 - Não	35 E a sala de vacinação, já utilizou? ☐ 1- Sim 2 - Não
	36 Se sim, ficou satisfeito? ☐ 1- Sim 2 - Não Se não, porquê? _____	37 A criança tem o cartão de saúde infantil? ☐ 1- Sim 2 - Não 9-Não sabe

Vacinas da criança	VACINA	DATAS DAS VACINAS				n° doses campanha
		1ª dose	2ª dose	3ª dose	Reforço	
	38.A - BCG		XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	
	38.B- POLIO					
	38.C- DTP					
	38.D - Hep B					
	38.E- Sarampo		XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	
	38.F - F.A.		XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	

Crianças sem cartão pergunte:	39 Criança imunizada? ☐ 1- Sim 2 - Não
--------------------------------------	--

Crianças sem cartão pergunte:	40 Quando a criança nasceu fez a vacina BCG, isto é, uma injeção no braço esquerdo? ☐ 1- Sim 2 - Não 9-Não sabe	40a Tem cicatriz na região do deltóide esquerdo? ☐ 1- Sim 2 - Não
	41 Fez a vacina contra a PÓLIO, isto é, duas gotas na boca? ☐ 1- Sim 2 - Não 9-Não sabe	41a Quantas doses fez? ☐
	42 Fez a vacina contra a DTP, isto é, uma injeção na perna? ☐ 1- Sim 2 - Não 9-Não sabe	42a Quantas doses fez? ☐
	43 Quando a criança nasceu fez a vacina da HEPATITE B, isto é, uma injeção aplicada na perna? ☐ 1- Sim 2 - Não 9-Não sabe	43a Quantas doses fez? ☐
	44 Fez a vacina contra a SARAMPO, isto é, uma injeção aplicada nas costas? ☐ 1- Sim 2 - Não 9-Não sabe	44a Quantas doses fez? ☐
	45 Fez a vacina contra FEBRE AMARELA, isto é, uma injeção aplicada no braço? ☐ 1- Sim 2 - Não 9-Não sabe	45a Quantas doses fez? ☐

Vacinas da mãe:	46 Vacina Mãe: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center;">1ª dose</td> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center;">2ª dose</td> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center;">3ª dose</td> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center;">4ª dose</td> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center;">5ª dose</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	1ª dose	2ª dose	3ª dose	4ª dose	5ª dose					
1ª dose	2ª dose	3ª dose	4ª dose	5ª dose							

Sem cartão pergunte:	47 Antes e depois da gravidez, a mãe fez a vacina do tétano, uma injeção aplicada no braço esquerdo? ☐ 1- Sim 2 - Não 9-Não sabe	47a Quantas doses fez? ☐
-----------------------------	---	--

Entrevistador	Hora Término: <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> Data da entrevista: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Nome: <input style="width: 150px;" type="text"/>
----------------------	--