

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**DENIZE ALVES DE ALMEIDA**

**Vacinação contra influenza em idosos e fatores relacionados à sua  
adesão: revisão integrativa da literatura e análise do conceito**

**Ribeirão Preto  
2009**

DENIZE ALVES DE ALMEIDA

Vacinação contra influenza em idosos e fatores relacionados à sua adesão: revisão integrativa da literatura e análise do conceito

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde do Idoso

Orientadora: Profa. Dra. Maria Manuela Rino Mendes

Ribeirão Preto

2009

## FICHA CATALOGRÁFICA

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.

Catálogo na Publicação

Serviço de Documentação de Enfermagem

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Almeida, Denize Alves de

Vacinação contra influenza em idosos e fatores relacionados à sua adesão: revisão integrativa da literatura e análise do conceito / Denize Alves de Almeida; orientador Maria Manuela Rino Mendes – Ribeirão Preto, 2009

131 f.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009

1. Idosos. 2. Influenza. 3. Vacinação. 4. Adesão. 5. Fatores Relacionados.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

ALMEIDA, Denize Alves de

Titulo: Vacinação contra influenza em idosos e fatores relacionados à sua adesão:  
revisão integrativa da literatura e análise do conceito

Dissertação apresentada à Escola de  
Enfermagem de Ribeirão Preto da  
Universidade de São Paulo para obtenção  
do título de Mestre em Enfermagem  
Fundamental.

Aprovado em:

### Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Aproveitamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Aproveitamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Aproveitamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

*A Deus*

*Agradeço a nova chance de continuar a minha vida, iluminada e renovada a cada instante*

*Ao meu pai **Ranulfo***

*Que propiciou a realização dos meus sonhos e me ensinou a viver com dignidade – saudades*

*À minha mãe **Sebastiana***

*Companheira inseparável de todas as horas, que me ensinou a ser forte e a quem devo tudo o que sou. Obrigada!*

*Ao meu esposo **Marcelo***

*Agradeço a compreensão, apoio e paciência durante minha ausência*

*Aos meus filhos **Ana Carolina e João Pedro**,*

*Vocês são o meu maior presente, a razão da minha vida. Obrigada pelos momentos inesquecíveis de felicidade*

*Ao meu irmão **Ricardo***

*A sua existência e presença são muito importantes. Agradeço por ser tão companheiro*

## *AGRADECIMENTO ESPECIAL*

*Profa. Dra. Maria Manuela Rjno Mendes*

*Orientadora e professora dedicada, mas acima de tudo um ser humano sensível, capaz de compreender a fragilidade da vida e que concedeu parte do tempo dos seus ensinamentos para me acolher, apoiar, incentivar e entender meus momentos de angústia diante das adversidades. Profissional competente, compromissada com a qualidade e rigor das pesquisas, teve paciência ao direcionar meus estudos, me ensinando aquilo que deveria aprender e muito mais. Obrigada pelo aprendizado, amizade e por ter sido companheira carinhosa e generosa.*

## *AGRADECIMENTOS*

*Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri*

*Obrigada por disponibilizar seu precioso tempo para me auxiliar, contribuindo com a riqueza dos seus conhecimentos no processo de finalização deste estudo*

*Profa. Dra. Maria José Bistafa*

*Obrigada pelas valiosas sugestões e incentivo nos momentos de ansiedade*

*Profa. Dra. Suzana Alves Moraes*

*Obrigada por responder às minhas dúvidas tão prontamente*

*Prof. Dr. Wanderlei José Haas*

*Obrigada por não ter sido somente mestre, mas um ser humano capaz de compreender as dificuldades que às vezes temos que enfrentar*

*Gilberto e Nyvea*

*Obrigada pelo carinho, incentivo e apoio*

*Maria Ignês, Marilda, Lourdes Renata, Marco Aurélio, Luizinho, Gabriela, Fátima e*

*Ricardo*

*Obrigada por tudo, jamais vou esquecer.*

*Adriano,*

*Obrigada pela amizade verdadeira demonstrada no decorrer do curso*

*Dr. João de Almeida,*

*Obrigada por ter me socorrido nos momentos mais difíceis.*

*Vera,*

*Obrigada pela lealdade durante todos esses anos*

*Aos funcionários do laboratório de ensino da EERP/USP*

*A todos os professores, funcionários e alunos da EERP/USP*



## RESUMO

ALMEIDA, D. A. **Vacinação Contra Influenza em Idosos e fatores relacionados à sua adesão: Revisão integrativa da literatura e análise do conceito.** 131p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

Este estudo tem por objetivo analisar o conceito de vacinação contra influenza (VCI) em idosos. A análise do conceito, segundo Rodgers (2000) permite definir o conceito, identificar seus atributos essenciais, os eventos antecedentes, conseqüentes e fatores relacionados, bem como, os avanços e dificuldades na adesão dos idosos a essa vacina. Integrado a essa análise a revisão integrativa da literatura (Whittemore e Knafl, 2005), identifica o problema, adesão dos idosos à vacinação contra influenza, que orienta a coleta dos dados na literatura, cuja amostra é avaliada quanto à sua qualidade, e submetida à análise e apresentação dos resultados pertinentes ao conceito em questão. A busca nas bases de dados LILACS, PUBMED e Biblioteca Cochrane, originou 40 artigos que foram eleitos para este estudo. Os atributos da VCI em idosos são explicitados pela periodicidade anual e tipos de vírus que a compõe, que estão atrelados aos atributos dos idosos, evidenciados pela idade (grupo etário), sexo, raça e etnia, grupo de risco, suscetibilidade e vulnerabilidade à influenza e imunossenescência. Como eventos antecedentes à VCI constam: aumento da morbidade e mortalidade, surtos, epidemias ligados à influenza e probabilidade de ocorrer nova pandemia; presença de co-morbidades; percepção da severidade da influenza; fatores sócio-econômicos e demográficos; percepção da própria saúde; conhecimentos, crenças, atitudes frente à VCI; informações e experiência prévia com a VCI e/ou influenza; estado vacinal; intenção de vacinar; consulta médica recente; acesso ao serviço de saúde; e não recomendação dessa vacina pelo profissional da saúde. Dentre os eventos conseqüentes da VCI destacam-se o aumento das taxas de cobertura vacinal; ampliação das metas a alcançar na VCI; redução das taxas de morbidade e mortalidade em idosos; eficácia e efetividade da VCI e eventos adversos. Os fatores relacionados são referidos pelas campanhas anuais da VCI, recomendação da VCI (por profissionais da saúde, mídia e familiares e amigos), uso de protocolos, monitoramento do vírus influenza e conscientização profissional sobre a importância da recomendação da VCI. Destacam-se entre os elementos fortemente associados à

adesão da VCI os idosos com mais de 65 anos, presença de co-morbidades (hipertensão e diabetes), informações corretas sobre a VCI, facilidade de acesso e uso dos serviços de saúde, consultas médicas recentes, VCI prévia, aumento da morbidade e mortalidade causada pela influenza e suas complicações. Entre as barreiras que comprometem a aceitação da VCI constam o medo dos eventos adversos e a não recomendação dessa vacina pelo profissional da saúde. Apesar das taxas de cobertura vacinal contra influenza estarem aumentando nos últimos anos, ainda estão aquém da meta preconizada pela OMS para 2010: vacinar 75% dos idosos. Acredita-se que investir em ações educativas para fortalecer a responsabilização dos profissionais e usuários dos serviços públicos de saúde, possa influenciar na adesão de idosos à VCI, e avançar em políticas públicas com estratégias destinadas à promoção da saúde e prevenção de doenças na população idosa, em franco crescimento no mundo atual.

Palavras-chave: idoso, influenza, vacinação, adesão, fatores relacionados.

## ABSTRACT

ALMEIDA, D. A. **Vaccination against influenza in elderly people and factors related to its adherence: integrative literature review and concept analysis.** 131p. Thesis (Masters) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. Ribeirão Preto, 2009.

This study aimed to analyze the concept of vaccination against influenza (VCI) in elderly people. Rodgers' (2000) concept analysis permits to define the concept, identify its essential attributes, previous and consequent events, and the related factors, as well as the advances and difficulties in the adherence of elderly people to this vaccination. The integrative literature review (Whittemore and Knafl, 2005) identifies the problem, adherence of elderly people to vaccination against influenza, which orients data collection in literature. The sample was assessed regarding its quality and subject to analysis and presentation of results pertinent to the concept at issue. Searches in LILACS, PUBMED and Cochrane Library resulted in 40 articles elected to this study. The VCI attributes in elderly people are expressed by the annual periodicity and types of viruses that form it, which are related to the attributes of elderly people, evidenced by age (age group), gender, race and ethnic group, risk group, susceptibility and vulnerability to influenza and immunosenescence. Previous events to VCI were: increase in morbidity and mortality, outbreaks, epidemics related to influenza and probability of new pandemic; presence of co-morbidities; perception of influenza's severity; socioeconomic and demographic factors; perception of own health; knowledge, beliefs and attitudes regarding VCI; previous information and experience with VCI and/or influenza; immunization status; intention to vaccinate; recent medical appointment; access to health services; and non-recommendation of this vaccine by health professionals. Among the events resulting from VCI, the increase of immunization coverage rates; increase of goals targeted in VCI; reduction of morbidity and mortality rates in elderly people; efficacy and effectiveness of VCI and adverse events are highlighted. The related factors are referred by annual VCI campaigns, recommendation of VCI (by health professionals, media, relatives and friends), use of protocols, monitoring of the influenza virus and professional awareness about the importance and recommendation of VCI. Elements strongly associated to adherence to VCI are elderly people with more than 65 years of age, the presence of co-morbidities (hypertension and diabetes), correct information about VCI, access facility to health services, recent medical appointments, previous VCI,

increase in morbidity and mortality caused by influenza and its complications. Among the barriers that compromise the acceptance of VCI are the fear of adverse events and the non-recommendation of the vaccine by health professionals. Despite the increase of immunization coverage rates against influenza in the last years, they are still below the target recommended by the WHO (World Health Organization) for 2010: to vaccinate 75% of the elderly. It is believed investing in educational actions to strengthen the responsibility of professionals and users of public health services can influence the adherence of elderly people to VCI. It can also permit advances in public policies with strategies targeting health promotion and the prevention of diseases in the elderly population, which is increasing worldwide.

Key words: aged, influenza, vaccination, adherence, related factors.

## RESUMEN

ALMEIDA, D.A. **Vacunación contra la influenza en ancianos y factores relacionados a su adhesión: Revisión integradora de la literatura y análisis del concepto.** 131h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

Este estudio tuvo como objetivo analizar el concepto de vacunación contra la influenza (VCI) en ancianos. El análisis del concepto, según Rodgers (2000), permite definir el concepto, identificar sus atributos esenciales, los eventos antecedentes, consecuentes y factores relacionados, bien como los avances y dificultades en la adhesión de los ancianos a esa vacuna. Junto a ese análisis, la revisión integradora de la literatura (Whittemore y Knafl, 2005), identifica el problema – adhesión de los ancianos a la vacunación contra la influenza, que orienta la recolecta de los datos en la literatura. La muestra fue evaluada cuanto a su calidad, y sometida al análisis y presentación de los resultados pertinentes al concepto en cuestión. La búsqueda en las bases de datos LILACS, PUBMED y Biblioteca Cochrane originó 40 artículos que fueron elegidos para este estudio. Los atributos de la VCI en ancianos son explicitados por la periodicidad anual y tipos de virus que la componen, que están relacionados a los atributos de los ancianos, evidenciados por la edad (franja etaria), sexo, raza y etnia, grupo de riesgo, susceptibilidad y vulnerabilidad a la influenza e inmunosenescencia. Como eventos antecedentes a la VCI constan: aumento de la morbimortalidad, brotes, epidemias ligadas a la influenza y probabilidad de ocurrir nueva pandemia; presencia de comorbilidades; percepción de la severidad de la influenza; factores socioeconómicos y demográficos; percepción de la propia salud; conocimientos, creencias, actitudes frente a la VCI; informaciones y experiencia previa con la VCI y/o influenza; estado vacunal; intención de vacunar; consulta médica reciente; acceso al servicio de salud; y no recomendación de la vacuna por el profesional de la salud. Entre los eventos consecuentes de la VCI se destacan el aumento de los índices de cobertura vacunal; ampliación de las metas a alcanzar en la VCI; reducción de los índices de morbimortalidad en ancianos; eficacia y efectividad de la VCI y eventos adversos. Los factores relacionados son referidos por las campañas anuales de la VCI, recomendación de la VCI (por profesionales de la salud, medios de comunicación, familiares y amigos), uso de protocolos, monitorización del virus influenza y concientización profesional acerca de la

importancia de la recomendación de la VCI. Se destacan entre los elementos fuertemente asociados a la adhesión de la VCI los ancianos con más de 65 años, presencia de co-morbilidades (hipertensión y diabetes), informaciones correctas sobre la VCI, facilidad de acceso y uso de los servicios de salud, consultas médicas recientes, VCI previa, aumento de la morbimortalidad causada por la influenza y sus complicaciones. Entre las barreras que comprometen la aceptación de la VCI constan el miedo de los eventos adversos y la no recomendación de esa vacuna por el profesional de la salud. A pesar del aumento en los índices de cobertura vacunal contra influenza en los últimos años, todavía son inferiores a la meta preconizada por la OMS para 2010: vacunar el 75% de los ancianos. Se acredita que invertir en acciones educativas para fortalecer la responsabilización de los profesionales y usuarios de los servicios públicos de salud pueda influenciar en la adhesión de ancianos a la VCI. Se puede también avanzar en políticas públicas con estrategias destinadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades en la población anciana, en gran crecimiento en el mundo actual.

Palabras clave: anciano, gripe, vacunación, adhesión, factores relacionados.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Distribuição dos artigos analisados conforme as bases de dados, no período de 2000 a 2009 .....	57
Figura 2 -	Percentual de eficácia da vacinação contra influenza na população idosa (60 anos ou mais) em instituições, na comunidade e indicador de resultado.....	94

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição dos artigos analisados segundo a temática e número dos artigos.....	61
Quadro 2	Distribuição dos artigos analisados segundo amostra, grupo etário e procedência dos sujeitos.....	62
Quadro 3	Distribuição dos atributos da vacinação contra influenza segundo o número dos artigos analisados no período de 2000 a 2009 .....	70
Quadro 4	Distribuição dos atributos dos idosos segundo o número dos artigos analisados no período de 2000 a 2009 .....	72
Quadro 5	Distribuição dos eventos antecedentes da vacinação contra influenza em idosos segundo o número dos artigos analisados no período de 2000 a 2009 .....	78
Quadro 6	Distribuição dos eventos conseqüentes da vacinação contra influenza em idosos segundo o número dos artigos analisados no período de 2000 a 2009 .....	90
Quadro 7	Distribuição dos fatores intervenientes à vacinação contra influenza em idosos segundo o número dos artigos analisados no período de 2000 a 2009.....	97



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos artigos analisados por ano de publicação: 2000 a 2009 .....	58
Tabela 2 -	Distribuição dos artigos analisados segundo os títulos dos periódicos.....	58
Tabela 3 -	Distribuição dos artigos analisados segundo o país da publicação.....	59
Tabela 4 -	Distribuição dos artigos analisados segundo a instituição de origem.....	60
Tabela 5 -	Distribuição dos artigos analisados segundo o delineamento metodológico.....	61
Tabela 6 -	Percentual da cobertura vacinal contra influenza em pessoas com 60 anos ou mais. Brasil: 2000 a 2008.....	98

## LISTA DE SIGLAS

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
CELADE	Centro Latino Americano de Demografia
ONU	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
ONGs	Organizações Intergovernamentais
SUS	Sistema Único de Saúde
PNPS	Programa Nacional de Promoção da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da População Idosa
ESF	Estratégia Saúde da Família
USF	Unidade Saúde da Família
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
HRDR	<i>Human Resource Development Review</i>
VCI	Vacinação Contra Influenza
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências e Saúde
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	22
1.1 Aspectos demográficos e epidemiológicos da população idosa .....	25
1.2 Políticas públicas de saúde e envelhecimento populacional.....	27
1.3 Justificativa .....	32
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	34
2.1 Geral .....	35
2.2 Específicos .....	35
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO</b> .....	36
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	46
4.1 Identificação do problema.....	47
4.2 Pesquisa na literatura (coleta de dados).....	48
4.3 Avaliação dos dados.....	50
4.4 Análise dos dados.....	51
4.5 Apresentação dos resultados .....	54
<b>5. RESULTADOS</b> .....	55
5.1 Coleta de dados .....	56
5.2 Apresentação dos dados .....	57
5.3 Avaliação da qualidade dos dados dos estudos .....	64
5.4 Análise do conceito de vacinação contra influenza em idosos.....	68
5.4.1 Definição do conceito.....	68
5.4.2 Atributos essenciais .....	69
5.2.3 Eventos antecedentes.....	78
5.4.4 Eventos conseqüentes .....	90
5.4.5 Fatores intervenientes.....	96
5.4.6 Termos substitutos .....	104
<b>6. DISCUSSÕES</b> .....	105
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	112
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	115
<b>APÊNDICES A, B, C, D</b> .....	123

## *APRESENTAÇÃO*

Graduada como bacharel em Enfermagem no ano de 1984, minha prática profissional se deu numa pequena cidade do interior, São Sebastião do Paraíso, MG, local de minha residência atual. Recém formada cursei especialização em Administração Hospitalar, que me permitiu assumir a supervisão do trabalho da enfermagem num hospital geral, sendo a única enfermeira da instituição, por dois anos. Até então, esse cargo era exercido por duas técnicas em enfermagem, pois a (o) enfermeira (o) não era considerada categoria essencial nas instituições locais de saúde.

Paralelamente ao exercício da enfermagem, cursei o bacharelado em Administração de Empresas. Em virtude das dificuldades encontradas para gerenciar o trabalho na instituição hospitalar, com responsabilidade e ética, pedi demissão. Assumi, então, a coordenação de uma creche comunitária na mesma cidade. Nela pude atuar como coordenadora e enfermeira na saúde da criança, articulada à rede pública durante 10 anos. Nessa área o processo de trabalho era menos desgastante e me permitiu conciliar com os compromissos da vida familiar.

Com o passar dos anos, estabilizada minha vida pessoal, fui incentivada a retomar a enfermagem na rede pública municipal, em São Sebastião do Paraíso, MG, viabilizada por concurso público. Nessa ocasião, cursei a especialização (MBA) em Gestão dos Serviços de Saúde.

Durante 10 anos atuei na coordenação do Programa de Saúde Materno-Infantil e de Imunizações do município, sob as diretrizes do Ministério da Saúde. Concomitante à gerência, atuei em salas de vacina, capacitei técnicos em enfermagem para atuar nessa área e coordenei campanhas de vacinação, voltadas à criança, ao adolescente, às mulheres em idade fértil, aos adultos e idosos.

Como o turno de trabalho na rede pública era parcial, procurei me reaproximar da docência em um curso de ensino superior em enfermagem, onde atuo até o presente.

A rede pública firmou minha vocação para as ações da saúde coletiva, no atendimento a grupos populacionais dentro de programas específicos, oportunidade essa de assimilar a importância da promoção da saúde, além da prevenção de doenças. Vivenciei ações da atenção básica sendo descentralizadas e incorporadas

à Estratégia Saúde da Família no município referido, o que me proporcionou a experiência de trabalhar em equipe junto à população adscrita, sob a nova concepção do modelo de atenção à saúde adotada pelo governo federal.

O foco das ações da minha área de trabalho estava na prevenção, através da vacinação para controle e erradicação das doenças imunopreveníveis, participando ativamente na coordenação do programa de vacinação desse município. O trabalho era realizado através da vacinação habitual, condizente às determinações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) para todas as faixas etárias e na modalidade de campanhas para grupos específicos e em épocas definidas.

A campanha de vacinação contra “gripe” (influenza) em especial me chamou a atenção, desde sua implantação em 1999, ano em que os idosos, até então, distantes das salas de vacinação, passaram a fazer parte da agenda de imunizações.

Nos primeiros anos, os idosos se apresentavam receosos e com pouca informação, acreditando ser a vacinação contra “gripe” uma estratégia do governo federal para dizimá-los e assim diminuir seu ônus com as aposentadorias por idade. Pairavam dúvidas sobre as ações governamentais destinadas a dar maior visibilidade aos idosos. Grande parte deles desconhecia o aumento da esperança de vida da população e as conseqüentes mudanças no seu perfil demográfico e epidemiológico, associadas à necessidade urgente de inseri-los nas ações da atenção primária, junto à saúde da família.

Desde sua implantação, a vacina contra influenza vinha provocando polêmicas que acabavam por interferir nos resultados obtidos e nível de cobertura vacinal alcançada, que se constituíram num grande desafio para o cumprimento das metas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Para isso, além do atendimento da livre demanda, era realizada a busca ativa para assegurar o direito de acesso à saúde, disponibilizando veículos e equipes de saúde para vacinar os idosos acamados nos lares e em abrigos e impossibilitados de locomoção, residentes na zona rural e institucionalizados.

Muitos idosos, mesmo tendo à sua disposição a vacinação gratuita contra influenza, como direito, se recusavam a tomá-la por diversos motivos, e apesar de aceitarem o benefício, contestavam sua efetividade.

Os questionamentos versavam sobre o medo de adquirir a doença com a aplicação da vacina, receio dos eventos adversos, dúvida sobre sua indicação, crença de que sua saúde era boa o suficiente para não adquirir a doença e não precisar da vacina, desconfiança quanto às intenções do governo ao oferecer esse benefício gratuito aos idosos, e recusa dos idosos jovens (com 60 anos), em se incluir na velhice, etapa essa definida como ponto de corte cronológico determinado pelas políticas públicas orientadas à população idosa. Muitos referiam ter tido gripe após serem vacinados, recusando tomá-la nos anos subsequentes, e quando algum idoso, muito doente e acamado falecia após receber essa vacina, a causa atribuída era associada à vacinação contra “gripe”.

Assim, dúvidas como essas me motivaram buscar o mestrado acadêmico na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, e realizar pesquisa que possa encontrar respostas para enfrentar o problema expresso pelos baixos índices alcançados na adesão da população idosa à vacinação contra influenza, reduzir a morbidade e mortalidade decorrente dessa doença e suas complicações, e sugerir estratégias que direcionem as ações habituais nas unidades de saúde e em campanhas anuais de vacinação contra influenza.

# *1. INTRODUÇÃO*

---

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios e grande conquista da humanidade, concretizado com o aumento da esperança de vida do homem no mundo.

A preocupação humana com o processo de envelhecimento existe desde os primórdios da civilização, fazendo com que as idéias sobre ele sejam tão remotas quanto sua origem (PAPALÉO NETTO, 2006).

Historicamente, o homem conseguiu aumentar a sua esperança de vida em anos, através de medidas de controle do meio ambiente, como o saneamento e o advento de antibióticos, vacinas e cirurgias. A velhice está ligada ao referencial histórico, cultural e ao desenvolvimento sócio-econômico de cada país, nas diferentes épocas, com exemplos extremos da expectativa de vida no início do século XXI na África, de 45 anos e no Japão de 85 anos. No Brasil, o início da sexta década de vida é considerado o ponto de corte da velhice, e serve para determinar o início da aposentadoria, utilizada pelos demógrafos para comparar populações de idosos, limite esse que poderá vir a ser ampliado no futuro (RAMOS, 2002).

A idade de 60 anos, considerada ponto de transição para a velhice, foi estabelecida pelas Nações Unidas em 1980 (OMS, 1989).

Do ponto de vista demográfico, o envelhecimento populacional é representado pelo número de anos que as pessoas vivem, iniciando aos 60 ou 65 anos e mais, conforme critério cronológico adotado pelos países em desenvolvimento ou desenvolvidos, respectivamente (IBGE, 2002).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como:

um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o tome menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. (BRASIL, 2006a, p. 8)

O envelhecimento pode ser compreendido sob vários aspectos: cronológico, biológico, psíquico, social, fenomenológico e funcional (ROBLEDO, 1994).

O critério cronológico considera o tempo transcorrido desde o nascimento, não sendo um marcador que acompanha o envelhecimento, pois há uma série de



acontecimentos no percurso da vida que não estão relacionados à idade, mas ao modo de viver que contribui para esse processo.

A abordagem biológica do processo de envelhecimento corresponde aos aspectos de natureza molecular, celular, tecidual e orgânico, estrutural e funcional.

A referência psíquica do envelhecer considera as diferentes manifestações cognitivas que afetam a maneira de pensar e as capacidades do indivíduo, e a psicoafetividade se expressa na personalidade e no afeto, sem ser possível determinar quando uma pessoa é considerada psicologicamente madura em relação à sua idade.

O enfoque social compreende os papéis desempenhados pelos indivíduos na sociedade e variáveis sociais que podem estar relacionados à idade cronológica durante o seu curso vital, intermediado pelo estado de dependência – independência.

A idade fenomenológica destaca a percepção subjetiva da própria idade que o indivíduo manifesta e ao sentimento desta ter mudado com o tempo. Esta percepção parece ser cada vez mais importante no estudo do mecanismo de adaptação que conduz ao envelhecimento bem sucedido.

O estado funcional das pessoas em diferentes segmentos etários é o resultado da interação dos elementos biológicos, psicológicos e sociais, com provável reflexo na integridade do indivíduo no processo de envelhecimento.

Num sentido mais amplo, Robledo (1994) resume o envelhecimento como resultado das mudanças que ocorrem no organismo através do tempo, da concepção à morte, envolvendo vários fatores desse processo, e a complexidade das relações de natureza genética, estilo de vida, condições ambientais, funcionais, celular e molecular e as enfermidades.

A capacidade funcional tem relevância sob ótica do envelhecimento saudável; implica no resultado da interação multidimensional entre saúde física, mental, explicitada pela independência econômica e na vida diária, suporte familiar e integração social. Entretanto, o equilíbrio entre essas dimensões da capacidade funcional do idoso não significa ausência de problemas de saúde (RAMOS, 2003).

A principal característica do envelhecimento saudável é a capacidade de aceitação das mudanças fisiológicas decorrentes da idade. Envelhecer com saúde refere-se a um conceito pessoal que deve ser planejado focalizando a história, os

atributos físicos, as expectativas individuais, constituindo-se num percurso e não um fim (TEIXEIRA; NERI, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou no final dos anos 90 a expressão “envelhecimento ativo”, em substituição ao “saudável”, definido como “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam velhas” (WHO, 2005a, p.13).

O termo “ativo” refere-se à participação nas questões sócio-econômicas, culturais e civis, e não somente estar ativo fisicamente, reconhecendo além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo de envelhecer das populações e indivíduos. Para promover o envelhecimento ativo, os sistemas de saúde devem visar à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo ao cuidado primário de longa duração com qualidade (WHO, 2005a).

## **1.1 Aspectos demográficos e epidemiológicos da população idosa**

O envelhecimento populacional, inicialmente, esteve associado às regiões mais desenvolvidas do mundo, cujo fenômeno ocorreu de forma gradual, durante muitas décadas, acompanhado de crescimento sócio-econômico. Na Europa, países com população maior de 10 milhões e maior proporção de idosos passarão por pequena mudança até 2025, quando habitantes com 60 anos e mais, se constituirão em um terço da população de países como Itália, Japão e Alemanha, tendência essa seguida por outros desse continente. Nos países em desenvolvimento, o processo de envelhecimento tem sido acelerado, alcançando índices crescentes nas últimas décadas (WHO, 2005a).

Esse fenômeno é mundial, sendo que a proporção da população “mais idosa”, com 80 anos e mais, também está aumentando, tanto no mundo quanto no Brasil (CAMARANO, 2006).

Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde, de 1950 a 2050, a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes em relação à população total que aumentará apenas cinco vezes, colocando-a em termos

absolutos na sexta posição de idosos no mundo, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos e mais (BRASIL, 2002d).

Em 1950 havia cerca de 204 milhões de idosos no mundo, chegando a 579 milhões em 1998, com projeções para 2025 e 2050 de alcançar 1,2 e 1,9 bilhões de idosos, respectivamente, o equivalente à população de crianças de 0 a 14 anos. A relação idoso/criança transformou-se ao longo do tempo com o aumento das pessoas com 60 anos ou mais. No Brasil, em 1980, existiam 16 idosos para 100 crianças e em 2000 essa relação dobrou, chegando a 30 idosos para 100 crianças (IBGE, 2002).

A pirâmide triangular representa no início do século XX a estrutura do envelhecimento das populações, que passa a se retangularizar com o passar dos anos, e tendência a ser substituída por uma estrutura mais cilíndrica até 2025 (WHO, 2005a).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2006 demonstram que as pessoas com 60 anos e mais representam aproximadamente 19 milhões de brasileiros, equivalendo a 10,2% da população total, e ainda destacam o grupo de 75 anos e mais que representou 23,5% em 1996, tendo alcançado 26,1% em 2006 (BRASIL, 2008a).

A transição demográfica, caracterizada pela passagem de uma situação de alta mortalidade geral e alta fecundidade, com perfil populacional jovem em franca expansão, para uma condição de diminuição dos índices da mortalidade e gradual baixa na fecundidade produziu a longevidade. A esperança de vida brasileira no início do século XX era em média 35 anos e no início do século XXI alcançou a média dos 68, diferenciada para as mulheres que chegaram aos 72 anos de vida. (BRASIL, 2002c).

No Brasil, na década de 60, a população apresentou-se predominantemente jovem, com cerca de 50% abaixo de 20 anos e 3% acima de 65 anos. Ao final desta, observa-se declínio da fecundidade de forma rápida e generalizada, chegando a níveis compatíveis com o crescimento nulo em 2000, gerando a desestabilização da estrutura etária evidenciada como envelhecimento populacional. Assim, pode-se afirmar que esse processo no Brasil se deu num ritmo mais acelerado do que ocorreu nos países do primeiro mundo, que iniciaram essa transição no século XIX (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Por outro lado, a transição epidemiológica tem relação direta com a estrutura etária, expressa pela diminuição da mortalidade por doenças infecciosas, predominantes nos jovens, e destaque crescente ao convívio com o risco das doenças crônico-degenerativas e possíveis complicações com o aumento da esperança de vida e do número de idosos (CHAIMOWISCZ, 2006).

A mortalidade dos idosos segue o mesmo padrão em países desenvolvidos e em desenvolvimento, havendo diminuição gradativa desta por doenças infecciosas, substituídas pelas crônicas não transmissíveis: cardíacas, neoplásicas e respiratórias. As doenças do aparelho respiratório, entre 2001 e 2005 no Brasil, representaram a terceira causa de óbito em idosos além das altas taxas de internação hospitalar. O vírus influenza é um dos principais agentes etiológicos das infecções respiratórias e de suas complicações, indicando a necessidade de ações preventivas, como a vacinação, para minimizar esse quadro (BRASIL, 2008a).

Ao considerar a dimensão do envelhecimento populacional e suas peculiaridades, torna-se imprescindível a formulação de políticas públicas de saúde que proponham estratégias e ações de promoção da saúde e prevenção da doença que possam contribuir para que grande número de pessoas alcance a longevidade com o melhor estado de saúde possível (BRASIL, 2006a).

## **1.2 Políticas públicas de saúde e o envelhecimento populacional**

O envelhecimento da população pode ser considerado um sucesso para as políticas públicas de saúde. O século XXI será marcado pelo envelhecimento global que gerará aumento das demandas sociais e econômicas no mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS), argumenta que os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil só poderão custear esse fenômeno se forem implementadas políticas e programas que incentivem o “envelhecimento ativo”, de forma a promover o bem estar, melhorar a saúde, a participação e segurança dos idosos. Tais iniciativas devem estar baseadas nos direitos, necessidades e peculiaridades desse segmento populacional (WHO, 2005a).

Em 1977, a Assembléia Mundial de Saúde, em sua 30ª reunião, determinou que a meta social principal dos governos nela participantes deveria ser a

promoção de um nível de saúde tal que permitisse a todos os cidadãos do mundo ter uma vida social e economicamente produtiva até o ano 2000 (STARFIELD, 2002).

Essa meta desencadeou ações políticas públicas de saúde internacionais revolucionárias, condizentes com a Declaração de Alma Ata e a Carta de Ottawa.

A Declaração de Alma Ata, realizada no Cazaquistão – URSS, em 1978, resultou da 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, orientada pela indicativa “Saúde para Todos no Ano 2000”. Esta conferência defendeu a ação internacional para os cuidados primários de saúde nos países em desenvolvimento, através da cooperação técnica, em consonância à nova ordem econômica internacional, que destaca a saúde como um direito humano fundamental e a responsabilidade de combater a desigualdade entre os povos (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

A Atenção Primária, de acordo com essa Declaração compreende métodos e tecnologias práticas, com bases científicas e socialmente aceitáveis ao alcance de todos os indivíduos e famílias, incluindo elementos de educação e participação comunitárias, atividades inter-setoriais e prestação de serviços de saúde tradicionais (OMS, 1989).

Para Starfield (2002), a Atenção Primária representa um nível de atenção de um sistema de saúde, a porta de entrada para acolher a maioria das necessidades e problemas, direcionando a atenção para a pessoa e não à enfermidade, de forma que haja ampliação na capacidade de atendimento para a maioria das condições, exceto às raras.

A Carta de Ottawa foi aprovada em 1986, na 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde, realizada no Canadá, como resposta à crescente expectativa por uma nova concepção de Saúde Pública no mundo, principalmente nos países industrializados, que enfatizasse o conceito de promoção da saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986).

De acordo com essa Carta, “a promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”. Desta forma a saúde é compreendida como um recurso para a vida e não uma finalidade de vida (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A meta a alcançar “Saúde Para Todos no ano 2000” impulsiona as ações realizadas pelos estados membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) em benefício de todos os cidadãos, nas diversas faixas etárias, incluindo os idosos, com

base no princípio da igualdade, - “saúde para todos”, definida na Declaração de Alma Ata (OMS, 1989).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Centro Latino Americano de Demografia (CELADE), organizaram no final de 1992 uma oficina para discutir as Políticas de Saúde em Favor das Pessoas Idosas, com a colaboração do Centro Internacional de Envelhecimento dos Estados Unidos da América. Este evento coincidiu com o 10º aniversário da Assembléia Mundial sobre Envelhecimento de 1982, em Viena, Áustria, convocada pela Organização das Nações Unidas (ONU). Nessa ocasião foi firmado o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento por representantes de 124 países, assegurando a avaliação da resolução da ONU (1991) que firma os Princípios em Defesa das Pessoas Idosas, e os Objetivos Mundiais Relacionados ao Envelhecimento para o ano 2001 (ROBLEDO, 1994).

Esses objetivos influenciaram a ampliação das metas do Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento, em apoio ao trabalho desenvolvido pelos países relativo ao fenômeno do envelhecimento populacional expresso na definição de políticas públicas em prol dos idosos e monitoramento das mudanças desse processo. E ainda em termos operacionais são destacadas as estratégias de promoção da saúde, mobilização intra e inter-setorial, reformulação dos sistemas de saúde e seguridade social (ROBLEDO, 1994).

A Promoção da Saúde no Brasil passa a ser prioridade do Ministério da Saúde, a partir da descentralização da assistência, com diversos municípios desenvolvendo ações específicas nessa área. A incorporação dos princípios e diretrizes do Ministério da Saúde através dos Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF) tem como foco a reorientação dos serviços de saúde e ampliação do acesso pela população, incluindo os idosos e vigilância à saúde das famílias (BRASIL, 2001a).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso no Brasil, aprovada em 1994 pela Lei n.º 8.842, e regulamentada em 1996 (Decreto 1.948/96), busca assegurar os direitos das pessoas com 60 anos e mais, destacando as condições para sua autonomia e integração à sociedade (BRASIL, 2006b).

Essa Lei atribui ao setor Saúde, o provimento aos idosos do acesso aos serviços e às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante normas específicas. Assim, essa Política tem como propósito a promoção do

envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional do idoso, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação dos que apresentam a capacidade funcional comprometida (BRASIL, 2002e).

Em 1999, em comemoração ao “Ano Internacional dos Idosos”, a OMS comprometeu-se a incentivar o “envelhecimento ativo” como um componente indispensável de todos os programas de desenvolvimento direcionados aos idosos, apoiados nos avanços do conhecimento focalizando a avaliação, pesquisa, vigilância e disseminação dos resultados das pesquisas (WHO, 2005a).

Em 2002, com o lançamento do Plano Internacional da Ação sobre o Envelhecimento, a Assembléia Mundial foi decisiva ao abordar os desafios e comemorar esse fenômeno populacional, que abrangem a transição epidemiológica, as mudanças no setor saúde e fatores sócio-econômicos e culturais com a globalização. Assim, a OMS firma seu trabalho em conjunto com outras organizações intergovernamentais, ONGs e academias para investir em pesquisas sobre o envelhecimento (WHO, 2005a).

No Brasil, com a vigência do Estatuto do Idoso em 2003 é garantido o direito à atenção integral à saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através das ações e serviços de prevenção, promoção e recuperação, e atenção especial às doenças que afetam os idosos (BRASIL, 2003a).

Em 2006 foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que contempla as ações de promoção da saúde da população idosa, e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que definem o “Pacto pela Vida” e determinam que a atenção à saúde dessa parcela populacional tenha como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família. Estas políticas recomendam dentre as ações a imunização contra influenza para indivíduos com 60 anos e mais, para prevenir a “gripe” e suas complicações, promover o desenvolvimento ativo e proteger a saúde com fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, tendo como referência serviços especializados de média e alta complexidade (BRASIL, 2006a).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se pauta nos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) como a universalização, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização e participação popular. O que diferencia o modelo de organização da Atenção Básica em relação ao modelo tradicional é a forma de

planejar e exercer as ações de saúde; a sua inserção e o vínculo com uma população que reside em território definido; o trato com as diferentes demandas e necessidades individuais e coletivas; acolhimento e os cuidados com os cidadãos; a prevenção de agravos à saúde e a interação com a comunidade a partir da realidade local, por meio da participação popular e controle social (CABRAL, 2006).

Neste âmbito, o cuidado comunitário do idoso deve centrar-se na família e na atenção básica à saúde, através das Unidades Básicas de Saúde, em especial aquelas sob a Estratégia de Saúde da Família, em Unidades Saúde da Família (USF), as quais devem representar para o idoso o vínculo com o sistema de saúde. O trabalho dos profissionais nessa unidade deve estar voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas às USFs, em diferentes fases do ciclo vital no seu contexto familiar e social. A atenção às pessoas idosas deve ocorrer de forma ativa na melhoria da sua qualidade de vida, cujas ações em saúde devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade, junto à sua família de forma digna. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência (hospital, asilo, casa de repouso ou similar) só deve ser considerado quando falharem os esforços e recursos necessários. (BRASIL, 2002d).

A prevenção primária para os idosos nesse nível Atenção Básica é destacada em dois planos: o de prevenção de agravos à saúde, através das ações que tentam evitar que quadros mórbidos sejam instalados, incluindo programas de promoção, educação em saúde e vacinação; e o da detecção precoce de problemas de saúde instalados ou com potencialidade para se instalar (VERAS, 2006).

As ações de prevenção de agravos à saúde dos idosos envolvidas no primeiro plano estão centradas na aplicação de vacinas contra o tétano, pneumonia pneumocócica e influenza, que representam sérios problemas de saúde nessa parcela populacional no Brasil e no mundo (VERAS, 2006).

A vacinação indicada aos vários segmentos da população, inclusive aos idosos, constitui-se em ação inerente à Atenção Básica, na qual os agentes comunitários de saúde (ACS) e os outros profissionais das Equipes de Saúde da Família devem estar atentos ao Calendário Vacinal. A rede básica de saúde tem papel fundamental na vacinação diária e em campanhas, com ações que devem ser fortalecidas para alcançar altas coberturas vacinais, manutenção do controle e eliminação ou erradicação de doenças preveníveis por vacinas (BRASIL, 2008b).



### 1.3 Justificativa

As doenças respiratórias em idosos têm sido apontadas como relevante problema de saúde pública em virtude do aumento da sua incidência no Brasil e no mundo, com aumento da morbidade e mortalidade, dos gastos com internações hospitalares, atendimento ambulatorial e assistência farmacêutica. Em 2000, no Brasil foram gastos R\$ 10,6 bilhões em internações e atendimento ambulatorial e aproximadamente R\$ 2,5 bilhões com medicamentos (BRASIL, 2002a).

No Brasil, entre 2001 e 2005 essas doenças corresponderam à terceira causa de óbito nos idosos, antecedidas por doenças do aparelho circulatório e neoplasias, com dados do DATASUS/MS indicando 26% dos recursos destinados à internação hospitalar no SUS direcionados aos idosos (BRASIL, 2008a).

Em 2004 o DATASUS também registrou 11.492.883 internações, sendo os idosos responsáveis por 2.233.161 destas, representando 19,5%. Na época, as doenças do aparelho respiratório foram a segunda causa mais comum de morbidade hospitalar, correspondendo a 14,91% das internações (COSTA; TEIXEIRA, 2006).

Em 2005, as doenças respiratórias foram a principal causa de internação hospitalar de idosos, com aumento da porcentagem à medida que a idade avança. A população total de idosos internada por doenças respiratórias em 2005 correspondendo a 60 a 69 anos foi de 10,3%, de 70 a 79 foi de 13,8% , e de 80 anos ou mais 17,6% (CHAIMOWICZ, 2006).

As infecções respiratórias de natureza viral, responsáveis por 75% das infecções agudas do trato respiratório, apresentam na maioria das vezes quadros benignos e limitados. Dentre elas, a mais conhecida é a influenza, que pode causar de pequenos surtos a graves pandemias. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 600 milhões de pessoas apresentem um episódio de influenza ao ano. Sua disseminação provoca epidemias, tornando-a responsável por processos infecciosos de grande morbidade e mortalidade no mundo, principalmente em grupos de maior vulnerabilidade, como os idosos (institucionalizados ou não e portadores de doenças crônicas de base, como cardiopatias, diabetes mellitus, e outras). Exemplo de complicações provocadas pela influenza: pneumonia primária viral, pneumonia bacteriana secundária, pneumonia mista, exacerbação de doença pulmonar ou cardíaca crônica e óbito (BRASIL, 2007).

Durante as epidemias de influenza ocorre o aumento de consultas médicas e hospitalizações por infecções respiratórias agudas, sendo que nos idosos as conseqüências podem ser mais graves, levando à processos pneumônicos e/ou à quebra do seu estado de equilíbrio quando portadores de patologias crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2002a).

Dados brasileiros sugerem que aproximadamente 22 mil pessoas de todas as faixas etárias morrem anualmente em decorrência da influenza nos períodos epidêmicos. A taxa de hospitalização por influenza e pneumonia é de 6,7 por 1.000 habitantes, subindo, para 12,5 na população mais idosa (TONIOLO NETO et al., 2006).

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) estima que 5 a 20% da população americana adoecem no inverno, sendo que mais de 200 mil pessoas são hospitalizadas, e aproximadamente 36 mil morrem devido à influenza e suas complicações (NIAID, 2006).

Nos EUA estima-se que haja um gasto anual de um a três bilhões de dólares com cuidados médicos devido à influenza e complicações como pneumonia, desidratação e agravo das doenças crônicas do pulmão e do coração (HHS, 2008).

Nos americanos africanos 75% das mortes causadas por influenza e pneumonia, ocorrem entre pessoas com 65 anos e mais, as quais poderiam ser prevenidas com a vacina (ALA, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde, muitos dos casos de doenças respiratórias em idosos, poderiam ser evitados com vacinação adequada, principalmente contra influenza, e serviços de saneamento abrangentes, inclusive com noções domésticas de higiene. (BRASIL, 2002a).

O documento norte americano *Healthy People 2010* determina como meta vacinar 90% dos indivíduos com 65 anos de idade e mais contra a influenza. No entanto, a constatação das baixas coberturas vacinais nesse grupo etário, demonstra que essa porcentagem está longe de ser alcançada em vários países (LIMA COSTA, 2008).

O aumento da adesão dos idosos à vacina contra influenza constitui, então, num desafio a ser enfrentado pelos sistemas de saúde e órgãos afins para atingir metas preconizadas em eventos de dimensão político-social no mundo, com intuito de diminuir a morbidade e mortalidade nesse segmento populacional.

*2 OBJETIVOS*

---

## **2.1 Geral**

Analisar o conhecimento científico sobre o conceito de vacinação contra influenza em idosos e fatores relacionados à sua adesão.

## **2.2 Específicos**

1. Identificar os atributos essenciais, eventos antecedentes, conseqüentes e fatores intervenientes ao conceito da vacinação contra influenza em idosos.
2. Identificar os avanços e dificuldades encontrados na adesão dos idosos à vacinação contra influenza.
3. Descrever os resultados obtidos com a vacinação contra influenza em idosos.

*3 REFERENCIAL TEÓRICO  
METODOLÓGICO*

---

A revisão integrativa é um método de pesquisa amplo, que permite a inclusão simultânea de pesquisas experimentais e não experimentais, combina dados da literatura teorizada e empírica. Incorpora ampla gama de propósitos como definir conceitos, rever evidências empíricas ou teóricas, e analisar questões de um determinado assunto. O pesquisador que escolhe construir sistematicamente uma base de conhecimentos acerca de um dado conceito estará envolvido no processo de leitura, análise e síntese, e eventualmente poderá redefini-lo (BROOME, 2000).

A revisão integrativa da literatura tem sido referenciada por vários autores de diversas formas, porém com características semelhantes.

Segundo Cooper (1988), esta modalidade de revisão integrativa, consiste na síntese das pesquisas realizadas através da demonstração das conclusões dos diversos estudos, separadamente, para direcionar relatos ou identificar hipóteses. Os revisores, então, esperam apresentar um tipo de conhecimento voltado às relações de interesse e realçar questões importantes que a pesquisa ainda não elucidou. A revisão integrativa contém todos os pontos relevantes das outras revisões da literatura, sendo alguns exclusivos deste tipo de estudo.

Torraco (2005) considera o artigo da revisão integrativa como um catalisador para novas pesquisas sobre um tema, pois acredita que a sua riqueza está na capacidade de gerar e direcionar novas idéias em qualquer área.

Beyea e Nicoll (1998) referem-se à revisão integrativa como um desafio para o pesquisador, pois ao identificar e obter palavras-chave, sintetizar informações e apresentar resultados de forma descritiva, percorre o caminho de uma investigação científica. Este tipo de método resulta numa contribuição importante para a literatura de enfermagem e de seus conceitos. Os autores afirmam que a revisão integrativa não deve ser uma série de resumos, mas um relatório integrado. Esta integração pode ser realizada através da identificação de conceitos-chave entre os diversos artigos.

De acordo com Ganong (1987), a revisão integrativa da literatura contribui para o processo de síntese e análise de resultados de estudos independentes, em que as informações obtidas são sistematicamente categorizadas. Para esse autor a revisão integrativa constitui-se em parte valiosa do processo de criação e organização do corpo literário, mantendo os mesmos padrões de clareza, rigor e replicação da pesquisa primária.

Entretanto é necessária a diferenciação dos conceitos de revisão da literatura, revisão integrativa, revisão sistemática e meta-análise.

A revisão da literatura típica aparece como introduções para divulgar novos dados primários ou trabalhos independentes mais detalhados. Tem como objetivo explicitar o conhecimento, o entendimento profundo de um fenômeno através de dados ou resultados baseados em outros trabalhos. Este processo tem especial importância no desenvolvimento de conceitos (COOPER, 1988).

A revisão integrativa da literatura permite visualizar a contribuição substancial da pesquisa na construção do conhecimento científico a partir de um tema. Esta opção metodológica quando realizada com rigor, clareza e possibilidade de replicação, reúne os mesmos padrões da pesquisa primária. Uma revisão integrativa bem elaborada busca minimizar os efeitos da subjetividade, adotando critérios cuidadosamente aplicados na avaliação das pesquisas (BEYEA; NICOLL, 1998).

A revisão sistemática consiste em sintetizar com rigor todas as pesquisas que tem relação com uma questão específica, buscando superar vieses que podem ser encontrados; avaliando a relevância dos estudos encontrados; coletando, sintetizando e interpretando os dados obtidos com as pesquisas, seguindo método rigoroso na sua busca e seleção (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

Para Broome (2000), a meta-análise tem como objetivo conduzir uma revisão integrativa e determinar a eficiência das intervenções como um todo, usando análises estatísticas que combinem os resultados de muitos estudos independentes. As pesquisas são sistematicamente escolhidas, criticadas e codificadas usando protocolos na tentativa de reduzir vieses e subjetividade.

O conceito de revisão integrativa pode ser equivocado, quando a mesma é considerada uma metodologia com pouco rigor científico ou de fácil descrição em confronto com outros tipos de métodos. Ao contrário, é uma modalidade de pesquisa sofisticada, que requer muitas habilidades. Este reconhecimento induziu o jornal norte americano *Human Resource Development Review* (HRDR) a valorizar o trabalho das revisões, das críticas e do conhecimento sintetizado em relação aos temas de interesse da literatura, e as tem publicado dentro do universo de pesquisas, desde a sua primeira edição. Os editores continuam a procura de artigos de revisão integrativa bem escrita, que proporcionem questionamentos e novas perspectivas sobre questões-chave de determinada área (TORRACO, 2005).

O mesmo autor sugere que antes de escrever o artigo, o pesquisador deve explicar o motivo da revisão da literatura e da metodologia escolhida para abordar o problema ou questão. A necessidade do artigo de revisão deve estar embasada na discussão da importância do problema ou tópico a ser examinado, através da justificativa desta ser um modo apropriado para abordagem do tema.

A maioria das revisões tem a intenção de direcionar-se a dois tópicos gerais: ao já estabelecido ou a outro novo, emergente. À medida que o tópico estabelecido amadurece, o tamanho da sua literatura cresce, havendo correspondente desenvolvimento na base desse conhecimento. Uma revisão integrativa da literatura de um tópico maduro remete à necessidade de revisão, de crítica e de nova concepção deste, de tal forma que continue a se desenvolver. Já a revisão integrativa direcionada a tópicos novos, se beneficiaria de uma concepção ampliada, sintetizando os dados da literatura. Como esses tópicos são recentes e ainda não sofreram uma revisão compreensiva da literatura, é mais provável que a revisão indique uma concepção inicial ou preliminar, um novo modelo ou estrutura (TORRACO, 2005).

De acordo com Whitemore e Knafl (2005) uma revisão integrativa bem feita colabora com a ciência, contribui com o desenvolvimento da teoria e tem aplicação direta na prática e nas políticas de saúde. Para os autores, é importante que haja distinção desta metodologia com as outras, com estratégias específicas para que este método possa aprimorar o rigor de todo processo.

Whitemore e Knafl (2005) indicam cinco etapas da revisão integrativa utilizadas neste estudo, a saber:

- 1ª Etapa: Identificação do problema;
- 2ª Etapa: Pesquisa na literatura (coleta de dados);
- 3ª Etapa: Avaliação dos dados;
- 4ª Etapa: Análise dos dados;
- 5ª Etapa: Apresentação dos resultados.

Na primeira etapa o problema ou questão deve estar claramente identificado de forma que as variáveis de interesse (conceitos, população alvo, problemas de cuidados de saúde) e as características das amostras (tipos de estudos, inclusão da literatura teórica) sejam determinadas. A finalidade da pesquisa



deve ser bem definida para facilitar a operacionalização da enorme gama de variáveis que serão encontradas, assim como a extração de dados apropriados das pesquisas primárias. A especificação adequada desta fase facilitará a condução das etapas subseqüentes para que a revisão integrativa seja de qualidade.

Na segunda, a pesquisa na literatura deve ser realizada com estratégias bem definidas para aumentar o rigor da revisão devido à possibilidade de obter pesquisas incompletas e enviesadas em base de dados inadequadas, gerando falhas nos resultados. O ideal é que toda a literatura relevante sobre o problema ou tema de interesse esteja incluído na revisão. Todo o processo de pesquisa na literatura de uma revisão integrativa deve ser documentado com clareza, incluindo palavras-chave para buscas, estratégias para a pesquisa e critérios de inclusão e exclusão para determinar pesquisas primárias que têm relevância.

Na terceira, avaliar a qualidade dos dados obtidos consiste em tarefa complexa em virtude da diversidade das pesquisas primárias encontradas. Numa revisão integrativa com diversas amostras de pesquisas tanto empíricas quanto teóricas, deve-se avaliar a sua autenticidade, qualidade metodológica, importância das informações e representatividade das pesquisas primárias disponíveis, as quais devem ser apresentadas e discutidas no final do estudo.

Na quarta, a análise dos dados das pesquisas primárias requer que estes sejam ordenados, codificados, categorizados e sumarizados dentro de uma conclusão unificada e integrada sobre o problema da pesquisa. Esta etapa é dividida em quatro fases:

- a) redução dos dados envolvendo técnicas de extração e codificação dos mesmos da pesquisa primária para abstrair, resumir, focalizar e organizá-los, fornecendo resultado sucinto da literatura, que viabiliza a comparação sistemática das pesquisas primárias sobre questões específicas ou características da amostra.
- b) demonstração dos dados podendo ocorrer por meio de matrizes, gráficos ou tabelas, que favorecem as comparações entre as pesquisas primárias. Nesta fase, pode-se iniciar a interpretação dos dados.
- c) comparação dos dados cuja fase envolve um processo iterativo para examinar os dados demonstrados da pesquisa primária de forma que identifique padrões, temas ou relações. A sua visualização e

comparação fornecerá maior clareza dos estudos, emergindo de esforços interpretativos precoces.

- d) conclusão, fase final da análise dos dados, consiste na síntese de elementos importantes ou resultados de cada estudo particular inserido no tópico ou problema geral da pesquisa.

Na quinta etapa da revisão integrativa da literatura, a pesquisa deve ser apresentada com detalhes das pesquisas primárias, para que a conclusão tenha uma seqüência lógica permitindo ao leitor verificar que as conclusões não excederam as evidências. Os resultados devem aprofundar e ampliar o tema estudado, contribuindo para um novo entendimento do fenômeno de interesse, com implicações para a prática, pesquisa e iniciativas políticas. As limitações metodológicas da revisão devem estar explicitadas em sua apresentação.

Para Beyea; Nicoll (1998), elaborar uma revisão integrativa consiste num desafio, entretanto os resultados são compensadores. Todo o processo de elaboração e publicação de uma revisão integrativa promove a aproximação das respostas aos questionamentos dos profissionais em suas práticas dentro da sua área (BEYEA; NICOLL, 1998).

Além da revisão integrativa da literatura, a fundamentação teórica da análise do conceito de vacinação contra influenza em idosos é explicitada no presente estudo para orientar sua aplicação colaborando com o desenvolvimento do conhecimento nessa área.

O conceito é a representação de um objeto pelo pensamento, por meio de suas características gerais. É a ação de formular uma idéia por meio de palavras; definição, caracterização (FERREIRA, 2004).

Segundo Rodgers (2000), os conceitos são formados por características comuns a uma classe de objetos ou fenômeno e pela abstração e agrupamento destas, junto com os significados explicitados em expressões e/ou palavras. Podem ser identificados por termos substitutos, que expressam a maneira de utilizar o conceito de forma diferente da palavra ou expressão selecionada pelo pesquisador para focalizar o estudo. Assim, os termos substitutos adicionam uma base contextual ao conceito de interesse.

O desenvolvimento do conceito está ligado à orientação do contexto social no qual o indivíduo interage e o constrói. Como os fatores contextuais variam, haverá modificações nos conceitos conforme o tempo e situações.

Uma das funções da análise do conceito é facilitar a categorização, isto é, determinar como referir ou discutir certas situações, eventos ou fenômeno e demonstrar as inter-relações. Quando os conceitos estão claros, com definições articuladas e compreensíveis, é possível explicar o fenômeno como pertencente ou indicativo de um conceito particular e conseqüentemente, possuidor de atributos. A identificação dos atributos do conceito representa a realização primária da sua análise, constituindo numa definição real, diversa à uma definição nominal ou do dicionário.

Assim, a clareza dos conceitos é necessária para caracterizar o fenômeno de interesse, descrever situações e estabelecer a comunicação efetiva. A tarefa de clarificação pode ser realizada pela análise do uso comum do conceito, através do seu modo de expressão. Analisar o conceito é uma maneira que o pesquisador tem para identificar o conjunto de atributos que o define e constitui. Quando os atributos que compreendem o conceito não estão claros, a habilidade para comunicar e categorizar o fenômeno fica comprometida.

O processo de definição, avaliação e refinamento é importante no desenvolvimento do conhecimento, principalmente na geração de conceitos que solucionam problemas conceituais existentes.

O desenvolvimento do conceito pode ser descrito e ilustrado como um ciclo (visão evolucionária), que continua através do tempo inserido num dado contexto, referido numa disciplina, grupo cultural ou numa determinada teoria.

O ciclo evolucionário do conceito apresenta três aspectos distintos quanto ao seu desenvolvimento que incluem significado, uso e aplicação do conceito.

O conceito adquire significado através da habilidade de resolver problemas e caracterizar o fenômeno de forma adequada, em cada situação, influenciado por fatores internos e externos, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento.

O uso do conceito expressa o modo que ele deve ser empregado, a situação apropriada para o seu uso evidenciando os seus atributos essenciais. A análise do conceito está focalizada na fase do uso do seu desenvolvimento,

direcionado através da sua clareza e identificação, considerando os seus atributos como a base para o seu desenvolvimento.

A aplicação do conceito se dá numa sucessão de novas situações, sobre um uso particular, e o entendimento deste uso ocorre através da educação e socialização. Através da aplicação, o conceito se torna claro demonstrando suas forças e limitações, com base no conhecimento das suas habilidades para mais tarde serem generalizadas.

O método da análise do conceito pode ser usado com qualquer forma de comunicação. A origem dos dados pode advir da mídia impressa, como jornais ou literatura profissional; entrevistas ou outra linguagem falada; e por meio das artes representadas.

O pesquisador que conduz uma investigação usando a análise do conceito deve começar sempre identificando o problema de forma clara e apropriada. Na seqüência o pesquisador realizará a coleta, análise e interpretação dos dados. Este método evolucionário da análise do conceito envolve as seguintes atividades:

1. identificar o conceito de interesse e expressões associadas (incluindo termos substitutos).
2. identificar e selecionar um campo apropriado para coleta de dados.
3. coletar dados relevantes para identificar os atributos do conceito e sua base contextual (eventos antecedentes e conseqüentes).
4. analisar os dados relacionados às características do conceito, citadas nos itens anteriores.
5. identificar um exemplo do conceito, se for apropriado.
6. identificar hipóteses e implicações para o desenvolvimento do conceito no futuro.

Muitas dessas atividades são realizadas simultaneamente através da investigação, representando tarefas a serem cumpridas. Para facilitar a discussão, essas atividades deverão ser descritas como se fossem distintas.

A maneira mais comum de identificar o conceito de interesse e expressões associadas é através da linguagem escrita ou falada. O foco do começo do estudo consiste em determinar o conceito de interesse e utilizar terminologia apropriada para guiar a análise. Esta tarefa é fundamental, pois um mesmo conceito pode ser

expresso de várias maneiras. O conceito não se restringe a uma palavra, mas às idéias e características associadas a ela.

Para escolher o local e a amostra, o pesquisador deve usar especificamente, a análise do conceito evolucionário. Na análise baseada na literatura, o local faz referência ao período de tempo para ser examinado e quais áreas do conhecimento ou tipos de literatura a serem incluídas. Assim, com qualquer pesquisa, decisões relacionadas a estes aspectos são realizadas com base na questão inicial do pesquisador e nos resultados desejados. Ao final deve-se gerar um delineamento consistente com o propósito do estudo.

Em estudos de conceitos, a amostra selecionada é descrita pelos pesquisadores da literatura acessível, relevante ou pertinente para a investigação ou simplesmente da literatura existente em relação ao conceito. Essas amostras aumentam as questões do rigor do delineamento e da credibilidade dos achados. O uso das amostras da literatura oferece uma grande vantagem ao pesquisador, inacessíveis em muitos tipos de pesquisas, pela possibilidade de identificar o total da população da literatura através das bases de dados on-line ou impressas. A literatura pode ser identificada, pelo título, resumo, palavras-chave ou pela combinação de todos.

A coleta e organização dos dados no método evolucionário são realizadas com ênfase na identificação do aspecto relevante do conceito. Assim, a análise é feita sobre a coleta e análise de dados brutos e não na construção dos casos. O pesquisador faz revisão da literatura para identificar dados relevantes aos atributos do conceito e suas bases contextuais (antecedentes, conseqüentes e variações sócio-cultural e temporal), termos substitutos e conceitos relacionados.

A análise dos dados, geralmente é realizada de acordo com um procedimento padronizado da análise do tema. Cada categoria dos dados (atributos e informações contextuais) é examinada separadamente para identificar temas apresentados na literatura. Nesta fase há um processo contínuo de organização e reorganização de pontos semelhantes na literatura até obter um sistema de descritores relevantes, coesos, compreensivos e reorganizados. Conceitos relacionados e termos substitutos geralmente são isentos deste procedimento específico de análise.

A identificação de exemplares consiste numa parte comum e útil da análise do conceito. Como o método evolucionário é uma técnica indutiva,

exemplares deveriam ser identificados e não construídos pelo investigador. O propósito do exemplar é fornecer demonstração prática do conceito dentro de um contexto relevante, como ele pode aparecer na vida real, demonstrando a clareza do propósito.

A interpretação dos resultados tem forte influência das bases filosóficas, e estes fornecem bases importantes para pesquisas futuras. Entretanto, os resultados não dão origem à resposta definitiva para questões acerca do conceito, mas promovem e direcionam as investigações. O objetivo dos resultados é gerar fundamentos e clareza necessária para melhorar a continuação do ciclo do desenvolvimento do conceito. Os resultados constituem o ponto inicial e não o fim da pesquisa.

Identificar implicações para investigações futuras é outra contribuição importante, reforçada pelo fato de que a visão das bases filosóficas dá ênfase sobre a análise do conceito como um suporte para investigações futuras e seu desenvolvimento, considerando-o como início do processo e não o seu final.

## *4. PERCURSO METODOLÓGICO*

---

## 4.1 Identificação do problema

Para delimitar o problema a revisão integrativa foi norteada pela questão: quais os fatores que influenciam a adesão dos idosos à vacinação contra influenza (VCI)?

A adesão dos idosos à vacinação contra influenza consiste num desafio a ser enfrentado durante as campanhas de vacinação anuais, direcionadas a esse grupo populacional, objeto de interesse desta pesquisa.

A adesão é uma palavra derivada do latim, *adhaesione* e significa ato de aderir, aderência, assentimento, aprovação, concordância (FERREIRA, 2004).

A VCI e sua adesão envolvem elementos de interesse (variáveis) relacionados a essa estratégia e aos idosos, quanto às suas características sócio-demográficas, estilo de vida, condições de saúde e utilização dos serviços de saúde dentre outros (LIMA COSTA, 2008).

As variáveis relacionadas à VCI envolvem situação vacinal, experiências prévias com a influenza e/ou sua vacina, crenças e atitudes a respeito, e intenção de vacinar no futuro.

Outras variáveis derivadas dos sujeitos idosos referem-se às “características sócio-econômico e demográficas”, que abrangem grupos etários (a partir de 60 e 65 anos e mais), sexo, etnia/raça, situação conjugal, escolaridade, renda, moradia, ao “estilo de vida” com ênfase ao consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, atividade física, as “condições de saúde” fazendo referência à percepção da própria saúde, co-morbidades, a “acesso e utilização dos serviços de saúde” que inclui ambulatorios, clínicas e centros de saúde público e/ou privados, atendimento médico e de enfermagem, as “condições dos serviços de saúde” que englobam maior aceitação das medidas preventivas, ampliação da distribuição e administração das vacinas, informações atualizadas relacionadas à efetividade e eficácia da VCI, os “problemas de cuidados de saúde” que incluem as dificuldades de acesso, ausência de seguro suplementar e escassez de recursos materiais e humanos.



## 4.2 Pesquisa na literatura (coleta de dados)

Para seleção dos estudos, a busca foi direcionada ao tema – adesão dos idosos à vacinação contra influenza, através do levantamento em três bases de dados: LILACS, PUBMED e Biblioteca Cochrane, adotando os critérios de inclusão:

1. publicações limitadas para 10 anos, 2000 a 2009 ;
2. textos na íntegra, on-line e/ou off-line, que abordassem a adesão dos idosos à vacinação contra influenza/gripe, com ênfase aos fatores associados/relacionados (preditivos e barreiras), com indicação das taxas de coberturas vacinais alcançadas;
3. idosos na faixa etária a partir de 60 e/ou 65 anos e mais;
4. inclusão de outras faixas etárias, além dos idosos, mas que fazem análise separada para esse segmento;
5. pesquisas que incluem outras doenças respiratórias, mas com foco central à Influenza;
6. idiomas inglês e português.

A LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências e Saúde) é uma base de dados que reúne artigos de revistas conceituadas da área da saúde publicados nos países latino-americanos e região. Foi acessada através do site da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) – <http://www.bireme.br>, cuja conexão deu acesso à página da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A BIREME é um centro especializado da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), estabelecido no Brasil desde 1967, em colaboração com os Ministérios da Saúde e Educação, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e Universidade de São Paulo, e tem objetivo promover a cooperação técnico-científica em saúde entre os países da América Latina e do Caribe. A BVS consiste numa base distribuidora do conhecimento científico e técnico em saúde, registrado, organizado e armazenado em formato eletrônico nos países da Região, acessível pela internet de forma compatível com as bases de dados internacionais.

A base de dados PUBMED é um serviço oferecido pela *National Library of Medicine* dos EUA que permite acesso a várias bases de dados, como a *Medline* que contem referências bibliográficas e resumos de revistas biomédicas publicadas

nos Estados Unidos da América e em vários países. Foi acessada através do site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, oferecido pelo Sistema Integrado de Bibliotecas (SIBiNet-USP), da Biblioteca Central de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

A Biblioteca Cochrane, acessada através do site <http://www.bireme.br>, constitui-se numa coleção de fontes de informação em atenção à saúde, no idioma inglês, incluindo revisões sistemáticas em texto completo e resumidas, ensaios clínicos, estudos de avaliação econômica em saúde, e informes de avaliação de tecnologia em saúde.

As bases de dados LILACS e PUBMED foram consultadas utilizando as terminologias em saúde adotadas pelo DeCS/MeSH. Para definir a amostra deste estudo, foi realizada busca exaustiva através do cruzamento de várias palavras-chave relacionadas à adesão dos idosos à vacina contra influenza, em português e inglês, conforme a base de dados. Assim foram selecionadas: *idoso/aged*, *vacinação/vaccination*, *influenza*, *compliance* e *factors predictors*, com intuito de conseguir o máximo de pesquisas sobre o tema de interesse, até obter uma combinação que tivesse representação significativa para o estudo. As palavras *gripe/flu* *imunização/immunization* utilizadas nas buscas foram excluídas por terem gerado poucos artigos para a pesquisa.

A busca foi iniciada pela LILACS, através do formulário livre básico, combinando as palavras-chave: idosos, influenza, vacinação. A palavra “adesão” e as expressões “fatores associados ou preditivos” também fizeram combinações com as demais, entretanto não geraram artigos para esta pesquisa.

A consulta à base de dados PUBMED foi conduzida por meio de duas estratégias definidas pelas palavras-chave e delimitação das buscas. O direcionamento limitado da pesquisa para o período de 10 anos, e grupos etários distintos dentro da faixa etária referida aos idosos, diferenciada cronologicamente em 60 anos e mais, 65 anos e mais, 80 anos e mais possibilitou maior precisão na identificação dos artigos que focalizaram o objeto de interesse.

A Biblioteca Cochrane utilizou a expressão: *aged influenza vaccination*, cujo resultado apresentou 863 publicações da *Cochrane Library* que foram selecionadas a partir do elenco de opções apresentado pelas buscas e originando 35 revisões sistemáticas da Cochrane (31 revisões completas e 4 protocolos).

A Biblioteca Central do Campus de Ribeirão Preto da Universidade de São

Paulo (BCCRP-USP) viabilizou a aquisição de dois artigos pelo COMUT – Serviço de Comutação Bibliográfica, utilizados nesta revisão integrativa, enquanto os demais foram obtidos on-line nas bases consultadas.

### 4.3 Avaliação dos dados

Para avaliar a qualidade dos dados obtidos nos estudos selecionados, foi elaborado um instrumento (Apêndice A), tomando por base a estruturação proposta por Pompeu (2007), e adaptado às características metodológicas desta pesquisa, composto pelos itens:

1. Identificação: referência completa (nome dos autores, título da publicação, título do periódico, volume, edição, páginas, país e ano da publicação), base de dados, idioma e instituição do estudo.
2. Introdução e objetivo: a introdução identifica dados do estudo, seu objeto de interesse, relevância e pesquisa na literatura. Os objetivos são descritos e analisados segundo sua clareza.
3. Características da metodologia: define o delineamento do estudo e sua clareza, apresenta a amostra, identifica a técnica para coleta de dados e o tipo de análise dos dados realizada.
4. Análise do conceito: identifica a presença de atributos essenciais, eventos antecedentes, conseqüentes e fatores intervenientes.
5. Resultados e discussão: descritos e analisados de forma crítica, com base nos fatores relacionados ao objeto de interesse.
6. Conclusões: descritas e analisadas com base nos resultados.
7. Vieses explicitados ou não.

A elaboração do instrumento contou, com a colaboração de quatro profissionais da saúde (mestres e doutores), que apresentaram sugestões referentes à sua forma e conteúdo.

O convite aos colaboradores foi formalizado por meio de uma carta relatando o objetivo da pesquisa e a relevância da validação da forma e conteúdo do instrumento na revisão integrativa da literatura (Apêndice B). Todas as sugestões

apresentaram modificações em alguns itens, que foram acatadas por contribuir na sua clareza e entendimento.

Na seqüência o instrumento revisado foi testado pelos pesquisadores com dois artigos para verificar sua pertinência com relação ao propósito e detectar eventuais distorções que poderiam comprometer o rigor da pesquisa.

Segundo Polit e Hungler (1995), uma das principais características do instrumento de avaliação quantitativa é a confiabilidade, que se refere ao grau de consistência na mensuração do atributo. Quanto maior a confiabilidade, menor o erro presente nos escores obtidos.

As autoras referem que a qualidade dos dados é importante tanto nas pesquisas quantitativas como nas qualitativas. A questão fundamental de ambas é saber se os dados que representam o estado real do fenômeno estudado são passíveis de confiança. Os critérios utilizados para avaliação da fidedignidade dos dados qualitativos são a credibilidade, a transferibilidade, a segurança e a confirmabilidade.

Assim, a avaliação dos dados se muniu dos elementos demonstrados por meio de gráfico, tabelas e quadros na análise dos dados gerais dos estudos da quarta etapa da revisão integrativa da literatura, com base no Apêndice A e complementado com um quadro de análise acumulada dos artigos, exemplificado no Apêndice C

#### **4.4 Análise dos dados**

A análise dos dados requisitou leitura minuciosa e exaustiva dos artigos. Aqueles apresentados em inglês, que compõem a maioria da amostra, foram traduzidos com digitação simultânea dos dados no instrumento descrito no Apêndice A e os demais, em português, seguiram o mesmo processo.

A tradução foi realizada pela pesquisadora com auxílio do dicionário Babylon 7, um software apropriado para diversos idiomas.

A apreciação dos artigos nesta revisão integrativa foi destinada, primeiramente, aos dados referentes à identificação, introdução, objetivos e características da metodologia, para maior detalhamento da amostra.

Whittemore e Knafl (2005) recomendam que as fontes primárias incluídas em uma revisão integrativa sejam inicialmente categorizadas, considerando os diferentes delineamentos metodológicos para facilitar a análise seqüencial.

O delineamento dos estudos foi apresentado no instrumento (Apêndice A) quanto à natureza quantitativa e qualitativa, e como houve predomínio da abordagem epidemiológica (quantitativa), considerou-se necessário explicitar o delineamento das pesquisas para melhor entendimento.

Segundo Hennekens e Buring (1987), a epidemiologia está voltada à distribuição e determinantes da freqüência da doença em populações humanas. O delineamento básico usado na pesquisa epidemiológica pode estar categorizado de acordo com o foco de investigação: descrever a distribuição de uma doença numa dada população ou elucidar um problema existente nela ou em outras.

Esses autores abordam o delineamento epidemiológico, através dos estudos (quantitativos) descritivos e analíticos.

A Epidemiologia Descritiva tem interesse nas características gerais da distribuição da doença, em relação à pessoa, lugar e tempo. Em relação às pessoas são considerados os fatores demográficos básicos, como idade, sexo, raça, estado civil, ocupação e também variáveis relacionadas ao estilo de vida, como o consumo de alimentos e uso de medicamentos. As características do lugar referem-se à distribuição geográfica da doença, incluindo variações entre países ou dentro deles, assim como entre as regiões rurais e urbanas. Quanto ao tempo, a epidemiologia examina padrões sazonais no local da doença ou compara as freqüências atuais com as pregressas de cinco (5), 10, 50 ou 100 anos.

Dados descritivos fornecem informações valiosas para os profissionais da saúde e administradores para alocação de recursos, planejamento de ações preventivas ou programas educacionais. Também fornecem as primeiras pistas sobre os possíveis determinantes da doença. Os estudos descritivos são úteis para a formulação de hipóteses que podem ser testadas subseqüentemente, usando um delineamento analítico.

Há três tipos de estudos descritivos: correlacional, estudo de caso e transversal.

O estudo correlacional usa dados de populações inteiras para comparar a freqüência da doença entre diferentes grupos durante o mesmo ponto de tempo ou

na mesma população em diferentes períodos. É útil na formulação de hipóteses, mas não pode ser usado para testá-las.

O estudo de caso é o tipo básico de estudo descritivo de indivíduos, consistindo em relatório cauteloso e detalhado de um ou mais especialistas clínicos para desenhar o perfil de um paciente. Pode ser expandido para uma série de casos que descrevem características de um número de pacientes com determinada doença. Relatos de caso acumulados são utilizados por programas de vigilância, freqüentemente, para apresentar o surgimento de novas doenças ou epidemias.

Nos estudos transversais a doença e a exposição do indivíduo à ela são avaliadas no mesmo ponto de tempo, assim, não é possível distinguir se a exposição precedeu o desenvolvimento da doença ou se a doença afetou o nível de exposição do indivíduo.

A Epidemiologia Analítica focaliza os determinantes de uma doença testando hipóteses formuladas pelos estudos descritivos, com a meta principal de julgar se uma determinada exposição causa ou previne doenças. Pode ser dividido em duas estratégias de delineamento: estudos observacionais e de intervenção.

A investigação observacional abrange os grupos de estudo de caso-controle e de coorte.

No estudo de caso-controle o grupo caso de pacientes tem uma doença de interesse e o grupo controle é representado por indivíduos sem a doença, selecionados para investigação. A exposição de interesse em cada grupo é comparada proporcionalmente.

No estudo de coorte (longitudinal), os sujeitos são classificados com base na presença ou ausência da exposição a um fator particular e são seguidos por um período de tempo especificado para determinar o desenvolvimento da doença em cada grupo exposto. Este período de seguimento é variável, podendo durar vários anos.

Os estudos de intervenção, também referidos como estudos experimentais ou testes clínicos, podem ser vistos como um tipo de estudo de coorte prospectivo, onde os participantes são identificados com base no seu estado de exposição e seguidos para determinar se eles desenvolveram ou não a doença. Esse tipo de estudo é considerado como o provedor da evidência mais confiável da pesquisa epidemiológica.

A pesquisa qualitativa é descrita como um estudo que se preocupa com o ser humano e seu meio ambiente, em todas as suas complexidades, sem impor limitações ou controle ao pesquisador. Essa pesquisa é baseada na premissa de que é impossível obter conhecimento sobre os indivíduos sem descrever sua experiência humana, tal como é vivida e definida por eles (POLIT; HUNGLER, 1991).

Para as autoras a pesquisa qualitativa complementa estudos quantitativos. É apropriada aos propósitos de descrever, gerar hipóteses e desenvolver teorias.

A explicitação do problema de interesse desta pesquisa, adesão dos idosos à vacinação contra influenza, definiu o conceito a ser analisado – “vacinação contra influenza em idosos”, com base no método evolucionário proposto por Rodgers (2000), envolvendo as atividades citadas na metodologia.

Dessa forma, a revisão integrativa da literatura incorpora na análise dos dados a análise do conceito, buscando identificar os seus atributos e base contextual (eventos antecedentes e conseqüentes), ilustrado com um exemplo e implicações futuras para o desenvolvimento do conceito.

#### **4.5 Apresentação dos resultados**

Inicialmente será apresentada análise dos dados gerais, constituída pelo resultado da coleta de dados, distribuição dos artigos eleitos conforme a base de dados, ano de publicação, título do periódico, países em que foram publicados e instituições que os produziram, delineamento metodológico quanti-qualitativo, temática e distribuição dos artigos segundo a amostra, grupo etário e procedência dos sujeitos.

A análise do conceito inserida na análise dos dados será orientada pelos seus atributos essenciais, eventos contextuais (antecedentes e conseqüentes) e fatores associados (intervenientes).

Finalizando, a apresentação dos resultados fornecerá síntese dos elementos importantes da vacinação contra influenza em idosos e adesão desse grupo populacional a essa vacina.

## *5 RESULTADOS*

---



## 5.1 Coleta de dados

A análise do conceito de vacinação contra influenza em idosos e sua adesão, interposta às etapas da revisão integrativa da literatura, direcionam o desenvolvimento dos resultados desta pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no período de 01 de dezembro de 2008 a 31 de janeiro de 2009.

A busca na base de dados LILACS gerou 24 estudos e destes apenas seis (6) foram elegíveis, após a leitura dos títulos e resumos disponíveis. A exclusão de 18 artigos ocorreu em virtude da variedade dos objetivos apresentados em relação à vacinação contra influenza nos idosos não atender ao objeto central da pesquisa, a adesão.

Na Biblioteca Cochrane, das 35 revisões sistemáticas encontradas, apenas um (1) protocolo atendeu aos critérios de inclusão definidos na metodologia deste estudo.

Na base de dados PUBMED, foram utilizadas duas estratégias para coleta de dados. A primeira foi realizada com a combinação das palavras-chave: *aged*, *influenza vaccination*, *compliance*, limitadas para 10 anos; em humanos; no idioma inglês; nas idades / *aged: 65 + years* e *80 and over/ 80 + years*. Foram encontrados 41 artigos e após a leitura dos títulos e resumos disponíveis, foram escolhidos nove (9) que atenderam aos critérios de inclusão.

A segunda estratégia adotada diferiu da primeira, por substituir a palavra-chave *compliance* por *predictors factors*, através do cruzamento das palavras *aged*, *influenza vaccination*, *predictors factors*. Os limites e o processo de seleção dos artigos usados foram os mesmos da primeira estratégia. Nesta foram encontradas 34 publicações e eleitas nove (9) para o estudo.

A base de dados PUBMED disponibiliza artigos “relacionados” ao tema selecionado, artifício este que possibilitou a inclusão de 12 estudos na primeira estratégia e três (3) na segunda, totalizando 33 artigos.

Ao final a amostra ficou constituída de um (1) artigo da Biblioteca Cochrane, seis (6) da LILACS e 33 da PUBMED, totalizando 40 artigos.

## 5.2 Apresentação dos dados

Após a análise dos dados, realizada através da leitura detalhada dos artigos, os primeiros achados foram descritos e apresentados em tabelas com operações estatísticas simples de distribuição de frequência e porcentagem.

Assim, os artigos foram reunidos e numerados a partir das publicações mais recentes, de 2009 a 2000, pelo sobrenome do primeiro autor, em ordem alfabética inversa, com digitação da referência completa (Apêndice D). Esta ordenação dos artigos permitiu destacar as pesquisas mais recentes entre as demais.

Nesse período definido para o estudo foram identificados 75 artigos no PUBMED, 24 no LILACS e quatro (4) protocolos na Biblioteca Cochrane, totalizando 103, sendo eleitos 40 que atenderam aos critérios de inclusão, indicados no Gráfico 1.

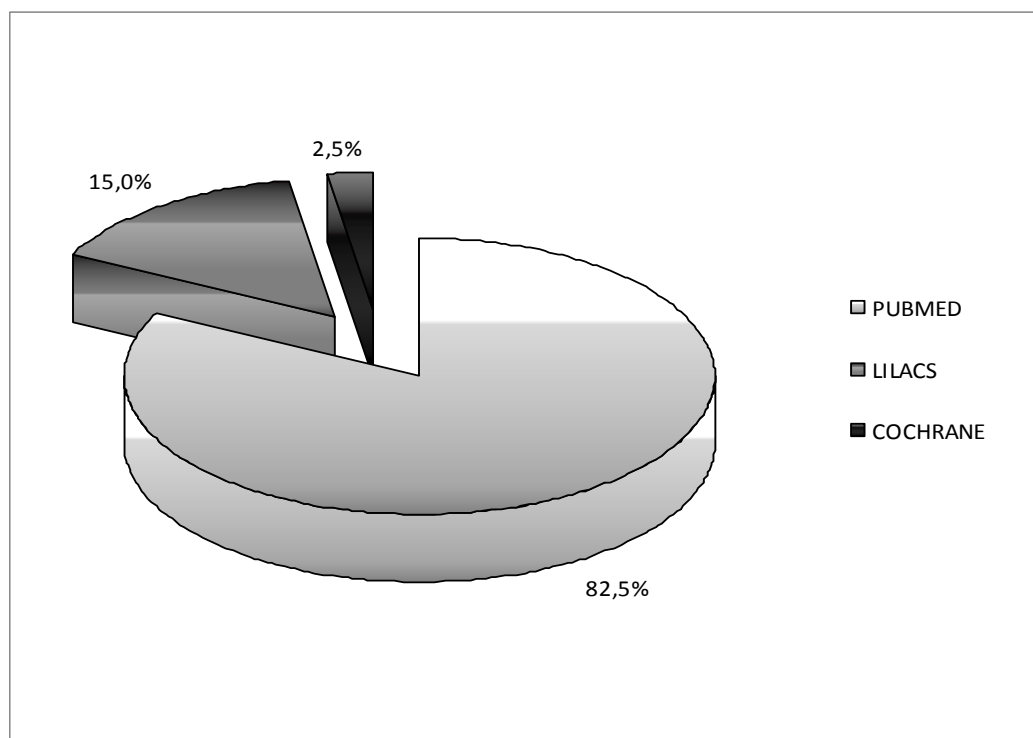


Figura 1 - Distribuição dos artigos analisados conforme as bases de dados no período 2000 a 2009.

Dos 40 artigos que atenderam aos critérios de inclusão 34 (85%) foram publicados em inglês e os demais seis (15%) em português.

Considerando a proporção de artigos publicados por ano, observa-se crescente aumento numérico no período de 2000 a 2006 e decréscimo gradativo nos anos seqüentes, sendo que o ano 2009 corresponde apenas ao mês de janeiro, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos analisados por ano de publicação: 2000 a 2009.

Ano de publicação	Artigos analisados	
	N	%
2009	1	2,5
2008	6	15,0
2007	8	20,0
2006	10	25,0
2005	9	22,5
2003	5	12,5
2000	1	2,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

A diversidade de periódicos brasileiros e estrangeiros eleitos para a publicação das pesquisas analisadas, ilustrada na Tabela 2, destaca o *Vaccine* com sete (17,5%) destas, enquanto a grande maioria apresentou apenas um artigo e 45% dos artigos foram divulgados em seis periódicos.

Tabela 2 – Distribuição dos artigos analisados segundo os títulos dos periódicos.

Periódicos		
	n	%
Vaccine	7	17,5
Journal of Infection	3	7,5
BMC Public Health	2	5,0
British Journal of General Practice	2	5,0
Journal of the American Geriatrics Society	2	5,0
Revista de Saúde Pública	2	5,0
American Journal of Preventive Medicine	1	2,5
Australian and New Zealand Journal of Public Health	1	2,5
BMC Family Practice	1	2,5
BMC Public Health	1	2,5

continua...

British Journal of Community Nursing	1	2,5
Cochrane Collaboration	1	2,5
European Journal of Public Health	1	2,5
Family Medicine and the Health Care System	1	2,5
Health Services Research	1	2,5
IMAJ	1	2,5
Infection	1	2,5
Journal of Clinical Nursing	1	2,5
Journal of General Intern Medicine	1	2,5
Journal of American Pharmaceutical Association	1	2,5
Public Health Nursing	1	2,5
Public Health Review	1	2,5
Revista Brasileira de Enfermagem	1	2,5
Revista Brasileira de Epidemiologia	1	2,5
Revista Panamericana de Salud	1	2,5
Scandinavian Journal Infection Disease	1	2,5
Swiss Medical Weekly	1	2,5
Texto Contexto Enfermagem	1	2,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

conclusão.

Dentre os países de origem das publicações eleitas sobre o tema destacam-se os EUA, Brasil, Reino Unido, Espanha, China e Suíça, entre outros, conforme a Tabela 3. Nos países destacados, foram divulgados 33 artigos correspondentes a 82, %.

Tabela 3 - Distribuição dos artigos analisados segundo o país da publicação

<b>País</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
EUA	8	20,0
Brasil	6	15,0
Reino Unido	6	15,0
Espanha	5	12,5
China	4	10,0
Suíça	4	10,0
Israel	2	5,0
Coréia do Sul	1	2,5
Austrália	1	2,5
Suécia	1	2,5
Países da Europa: (Itália, Reino Unido, Alemanha)	1	2,5
Outras Instituições	1	2,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

A maioria dos estudos teve origem nas universidades em diversos países, através das Ciências Médicas/Saúde e Educação, explorando as áreas Preventivas,

Saúde Pública, Social, Tropical e da Família, Epidemiologia, Bioestatística, Clínica (Geral e Infecciosa), Sociologia, Geriatria e Gerontologia, Ciências Farmacêuticas e Esportivas, bem como as Políticas Públicas e Gerenciamento de Serviços de Saúde e Docência no Ensino Superior.

Os centros de pesquisa produziram sete artigos oriundos de vários CDCs (*Centers for Disease Control and Prevention*), situados nos EUA (4), em Israel (2) e Austrália (1). No Brasil, um estudo foi realizado no Núcleo de Estudo de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz da Universidade Federal de Minas Gerais nas áreas de Epidemiologia e Antropologia Médica. A maioria deles está vinculada aos serviços de imunização, pesquisa e avaliação em saúde.

No Brasil, a vacinação contra influenza em idosos foi investigada por pesquisadores de universidades públicas nos estados do Piauí (federal) e São Paulo (estaduais em Campinas, São Paulo e Botucatu) nas áreas de Medicina Preventiva e Social (Unicamp), de Epidemiologia e Saúde Pública (USP) e Medicina e Saúde Pública (UNESP), conforme Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos artigos analisados segundo a instituição de origem.

<b>Instituição de origem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Universidades	27	67,5
Centros de Pesquisa	8	20,0
Faculdades	3	7,5
Outras Instituições	2	5,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Destacam-se nove (22,5%) estudos multicêntricos que articulam universidades e centros de pesquisas de países americanos e europeus com diversos arranjos, a saber: quatro nos EUA, dois no Brasil, três na Suíça, um na Espanha e um que agrega onze países da Europa.

A maioria dos estudos utilizou delineamento do tipo epidemiológico: descritivo transversal, analítico de coorte (longitudinal) e estudo de intervenção que representaram 35 (87,5%) do total analisado e os demais cinco (12,5%) são teóricos e qualitativos, conforme a Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos artigos analisados segundo delineamento metodológico.

<b>Delineamento metodológico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Descritivo transversal	31	77,5
Análítico de coorte (longitudinal)	2	5,0
Transversal e longitudinal	1	2,5
Intervenção	1	2,5
Revisão da literatura	2	5,0
Revisão Sistemática	1	2,5
Qualitativo	2	5,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

A apresentação dos dados também buscou explicitar os temas mais desenvolvidos pelos autores, bem com o tamanho da amostra, grupo etário e procedência dos sujeitos investigados, demonstrados nos Quadros 1 e 2, utilizados na identificação dos elementos da análise do conceito.

<b>Temática</b>	<b>Nº dos artigos</b>	<b>Total</b>
Recomendação da VCI para idosos e grupos específicos. Fatores associados à VCI em idosos e intervenções	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40.	<b>37</b>
Taxas de cobertura vacinal contra influenza entre países e populações de idosos, e relacionadas as disparidades étnicas e raciais (prevalência)	2, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40	<b>31</b>
Influenza como causa da morbidade e mortalidade nos idosos e para grupos específicos	2, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 29, 30, 34, 36, 37, 38.	<b>27</b>
Política pública voltada à VCI para prevenção da influenza e suas complicações nos idosos (gratuidade da vacina e meta do documento <i>Healthy People 2010</i> de vacinar 90% dos idosos)	2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38.	<b>26</b>
Efetividade da VCI na prevenção da influenza e suas complicações nos idosos	4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 22, 23, 24, 25, 27, 30, 31, 33, 34, 36, 37, 38, 39.	<b>25</b>
Influenza como doença contagiosa, quadro clínico, mutação dos seus vírus e probabilidade de nova pandemia	6, 7, 8, 9, 11, 15, 18, 21, 27, 29.	<b>10</b>
Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento populacional e indicação da VCI em idosos.	7, 15, 23.	<b>3</b>
Período da SARS ( <i>severe acute respiratory syndrome</i> ) relacionado à VCI em idosos	3, 10, 21.	<b>3</b>
Adesão da VCI em idosos	12, 35, 40	<b>3</b>

Quadro 1. Distribuição dos artigos analisados segundo a temática e número dos artigos.

O número de sujeitos que compuseram as amostras estudadas, bem como os grupos etários, proporcionaram apreciar a representatividade dos estudos em relação aos idosos mais jovens e mais velhos e a sua procedência. Os sujeitos da comunidade que constituíram as amostras vivem em pequenas ou grandes cidades e em domicílios, onde foram localizados para integrarem as pesquisas.

Alguns estudos exigiram cálculos matemáticos simples realizados pela pesquisadora para definir a amostra diferenciada dos idosos em relação às outras faixas etárias apresentadas. Os artigos número um e 27 não registraram o tamanho da amostra e procedência dos sujeitos por serem um protocolo e uma revisão, respectivamente, cujos objetivos e resultados não os exigiram (Quadro 2).

<b>Nº Artigo</b>	<b>N</b>	<b>Grupo etário</b>	<b>Procedência dos sujeitos</b>
1 <sup>1</sup>	-	>60 anos	-
2	1.786	60-69; 70-79; ≥80 anos	Comunidade urbana
3	483	65-70; 71-79; ≥80 anos	Comunidade urbana
4	18	>65 anos	Centros de saúde
5	1.629	>65 anos	Comunidade urbana
6	1.679	>65 anos	Comunidade urbana
7	162	>60 anos	Centro de saúde escola
8 <sup>2</sup>	-	≥ 65 anos	Diversas comunidades urbanas
9	4.960 8.070	≥ 65 anos ≥ 65 anos que trabalham na área da saúde ou com doença crônica	Diversas comunidades urbanas
10	877 (1ªpesquisa) 1.103 (2ªpesquisa)	65-69; 70-79; ≥80 anos (para 1ª e 2ª pesquisas)	Comunidade urbana
11	174 279	≥ 65 anos 60-69; ≥70 anos	Comunidade urbana
12	931	65-74; ≥75 anos	Comunidade urbana e rural
13	54	≥ 65 anos	Domicílios da região urbana e rural
14	21.444 <sup>3</sup>	≥65 anos	Comunidade urbana
15	74	60-64; ≥65 anos	Cadastrados em uma Unidade Saúde da Família (USF)
16	4.496	65-69; 70-74; ≥75 anos	Beneficiários do <i>Medicare</i> *
17	454	65-74; ≥75 anos	Clínicas gerais
18	74	≥ 65 anos	Ambulatório público
19	844	≥75 anos	Clínicas da comunidade
20	3.544	65-69; 70-74; ≥75 anos	Beneficiários do <i>Medicare</i> *
21	877	65-70; 71-79; ≥80 anos	Comunidade urbana
22	1.443	60-69; ≥70 anos	Comunidade urbana
23	1.908	60-69; 70-79; ≥80 anos	Comunidade urbana
24	364	60-64; 65-69; 70-74; 75-79; ≥80 anos	Comunidade urbana
25	15.989	65-69; 70-74; ≥75 anos	Comunidade urbana

continua...

26	6.110	≥ 65 anos	Beneficiários do <i>Medicare</i> *
27	-	≥ 65 anos	-
28	141	≥ 65 anos	Centros de saúde
29	3,561	≥ 65 anos	Comunidade urbana
	5.371	≥ 65 anos que trabalham na área da saúde ou com doença crônica	
30	3.878	65-74; 75-84; ≥85 anos	Comunidade urbana, recebendo cuidados domiciliares
31	5.650	65-74; ≥75 anos	Centros de cuidados primários
32	5.266	≥ 65 anos	Residentes nos estados e territórios
33	6.746	≥ 65 anos	Beneficiários do <i>Medicare</i> *
34	444	65-74; ≥75 anos	Comunidade urbana
35	315	≥ 65 anos	Comunidade urbana
36	30.688	≥ 65 anos	Comunidade urbana
37	1468	65-69; 70-74; 75-79; 80-84; ≥85 anos	Comunidade urbana
38	599	≥ 65 anos	Residentes em apartamentos com assistência à saúde
39	1.398	≥ 65 anos	Centro de cuidados primários e consultórios particulares
40	300	≥ 65 anos	Comunidade urbana

conclusão.

<sup>1</sup>Não citou o "n" e "local dos sujeitos" por se tratar de um protocolo.

<sup>2</sup>Não citou o "n" por ser uma revisão com objetivos e resultados que não exigiram o tamanho da amostra.

<sup>3</sup>Diferenciou somente a cobertura da vacina contra influenza para idosos ≥ 65 anos.

\* Programa governamental que oferece serviços de saúde para idosos dos EUA.

## Quadro 2. Distribuição dos artigos analisados segundo amostra, grupo etário e procedência dos sujeitos.

Os objetivos dos estudos deram ênfase à cobertura vacinal contra influenza em idosos, barreiras e facilitadores da adesão a essa vacina, perfil dos idosos atendidos nos serviços de saúde, intenção dessa população de vacinar no futuro, intervenções e estratégias para realização da VCI, conhecimento, crenças e atitudes dos idosos sobre essa vacina, atuação dos profissionais da saúde frente à VCI em idosos, importância dessa vacina em idosos portadores de outras doenças respiratórias, além da influenza, e estudos da VCI nos idosos e em outras faixas etárias.



### 5.3 Avaliação da qualidade dos dados dos estudos

As 40 publicações foram obtidas em base de dados reconhecidas por pesquisadores do Brasil e do mundo, a PUBMED, LILACS e a Biblioteca Cochrane. Dessas, 37 apresentaram estudos empíricos, com dados primários e três (3) teóricos, com dados secundários de outras pesquisas (revisão sistemática, revisão da literatura e revisão).

Os periódicos que divulgaram as pesquisas analisadas têm afinidade com o tema de interesse deste estudo, a exemplo da vacinação, com ênfase à área da saúde em geral.

Entre os países originários dos estudos, houve predomínio do continente americano (norte e sul), europeu e asiático, sendo as universidades e centros de pesquisas os protagonistas da produção de conhecimentos científicos.

Na parte da introdução do artigo, os autores explicitaram seu objeto de interesse a investigar – VCI em idosos, com foco central aos fatores associados, à sua recomendação, efetividade contra a influenza e suas complicações, taxas de cobertura vacinal entre países e populações, e prevalência dessa vacina em idosos. A relevância dos estudos foi justificada com base na revisão da literatura destacando dados estatísticos da influenza como causa de morbidade e mortalidade nos idosos, políticas públicas adotadas para viabilizar a VCI e metas definidas pelas organizações de saúde, especificidades da influenza como doença, relação da VCI com outras doenças respiratórias em idosos, probabilidade de uma nova pandemia de gripe. Alguns artigos consideraram os aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento populacional e as disparidades étnicas e raciais do público alvo – idosos, para a adesão à VCI.

Ainda, as três revisões introduzidas nos estudos foram diversificadas conforme os objetivos das pesquisas, que foram descritos com clareza e coerência com os resultados apresentados. Apenas um estudo explicitou a questão de interesse em lugar do objetivo, que orientou seu desenvolvimento com pertinência.

O delineamento da metodologia foi compatível com os objetivos, predominando os quantitativos descritivos, condizentes com os resultados apresentados. Estes foram explicitados e a técnica de coleta e análise dos dados garantiu sua consistência metodológica. Assim, a utilização de dados primários nas

pesquisas empíricas, e secundários nas revisões, permitiu que a metodologia de 38 estudos fosse apresentada com propriedade e clareza. Entretanto, as pesquisas qualitativas focalizaram somente as técnicas de coleta e análise dos dados simples, gerando limitações por não explicitarem o referencial teórico metodológico.

Várias pesquisas utilizaram o inquérito de saúde na metodologia, que segundo Campos (1993), faz referência ao estudo descritivo ou analítico, longitudinal ou transversal sobre aspectos relacionados ao estado de saúde, utilização de serviços de saúde e por meio de amostras representativas de uma população definida.

Os estudos empíricos (com dados primários) envolveram idosos de uma ou várias regiões no mesmo país e entre países, indicando o tamanho da amostra e origem dos sujeitos idosos (local onde foram captados), grupo etário e relato de pesquisas foram coerentes entre si. Pesquisas qualitativas e quantitativas apresentaram quantidade de amostras significantes para atender aos objetivos propostos.

Um único estudo de revisão explicita os critérios de inclusão para eleger dez pesquisas sobre os fatores que influenciaram a decisão dos idosos em relação à VCI. O estudo não apresentou o tamanho da amostra de cada pesquisa, por almejar como resultado a identificação de estratégias para melhorar a VCI em idosos, reduzindo a morbidade e mortalidade provocada pela influenza e suas complicações.

Do total das pesquisas, 16 (40%) explicitaram a aprovação do projeto pelos comitês de ética para sua realização, três (7,5%) referentes às revisões não o exigiram e nove (22,5%) estavam implícitos por serem multicêntricos. Os demais 12 (30%) não foram explicitados por fazerem parte de estudos que fazem extração de dados de entidades que realizam pesquisas científicas na área da saúde.

Todas as pesquisas apresentaram atributos do conceito de VCI em idosos, eventos antecedentes, conseqüentes e fatores intervenientes, propiciando a apresentação do resultado da adesão dos idosos à VCI de acordo com a análise do seu conceito.

A maioria dos resultados foi ilustrada, com tabelas, gráficos ou quadros que na seqüência foram descritos para compor a discussão e conclusão.

Estes foram discutidos de forma explícita, destacando-os ou integrando-os no corpo do texto, correspondendo aos objetivos propostos e à metodologia. Alguns confrontaram seus achados com outras pesquisas.

As conclusões sumarizaram as discussões, demonstrando coerência com os objetivos. Somente uma revisão sistemática não apresentou conclusão por se tratar de um protocolo, instrumento de intervenção para subsidiar ações que envolvem pacientes, profissionais administrativos e da saúde, e sociedade em geral, visando ampliar as taxas de VCI em idosos, com 60 anos e mais, institucionalizados e da comunidade. O protocolo avalia a qualidade da sua intervenção, sobre as taxas de VCI e na morbidade e mortalidade, decorrentes da influenza.

Dos 40 artigos, nove (22,5%) tiveram especial relevância por serem multicêntricos, realizando pesquisas em vários locais de um mesmo país ou em países diferentes de um mesmo continente. Essa abrangência permitiu a obtenção de dados referentes aos fatores associados à VCI em idosos e a cobertura vacinal contra influenza em locais com características diferentes. Os achados puderam ser comparados, revelando resultados que servirão como bases empíricas para ações futuras sobre a adesão dos idosos a essa vacina. A diversidade geográfica dos locais estudados, o tamanho das amostras e o período de tempo das pesquisas, forneceram um panorama geral com riqueza de dados que permeiam a relação entre idosos e VCI. É importante destacar que dentre as nove pesquisas multicêntricas, duas foram conduzidas com base na raça e etnia, disponibilizando resultados consistentes sobre as disparidades na adesão dos idosos à VCI, de forma a incorporar esse fator sócio-demográfico nos estudos. Entretanto, uma pesquisa espanhola que estudou a VCI em adultos com DPOC, só apresentou resultados da população idosa em relação à cobertura vacinal, enquanto os outros achados fizeram referência àqueles com 40 anos e mais.

As palavras-chave apresentaram coerência com o título das pesquisas, facilitando os critérios de inclusão na presente revisão integrativa.

Pequena parte das pesquisas, seis (15%) não apresentou vieses. Entre as demais, que realizaram como técnica para coleta de dados entrevistas por telefone ou questionários enviados pelo correio ou não, explicitaram a taxa da não resposta e fatores sócio-demográficos, como a ausência de telefone em algumas residências que compuseram a amostra e a não inclusão de idosos institucionalizados em pesquisas conduzidas à população geral, como vieses.

Entretanto, para Szucs e Müller (2005), apesar dos vieses apresentados, a pesquisa telefônica é um método apropriado para determinar as taxas de cobertura vacinal contra influenza em diversos grupos populacionais. É considerada uma forma fácil de captar grande número de sujeitos rapidamente, em poucas semanas, e pode ser repetido em todas as estações da influenza.

Apesar da maioria das pesquisas apresentarem dados da VCI por meio do auto-relato, dois estudos multicêntricos brasileiros, que não obtiveram confirmação objetiva através do registro na carteira de vacinação e quatro pesquisas espanholas, que fizeram comparações com registros médicos, consideraram esse fator um viés.

No entanto, três estudos brasileiros destacaram a validade e a acurácia do recordatório do idoso em relação à informação auto-referida da VCI, com indicadores sensíveis de 98% e moderadamente específicos em 71% (DONALÍSIO; RUIZ; CORDEIRO, 2006; FRANCISCO et al., 2006a; 2006b). Nos quatro estudos espanhóis, em que foi comparado o auto relato da VCI com registros médicos, a consideraram com maior sensibilidade e alto grau de concordância entre os achados (JIMÉNES-GARCÍA et al., 2005; De ANDRES et al., 2006, 2007; JIMÉNES-GARCÍA et al., 2005).

Nos EUA, três dos oito estudos consideraram o auto-relato sobre a VCI um viés, porque um deles não validou o auto-relato com base na raça/etnia, e os outros constataram modesta especificidade, apesar da alta sensibilidade, ao considerar que as taxas de VCI podem ser superestimadas e comprometer os resultados (HEBERT et al., 2005, TABBARAH et al., 2005; WISTON; WORTLEY; LEES, 2006).

Alguns estudos validaram a VCI auto relatada como sendo uma medida aceitável e com acurácia para avaliar o comportamento do idoso frente à ela (BURNS; RING; CARROLL, 2005; LINDLEY et al., 2006).

Pode-se considerar então, que as pesquisas selecionadas para o presente estudo, atenderam aos requisitos mínimos de qualidade, em que ao final da avaliação foi demonstrada a confiabilidade dos estudos quantitativos e a fidedignidade dos qualitativos, apesar desses últimos não apresentar a abordagem do referencial metodológico utilizado nas duas pesquisas.

## 5.4 Análise do conceito da vacinação contra influenza em idosos

Para destacar a intenção e a dimensão na análise do conceito, é fundamental que seja estabelecida a identidade do conceito de interesse, reconhecendo seus atributos (características) e relações com eventos antecedentes e conseqüentes do contexto, os termos substitutos e fatores intervenientes (RODGERS, 2000; VENDRAMINI et al., 2003).

O conceito de interesse desta pesquisa, a vacinação contra influenza (VCI) em idosos, encontra-se implícito e desenvolvido nas informações expressas pelos artigos submetidos à análise a partir do título, introdução, objetivos, discussão e palavras-chave orientadoras para explicitar os elementos da análise do conceito.

### 5.4.1 Definição do conceito

O conceito de vacinação contra influenza em idosos remete à pergunta: como os autores definem o conceito de vacinação?

O termo vacinação é utilizado como uma forma de fortalecer o organismo contra determinadas infecções. Apesar dos princípios empíricos das vacinas serem conhecidos desde o século XIX, o Programa Nacional de Vacinação de Portugal (PNV) começou em 1965 (PORTAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2006).

Desde que foi iniciada a inoculação de microorganismos contra a varíola pelo médico britânico Edward Jenner, há mais de 200 anos, as vacinas salvam milhões de vidas. As campanhas de vacinação erradicaram essa doença no mundo e fizeram com que o sarampo e a poliomielite se tornassem raros (VACINA, 2007).

No Brasil, as primeiras vacinações, em 1804, fizeram com que Oswaldo Cruz, em sua obra sanitarista e fundador da saúde pública no país, lutasse contra a varíola no Rio de Janeiro, estabelecendo um modelo de ação e deixando exemplos que ainda inspiram o PNI - Programa Nacional de Imunizações (BRASIL, 2003b).

Iniciado em 1973, o PNI tem destaque internacional, citado como referência mundial pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), braço da Organização Mundial de Saúde (OMS), pela sua excelência comprovada. Em termos de programas de imunizações, o Brasil está além do que foi conseguido por outros

países de dimensões continentais e com grande diversidade sócio-econômica. Desde sua implantação, o PNI tem desenvolvido ações planejadas e sistematizadas, com estratégias diversas no combate das doenças imunopreveníveis. As campanhas de vacinação, para diferentes faixas etárias, com destaque à prevenção da gripe em idosos, desde 1999, proporcionaram a busca da conscientização e a inclusão social dos brasileiros (BRASIL, 2003b).

Vacinação, então, é o ato de inocular microorganismos em seres vivos (animais e humanos) visando produzir imunidade contra determinada doença infecciosa e a vacina consiste num preparado que contém microorganismos vivos ou mortos ou suas frações, possuidores de propriedades antigênicas (PESSOA, 1970; BRASIL, 2002b).

Alguns autores da amostra analisada fazem referência à imunização como termo substituto à vacinação, e à gripe como influenza.

A imunidade, então, é conceituada como o estado de resistência, geralmente associado à presença de anticorpos, que possuem ação específica sobre o microorganismo responsável por uma doença infecciosa ou suas toxinas (BRASIL, 2001b; 2001c).

#### **5.4.2 Atributos essenciais**

Os atributos do conceito devem estar situados num contexto, de modo a apresentar seus usos, significados e aplicações que atestam o avanço do conhecimento.

Sua identificação nos artigos foi norteadada pela questão: quais as características (atributos) ou idéias sobre o conceito de vacinação contra influenza (VCI) em idosos?

Para melhor compreensão da análise do conceito de interesse, atributos da vacinação contra influenza foram discriminados antes dos idosos, apresentados nos Quadros 3 e 4.

<b>Atributos da vacinação contra influenza</b>	<b>Nº dos artigos</b>	<b>Total</b>
Tipos de vírus influenza que compõem a vacina e mutações	6, 7, 8, 11, 13, 15, 17, 19, 23, 24, 27, 28, 30, 34, 37, 38, 39	17
Periodicidade anual	2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 30, 32, 33, 35, 39, 40	23

Quadro 3. Distribuição dos atributos da vacinação contra influenza segundo o número dos artigos analisados no período de 2000 a 2009.

### Tipos de vírus influenza que compõem a vacina e mutações

Os tipos de vírus que compõem a vacina e suas mutações são citados em 17 (42,5%) artigos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a utilização de quatro imunobiológicos (vacinas) para os idosos, para prevenir contra influenza, difteria, tétano e pneumococos (TONIOLO NETO et al., 2006).

A vacina contra influenza utilizada no Brasil e nos EUA é constituída por vírus inativados, composta de duas cepas do vírus influenza A, combinados com uma cepa de vírus B. Há três tipos de vacina contra influenza: de vírus “inteiros”, de subunidades virais e de vírus “fracionados” (split). Quando é feito o isolamento dos vírus A, estes são subclassificados por duas proteínas de superfície, a hemaglutinina (H) e a neuraminidase (N). Sua nomenclatura é determinada por um código oficial da OMS, sendo as cepas do vírus influenza designadas por uma fórmula que descreve sua identidade: tipo, localização geográfica do isolamento inicial, número de identificação no laboratório, ano em que foi isolada e subtipo. Ex: A/Sidney/5/97 (H3N2) (TONIOLO NETO et al., 2006).

De acordo com o Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação para o Idoso no Brasil, a vacina contra influenza disponibilizada em 2009, tem a seguinte composição: A/Brisbane/59/2007(H1N1); A/Brisbane/10/2007 (H3N2); B/Florida/4/2006 (CVE, 2009).

Os idosos recebem uma dose anual da vacina que corresponde a 0,5 ml, administrada por via subcutânea ou intramuscular (BRASIL, 2008a).

O vírus influenza tipo A pode assumir forma “antigenic drift”, com novas variações menores do vírus que ocorrem continuamente, e podem ser reconhecidas

pelo sistema imunológico do organismo. Assim, uma pessoa infectada com uma variedade específica desse vírus pode desenvolver anticorpos contra ela. Quando uma variedade de vírus mais recente aparece, os anticorpos contra a variedade anterior não a reconhecem, podendo ocorrer reinfecção. Esta é uma das principais razões pelas quais as pessoas podem tomar a vacina contra influenza mais de uma vez. O outro tipo de mutação do vírus A é chamado de “antigenic shift”, cuja contaminação ocorre de forma inesperada, resultando em nova hemaglutinina e/ou nova hemaglutinina e neuraminidase, que são as proteínas da sua superfície e que infectam os humanos. O ‘shift’ resulta em um novo subtipo de influenza A, e quando aparece, a maioria das pessoas tem pouca ou nenhuma proteção contra esse novo vírus. Assim, enquanto o vírus da influenza está sofrendo mutações pelo antígeno ‘drift’ o tempo todo, o antígeno ‘shift’ aparece ocasionalmente. Atualmente há dois subtipos da influenza A em humanos (H1N1 e H3N2). A influenza tipo B transforma apenas pelo processo mais gradual do antígeno ‘drift’ e não apresenta subtipos (CDC, 2007b).

A vacina contra influenza é constituída de vírus circulantes da estação do inverno anterior. Quando há combinação das variedades dos vírus circulantes na época com aqueles que compuseram a vacina, a resposta imunitária pode variar de 30% a 70% na prevenção das complicações da influenza, expressas pelas hospitalizações e mortes na população idosa. Entretanto, quando essa combinação não ocorre, a efetividade da VCI pode ficar comprometida e interferir na adesão dos idosos a ela (DANNETUN et al., 2003; EVANS, R., M.; WATSON, 2003; BURNS; RING; CARROLL et al., 2005; FRANCISCO et al., 2006b; EVANS et al., 2007).

A não combinação dos elementos da composição da vacina e variedade dos vírus circulantes na época parece ter impacto negativo na opinião de idosos da Suíça, com interferência na adesão à VCI (CANOVA et al., 2003).

No entanto, para outros autores em diversos países, essa combinação do vírus influenza permite configurar a eficácia da VCI (LANDI et al., 2005; WHILE; GEORGE; MURGATROYD, 2005; DONALISIO; RUIZ; CORDEIRO, 2006; MANGTANI et al., 2006; ARAÚJO et al., 2007; KEE et al., 2007; WARD; DRAPER, 2007; GERONUTTI; MOLINA; LIMA, 2008; BLANK; SCHWENKGLLENKS; SZUCS, 2008).



## Periodicidade anual

A periodicidade anual da aplicação da VCI foi apresentada em 23 (57,5%) artigos.

A VCI é preparada nove a dez meses antes do início da estação influenza com componentes diferentes, todos os anos, por causa da mutação da estrutura do vírus. Sua aplicação é realizada anualmente, antes do inverno começar, nos diversos países (TONIOLO NETO et al., 2006; NIAID, 2006; CDC, 2007a).

Estudo da Suíça relatou que a necessidade de repetir a VCI todos os anos e sua relação por tempo limitado diminui a adesão dos idosos a ela (CANOVA et al., 2003).

No Brasil, a VCI é oferecida anualmente aos idosos desde, 1999 (FRANCISCO et al., 2006b).

O reconhecimento da importância de que a VCI deve ser tomada, anualmente, para reduzir as complicações da influenza aumenta a adesão dos idosos a essa vacina (LAU et al., 2007).

Os atributos dos idosos, evidenciados pela idade (grupo etário), sexo, raça e etnia, grupo de risco, suscetibilidade e vulnerabilidade à influenza, e imunossenescência, foram analisados nos artigos, conforme Quadro 4.

<b>Atributos dos idosos</b>	<b>Nº dos artigos</b>	<b>Todos</b>
Idade	Todos	40
Sexo	Todos	40
Etnia e raça	2, 3, 4, 5, 16, 17, 20, 24, 26, 28, 33, 34, 36	13
Suscetibilidade, vulnerabilidade e grupo de risco pra complicações da influenza	1, 2, 3, 7, 9, 11,13, 17, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 40	24
Imunossenescência	7, 8, 11, 15	4

Quadro 4 - Distribuição dos atributos dos idosos segundo o número dos artigos analisados no período de 2000 a 2009.

## Idade

A idade, foi apresentada em todos os artigos, entretanto, foi considerada um atributo fortemente associado à adesão dos idosos à VCI, 65 anos e mais, em 23 (57,5%).

A idade dos idosos encontra-se distribuída em grupos etários diferenciados nos artigos, com limite inicial a partir de 60, 65 e 75 anos e mais sem destacar o limite etário final. Outros definem o limite inicial, 60, 65 e mais com limites finais, a cada 5, 10, 15 ou 20 anos. Outras faixas etárias indicadas não foram objeto deste estudo.

Idosos com 80/85 anos e mais são considerados mais velhos ou idosos com idade avançada (BRASIL, 2006a).

Para dar maior visibilidade, os achados foram apresentados segundo o local de origem, ano da pesquisa, idade ou grupo etário relacionado e autores, a seguir:

- Califórnia (1998): apresentar idade mais avançada, com mais de 70 anos aumentou a VCI em idosos (XAKELLIS, 2005).
- Distrito do Reino Unido (1998/99): a VCI foi maior entre aqueles com 75 a 84 anos, com pequeno declínio aos com 85 anos e mais e taxas bem menores no grupo etário de 65 a 74 anos (EVANS; WATSON, 2003).
- Israel (1998/99 e 1999/00): idosos com 65 a 74 anos tiveram taxas de VCI maiores em relação àqueles com faixa etária superior ou inferior, com pequeno declínio aos com 75 anos e mais (KAUFMAN; MANHEIN; GREEN, 2000).
- EUA (1999): idosos com 65 anos e mais tiveram quase o dobro da VCI em relação aos com faixa etária inferior (KAMAL; MADAHAVAN; AMONKAR, 2003).
- Austrália (2001): a VCI foi maior em indivíduos com 65 anos e mais, diminuída para faixa etária inferior (HORBY; WILLIAMS; BURGESS, 2005).
- Reino Unido, Birmingham (2001/02): a VCI foi menor em idosos com 65 a 74 em relação aos com 75 anos e mais (BURNS; RING; CARROLL, 2005).

- Brasil, dois estudos multicêntricos (2001/02): as taxas de VCI auto-referida foi maior entre idosos com 70 a 79 anos e àqueles com 60 a 69 anos, com pequeno declínio a partir dos 80 anos em um dos estudos (FRANCISCO et al., 2006a; 2006b).
- Brasil, Belo Horizonte (2003) e Botucatu (2002): a VCI aumentou entre os idosos mais velhos, com 70 anos e mais, em relação aos com 60 a 69 anos (LIMA COSTA, 2008; DONALISIO; RUIZ; CORDEIRO, 2006).
- Europa, pesquisa multicêntrica em 11 países (2001 a 2003): idosos entre 75 e 84 anos tiveram maior probabilidade de serem vacinados do que os com faixa etária superior ou inferior (LANDI et al., 2005).
- EUA, Pensilvânia (2001, 2002 e 2003): idosos com 65 anos e mais apresentaram quase o dobro da probabilidade de serem vacinados em relação aos com 50 a 64 anos (TABBARAH et al., 2005).
- Espanha (1993, 1995, 1997, 2001, 2003): maior probabilidade dos idosos com 75 anos e mais serem vacinados contra influenza em relação aos com 65 a 74 anos (De ANDRES et al., 2006).
- Espanha (2003): proporção maior da VCI em idosos com doenças respiratórias crônicas com destaque aos indivíduos com 65 anos e mais. Indivíduos idosos com DPOC tiveram taxas de VCI aumentada com o avançar da idade, idosos foram mais vacinados do que os jovens (JIMÉNES-GARCÍA et al., 2005; De ANDRES et al., 2007).
- Espanha, pesquisa multicêntrica em 17 regiões autônomas (2003): idosos com DPOC entre 65 a 74 anos e 75 anos e mais obtiveram taxas de VCI maiores em relação aos com menos de 65 anos. (JIMÉNES-GARCÍA et al., 2005).

Pesquisas multicêntricas originadas da Suíça e realizadas no Reino Unido, Alemanha, Itália, França e Espanha (pesquisas I, II e III).

- Pesquisa I, em cinco países europeus (2002/03 e 2003/04): cobertura vacinal contra influenza agrupada apresentou altas taxas de VCI em idosos com 65 anos e mais, com diferença significativa da população vacinada com faixa etária inferior (SZUCS; MÜLLER, 2005).

- Pesquisa II, na Alemanha, Itália, Espanha e Reino Unido (2002/03, 2003/04, 2004/05) e na França (2002/03 e 2004/05): indivíduos com 65 anos e mais apresentaram taxas maiores de vacinação contra influenza em relação aos com idade inferior (SZUCS; MÜLLER, 2007).
- Pesquisa III, na Suíça (2001 a 2007): maior cobertura vacinal contra influenza foi nos indivíduos com 65 anos e mais, com destaque para a Espanha e Alemanha que apresentaram taxas menores. Pertencer ao grupo alvo de idosos desses países aumentou a probabilidade de serem vacinados desde a estação 2003/04 (BLANK; SCHWENKGLINKS; SZUCS, 2008).
- Hong Kong (2004): houve aumento gradativo da VCI em idosos mais velhos, 70 a 79 anos, e declínio a partir dos 80 anos ( LAU et al., 2008).
- Coreia do Sul (2004/05): apresentar 65 anos e mais foi um fator associado à adesão à VCI, aumentando para aqueles com 70 anos e mais (KEE et al., 2007).
- Reino Unido (1996 a 2005): estudo de revisão demonstrou que idosos com 85 anos e mais, dos EUA, têm menor probabilidade de serem vacinados. (WARD; DRAPER, 2007).
- Espanha (2005): idosos indígenas e imigrantes com 65 anos e mais tiveram maior cobertura vacinal em relação aos da faixa etária menor (JIMÉNES-GARCÍA et al., 2008).

## Sexo

Quanto ao sexo, a maioria dos estudos não fez referência ou não considerou as diferenças na adesão dos idosos do sexo masculino e feminino à VCI como estatisticamente significantes. Somente oito, que corresponderam a 20%, apresentaram associação entre o sexo e essa vacina.

Estudo realizado na Califórnia demonstrou que idosos do sexo masculino tiveram aumento das taxas de VCI, semelhante ao obtido em dois estudos do Reino Unido, em idosos com 65 anos e mais revelando que o sexo pode interferir na adesão dos idosos a essa vacina (EVANS; WATSON, 2003; XAKELLIS, 2005; MANGTANI et al., 2006).

Pesquisa multicêntrica em 11 países europeus, no período de 2001 a 2003, constatou que idosos do sexo feminino apresentaram o dobro das taxas de VCI na população estudada (LANDI et al., 2005).

Estudo norte-americano conduzido com base na raça e etnia dos idosos com 65 anos e mais, e história prévia de VCI, indicou predomínio do sexo feminino em todas as raças que receberam essa vacina (SCHWARTZ et al., 2006).

Em Hong Kong, estudo iniciando pesquisa transversal e na seqüência longitudinal, durante quatro a seis meses revelou que a adesão à VCI foi maior entre as mulheres idosas ( LAU et al., 2008).

Revisão realizada no Reino Unido, com publicações de 1996 a 2005, identificou estudos dos EUA que demonstraram idosos do sexo masculino têm maior probabilidade de serem vacinados, embora Kamal et al. (2003), não tenha relatado que o gênero seja estatisticamente significativo. O'Reilly et al. (2002), revelou que homens entre 70 e 90 anos tiveram maior probabilidade de serem vacinados em relação às mulheres (WARD; DRAPER, 2007).

Na Coreia do Sul, as taxas de VCI foram maiores entre as mulheres idosas (KEE et al., 2007).

### **Raça e etnia**

Dos artigos analisados, 13 (32,5%) destacaram a raça e etnia dos idosos.

De acordo com o CDC (2006) e ALA (2005), idosos afro-americanos e hispano-americanos têm menor probabilidade de serem vacinados contra influenza e pneumonia do que seus compatriotas brancos. As taxas de vacinação em afro-americanos são 1,5 a 2 vezes menores em relação aos brancos.

Estudos norte-americanos indicaram que a VCI em idosos foi menor entre afro-americanos e hispânicos em relação aos brancos; e que aqueles que tinham história prévia de VCI também eram brancos (HEBERT et al., 2005; KAMAL; MADAHAVAN; AMONKAR, 2003; XAKELLIS, 2005; TABBARAH et al., 2005; WISTON; WORTLEY; LEES, 2006; LINDLEY et al., 2006; SCHWARTZ et al., 2006).

No Brasil, estudos conduzidos em Botucatu e Belo Horizonte demonstraram que as taxas de VCI são semelhantes entre brancos, negros e pardos (DONALISIO; RUIZ; CORDEIRO, 2006; LIMA COSTA, 2008).

E ainda não há diferenças das taxas VCI entre idosos espanhóis de Madrid e imigrantes e indígenas na Espanha (JIMÉNES-GARCÍA et al., 2008).

### **Suscetibilidade, vulnerabilidade e grupo de risco para complicações da influenza**

A suscetibilidade e vulnerabilidade dos idosos, considerados pertencentes ao grupo de risco para complicações da influenza, destacaram em 24 (60%) artigos a fragilidade da saúde dos indivíduos com 60 anos e mais, e a necessidade deles receberem a VCI como ação preventiva.

A suscetibilidade dos idosos à influenza, apresentada em 12 (30%) artigos, é o estado de qualquer pessoa ou animal não possuir resistência a um determinado agente patogênico e poder contrair a doença quando em contato com ele. A vulnerabilidade é definida como caráter ou qualidade vulnerável, de poder ser atacado ou ferido citada em sete artigos, que correspondem a 17,5% (BRASIL, 2001c; FERREIRA, 2004).

Dez artigos, correspondentes a 25%, fizeram referência aos idosos pertencentes ao grupo de risco para desenvolver o tema complicações da influenza, exemplificado pela pneumonia secundária bacteriana, exacerbação das doenças crônicas e DPOC.

### **Imunossenescência**

A imunossenescência foi citada como característica dos idosos em quatro (10%) artigos (ARAÚJO et al., 2007; JIMÉNES-GARCÍA et al., 2007; WARD; DRAPER, 2007; GERONUTTI; MOLINA; LIMA, 2008).

A imunossenescência aborda a mudança no sistema imunológico com o envelhecimento, “onde o sistema de defesa do organismo do idoso não funciona como deveria, ficando susceptível a diversas doenças, dentre elas a gripe e a pneumonia” (GERONUTTI; MOLINA; LIMA, 2008, p. 337).

Os idosos apresentam resposta imunológica diminuída à vacina contra influenza, comparada aos adultos saudáveis e jovens, que sugerem haver menor probabilidade de estender a sua capacidade de proteção até a próxima vacinação. As infecções entre os idosos vacinados podem não estar associadas à duração

reduzida da imunidade, mas à menor capacidade de responder à vacina com o aumento da idade (CDC, 2007a).

#### 5.4.3 Eventos antecedentes

Os antecedentes do conceito são situações, eventos ou fenômenos que precedem o conceito de interesse, colaborando na compreensão do contexto em que é usado. Estes elementos foram identificados através da pergunta: que eventos contribuem para a iminência do conceito vacinação contra influenza em idosos?

Eventos que antecederam a vacinação contra influenza em idosos nos artigos analisados, constam no Quadro 5, e serão desenvolvidos a seguir:

<b>Antecedentes do conceito</b>	<b>Nº dos artigos</b>	<b>Total</b>
Dados da morbidade e/ou mortalidade causada pela influenza e suas complicações	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13,14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 36, 37, 38, 39	34
Fatores sócio-econômicos, demográficos e estilos de vida	2, 3, 5, 6, 7, 8, 9,10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 36	31
Presença de co-morbidades	2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40	30
Percepção da própria saúde e da severidade da influenza, estado vacinal e intenção de receber a VCI	2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39	31
Conhecimentos, crenças, valores e atitudes, experiência prévia dos idosos com VCI e/ou influenza	2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 40	30
Dificuldades de acesso e na utilização dos serviços de saúde	2, 3, 4, 6, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40	36

Quadro 5 - Distribuição dos eventos antecedentes da vacinação contra influenza em idosos segundo o número dos artigos analisados no período de 2000 a 2009.

## **Dados da morbidade e/ou mortalidade causada pela influenza, quadro clínico e suas complicações**

As taxas da mortalidade e/ou indicadores da morbidade causados pela influenza, o quadro clínico e suas complicações, representam o evento antecedente do conceito abordado pela maioria dos artigos analisados, totalizando 34 (85%).

A influenza é uma doença infecciosa, caracterizada, clinicamente por febre alta, calafrios, cefaléia, mal estar, mialgia e tosse seca. O mal estar geral provocado por ela pode persistir por vários dias ou semanas e até ser acompanhado de miosite, com dores musculares e dificuldade na deambulação. Envolve mixovírus com três tipos antigênicos, A, B e C, sendo o mais importante epidemiologicamente o tipo A, capaz de provocar pandemias, seguido pelo tipo B, responsável por surtos localizados; e o C, que está associado a casos isolados ou pequenos surtos (BRASIL, 2001b).

Dentre as complicações da influenza, referidas por alguns artigos constam a pneumonia e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças essas que podem ser prevenidas com a vacinação contra essa doença.

As pneumonias são conceituadas como infecção do parênquima pulmonar, de origem bacteriana, virótica ou fúngica, são responsáveis por grande número de internações hospitalares e período de permanência prolongado, que requerem uso de antibióticos potentes, para combater as bactérias, responsáveis pela maioria dos casos (COSTA; TEIXEIRA, 2006).

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é definida, fisiologicamente, como obstrução crônica ao fluxo aéreo devido à associação do enfisema e obstrução das vias aéreas periféricas na bronquite crônica, enfisema e asma. Geralmente a existência de uma lesão prévia extensa provoca dispnéia ao esforço, pelo fato da doença progredir lentamente (SENGER, 2006).

O período da SARS – Síndrome Aguda Respiratória Grave é uma doença de etiologia desconhecida e seu período de incubação varia entre dois a sete dias, podendo chegar a 10. A infecção se inicia com quadro febril inespecífico, e após três a sete dias surgem sintomas de dispnéia, tosse seca, que exigem intubação orotraqueal para apoiar a função respiratória com aparelhos. O tratamento inclui antibióticos, antivirais e outros antimicrobianos, entretanto, sua eficácia ainda é



desconhecida. Foram registrados casos na Ásia, América do Norte e Europa (BRASIL, 2006b).

A influenza e suas complicações têm provocado aumento da taxa de morbidade e mortalidade em idosos no mundo.

A mortalidade representa a proporção de mortes de uma causa específica em determinada população ou grupos populacionais, enquanto a morbidade expressa o comportamento de uma doença ou de um agravo à saúde em uma população exposta a ela, calculada através dos coeficientes de incidência e prevalência (BRASIL, 2001c; BRASIL, 2002b).

Apesar de a influenza ser uma doença imunoprevenível, suas complicações geram 250 a 500 mil mortes no mundo a cada ano. Nos EUA, ocorre em média 226 mil hospitalizações de idosos por doenças respiratórias, 400 mil por problemas circulatórios e aproximadamente 36 mil mortes associadas à influenza, anualmente. No Reino Unido, o número de mortes nessa parcela populacional chega a 30 mil por ano (TABBARAH et al., 2005; BURNS; RING; CARROLL, 2005; HEBERT et al., 2005; LASSER et al., 2008).

No estado de São Paulo, os dados do SIH/SUS entre 1998 e 2003, indicaram mais de 27 mil hospitalizações decorrentes da influenza e suas complicações (FRANCISCO et al. 2006b).

Idosos com DPOC na Espanha tiveram altas taxas de morbidade e mortalidade associadas às complicações da influenza, em 2003 (JIMÉNES-GARCÍA et al., 2005)

O aumento da incidência da influenza pode provocar surtos, epidemias e pandemias.

A influenza, doença infecciosa e altamente contagiosa, quando associada às mutações virais, pode provocar epidemias (LAU et al., 2006; KEE et al., 2007).

O surto epidêmico consiste na ocorrência de dois ou mais casos relacionados. A epidemia é a manifestação em uma coletividade ou região, de um conjunto de casos de alguma enfermidade que excede a incidência prevista. O número de casos que indica a existência de uma epidemia varia com o agente infeccioso, o tamanho e as características da população exposta, experiência prévia ou falta de exposição à enfermidade e o local e a época do ano em que ocorre (BRASIL, 2001c; BRASIL, 2002b).

Pandemias de influenza são surtos extremos dessa doença infecciosa, que se constituem em eventos globais explosivos que deixam a população mundial vulnerável. Nas epidemias passadas, os vírus da influenza foram disseminados durante meses, e atualmente eles podem se espalhar mais rapidamente, devido aos modernos e rápidos meios de transporte, e concentração de pessoas (HHS, 2008).

Na atualidade, há preocupação com a possibilidade de surgir um novo subtipo pandêmico do vírus influenza. Desde dezembro de 2003, em várias partes do mundo, vêm sendo registrados casos humanos de infecção pela influenza aviária A/H5N1, que tem alta patogenicidade devido à expansão geográfica de epizootias desse tipo de influenza. A co-circulação da cepa aviária com cepas do vírus influenza humana propicia a troca de material genético e o aparecimento de novos vírus, cuja proteção imunológica no homem pode estar reduzida ou abolida. As evidências sugerem que o vírus da influenza aviária, circulante em algumas áreas, pode adquirir capacidade de transmissão inter-humana. Entretanto, não se sabe quando ele adquirirá propriedades necessárias para se disseminar na população humana, pois a instabilidade genética do vírus influenza não permite prever quais mutações específicas podem ocorrer (BRASIL, 2007).

Historicamente, há evidências de que pandemias podem acontecer três a quatro vezes por século. Do ponto de vista epidemiológico, epidemias e pandemias estão associadas a fatores da sociedade e a contextos ecológicos e espaciais concretos. Como exemplo, a gripe Espanhola que ocorreu no final da primeira guerra mundial, época em que havia precariedade tecnológica disponível para a prevenção e controle das doenças infecciosas, provocou de 20 a 40 milhões de óbitos no mundo. Já a gripe Asiática e a de Hong Kong foram marcadas por impacto maior na morbidade que na mortalidade (BRASIL, 2005).

O conhecimento epidemiológico atual e a análise das pandemias do passado indicam a perspectiva de ocorrer uma nova pandemia de influenza no século XXI, favorecida pelo crescimento, envelhecimento e urbanização da população mundial, a velocidade dos meios de transporte e a intensidade das trocas comerciais decorrentes da globalização (BRASIL, 2006c).

While; George; Murgatroyd (2005), descreveram as pandemias que ocorreram no passado, gripe espanhola, asiática e de Hong Kong, vislumbrando a possibilidade do surgimento de nova pandemia de influenza no futuro próximo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) promove discussões sobre a ameaça de outra pandemia, disponibilizando manuais e treinamentos para orientar na formulação de planos dos países membro, reforçando sua capacidade de responder, precocemente, às epidemias de influenza como maneira de preparar o seu enfrentamento. A rede de comunicações para a vigilância da influenza humana e animal, bem como o programa de vacinação contra influenza são pontos-chave para a política mundial, na atualidade (WHO, 2005b).

Apesar da transmissão da influenza ocorrer por via respiratória, entre os seres humanos, e favorecer o aparecimento de epidemias e de nova pandemia, já foi documentada sua veiculação entre aves e suínos (BRASIL, 2007).

O primeiro caso de gripe aviária ocorreu em 1977, em Hong Kong na China (MOK et al., 2006).

Estudo multicêntrico realizado na Suíça entre 2001 e 2007 descreveu o alerta feito pela mídia sobre a gripe aviária e informações da probabilidade de ocorrer pandemia de influenza, que gerou aumento nas taxas de VCI em idosos. Entretanto, em 2006/07 a diminuição da divulgação na mídia sobre a gripe aviária gerou a redução da percepção crítica sobre a importância da VCI (BLANK; SCHWENKGLINKS; SZUCS, 2008).

Ocorreu em 2003 epidemia da SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) em Hong Kong, e durante o seu pico, foi disseminado o medo de contrair essa doença, a qual foi associada à influenza pelos idosos, gerando aumento nas taxas de VCI nesses. A experiência prévia de tê-la adquirido contribuiu para aumentar a adesão a essa vacina, porém no período pós SARS, houve diminuição da VCI, em idosos atribuída à diminuição da sua difusão (LAU et al., 2006, 2007, 2008).

### **Fatores sócio-econômicos, demográficos e estilos de vida**

Dentre os fatores sócio-econômicos e demográficos dos idosos foram destacados pelos autores a escolaridade, renda, ocupação, situação empregatícia e situação conjugal, o número de pessoas no domicílio e se moram com a família, além do local e tamanho da cidade e/ou área rural em que residem. Além desses, o tabagismo, consumo de álcool, prática de exercícios e atividades comunitárias,

foram abordados como estilos de vida. Os artigos com esses enfoques representaram 31 (77,5%) do total analisado.

Estudos norte-americanos demonstraram que idosos casados, com maior renda familiar e nível educacional, morando em cidades menores tiveram probabilidade de receber a VCI, cujos dados se assemelharam aos do Reino Unido, em Birmingham, em que idosos que vivem sozinhos e possuem uma profissão apresentaram forte associação à VCI (KAMAL; MADAHAVAN; AMONKAR, 2003; BURNS; RING; CARROLL, 2005).

Dois estudos multicêntricos foram realizados no Brasil. Um deles, em localidades diversas do estado de São Paulo, revelou que idosos com baixa escolaridade e renda, de um a três salários mínimos, tiveram maior probabilidade de receber a VCI. O outro estudo aponta maior taxa de adesão à VCI em idosos que recebem apenas um salário mínimo. Estes dados sugerem que idosos com melhor nível educacional e condição econômica, residentes em grandes cidades, provavelmente tenham acesso aos serviços de saúde, onde os profissionais não se empenham na recomendação da VCI. Entretanto, o estudo sugere que idosos que residem em localidades menores, têm facilidade de acessar o serviço público de saúde e maior possibilidade de comparecer às campanhas de vacinação direcionadas a eles (FRANCISCO et al., 2006a, 2006b).

Estudo multicêntrico em 11 países europeus, de 2001 a 2003, revelou que idosos com problemas financeiros morando sozinhos e não vacinados têm maior probabilidade de serem vacinados em relação aos já vacinados e moram sós (LANDI et al., 2005).

No Brasil, estudo da região metropolitana de Belo Horizonte revelou associações positivas das taxas da VCI em idosos solteiros e viúvos (LIMA COSTA, 2008).

Estudo espanhol apontou que idosos que tomaram a VCI moravam em cidades com até 10 mil habitantes, sugerindo que a população de cidades menores tem maior probabilidade de receber essa vacina (De ANDRÉS et al., 2006).

Pesquisa multicêntrica de origem suíça, realizada no Reino Unido, Alemanha, Itália, França e Espanha destacou que quanto maior a cidade, mais alta a taxa de VCI, entretanto, cidades grandes demais apresentaram taxas diminuídas. E ainda, idosos com renda menor apresentam taxas de vacinação maiores em relação àqueles com renda maior. Os que vivem em pequenas famílias, com um ou dois

membros, têm menor probabilidade de receber a VCI do que famílias com três ou quatro membros (SZUCS; MÜLLER, 2005).

Pesquisa da Pensilvânia demonstrou que a probabilidade de vacinar idosos contra influenza, em três anos consecutivos, 2001, 2002 e 2003, em relação a ter sido vacinado uma ou duas vezes ou não nesse período, foi maior entre idosos viúvos e casados, desempregados, nível educacional menor e renda anual maior. Os divorciados/separados e os que nunca casaram, não foram vacinados nessas estações (TABBARAH et al., 2005).

Estudo conduzido em Hong Kong por Lau et al. (2008), utilizando delineamentos transversal e longitudinal, caracterizou idosos que já haviam recebido a VCI com melhor nível educacional, moravam com membros da família e tinham um companheiro (a), diferenciando-os daqueles que não foram vacinados contra influenza na pesquisa transversal, apresentaram menor nível escolar e não moravam com familiares.

Estudo norte-americano conduzido com base na raça e etnia dos idosos e relacionado à vacinação prévia contra influenza demonstrou que brancos com maior nível educacional do que afro-americanos e os de outras têm história prévia de VCI (SCHWARTZ et al., 2006).

Estudo chinês revelou que ter maior nível de escolaridade apresentou maior probabilidade de ter ouvido falar na VCI e de recebê-la (LAU et al., 2006).

No estudo de revisão realizado no Reino Unido, com publicações de 1996 a 2005, O' Reilly et al. (2002), e Andrew et al. (2004), descobriram que morar em áreas carentes aumentou as taxas de VCI, embora os achados não fossem estatisticamente significantes. Nowalk et al. (2004), demonstraram que morar em áreas suburbanas oferece maior probabilidade de ser vacinado do que viver em áreas centrais, apesar de não explicar os motivos. Kamal et al. (2003), Andrew et al. (2004), Nowalk et al. (2004), destacaram que ser casado ou morar com um parceiro (a) foi fortemente associado à VCI. Maior nível educacional e de renda são fortes condutores da VCI, justificado pelo maior entendimento das mensagens de promoção da saúde, conscientização sobre a saúde e adoção de comportamentos para sua proteção (WARD; DRAPER, 2007).

Lorant et al. (2002), em estudo de revisão da literatura de 2005 no Reino Unido, acredita que a adesão à VCI é maior entre indivíduos com nível sócio-

econômico melhor, divergindo de outros autores (WHILE; GEORGE; MURGATROYD, 2005).

Ao considerar o estilo de vida, estudos brasileiros demonstraram que houve associação entre exercícios diários e a VCI em idosos, entretanto não apresentaram associação significativa do tabagismo e essa vacina (FRANCISCO et al., 2006a, 2006b; LIMA COSTA, 2008).

Na Espanha e em Birmingham foi demonstrado que idosos que nunca fumaram tiveram maior probabilidade de serem vacinados contra influenza, comparado aos fumantes atuais e ex-fumantes (BURNS; RING; CARROLL, 2005; De ANDRES et al., 2006).

Estudo de revisão do Reino Unido, Andrew et al. (2004), destacou condições de idosos que fazem exercícios regulares, consomem álcool e fumam, apresentaram maior probabilidade de serem vacinados contra influenza, embora a ingestão de álcool não ter sido estatisticamente significativa. Os fumantes tiveram maior percepção de fazer parte do grupo de risco para contrair doenças (WARD; DRAPER, 2007).

### **Presença de co-morbidades**

A presença de co-morbidades em idosos foi um fator fortemente associado ao aumento da cobertura vacinal contra influenza, citada em 30 (75%) artigos.

A maioria dos idosos que adoece devido à influenza, já apresentava co-morbidades do tipo: cardiopatias, nefropatias, diabetes mellitus, cirrose hepática, hemoglobulinopatias, neoplasias e outras (BRASIL, 2008a).

Estudos realizados na Suécia, Espanha, Coréia do Sul e de revisão do Reino Unido revelaram que idosos com doenças crônicas, cardíaca, pulmonar metabólica (diabetes), apresentaram maior probabilidade de serem vacinados e aumentar as taxas de VCI (DANNETUN et al., 2003; De ANDRES et al., 2006; WARD; DRAPER, 2007; KEE et al., 2007; JIMÉNEZ-GARCÍA et al., 2008).

No Reino Unido e EUA, idosos com uma ou mais doenças crônicas - hipertensão, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, ou estado de saúde comprometido, tiveram maior probabilidade de serem vacinados contra influenza (EVANS, WATSON, 2003; KAMAL; MADAHAVAN; AMONKAR, 2003).

Idosos com 65 anos e mais, portadores de DPOC tiveram maiores taxas de VCI em relação ao grupo etário inferior (JIMÉNES-GARCÍA et al., 2005).

No Brasil dois estudos multicêntricos e outros avaliaram idosos com comorbidades e VCI. Os vacinados referiram presença de uma ou mais doenças, com destaque à hipertensão arterial e diabetes. Outras doenças ou condições crônicas podem ter sido subestimadas, decorrentes de distúrbios na memória ou ausência de diagnóstico. Aqueles que referiram co-morbidades apresentaram taxas de VCI semelhantes aos que não as referiram (DONALÍSIO; RUIZ; CORDEIRO, 2006; FRANCISCO et al., 2006a; 2006b; ARAÚJO et al., 2007; LIMA COSTA, 2008).

Dois estudos multicêntricos realizados em países europeus revelaram que idosos com co-morbidades têm maior probabilidade de receber a VCI, aumentando significativamente as taxas de cobertura dessa vacina (LANDI et al., 2005; SZUCS; MÜLLER, 2005).

A cobertura vacinal contra influenza em idosos com doença crônica variou nos países, a exemplo do estudo multicêntrico da Suíça, que apresentou alguns casos com menores índices (BLANK; SCHWENKLENKS; SZUCS, 2008).

### **Percepção da própria saúde e da severidade da influenza, estado vacinal e intenção de receber a vacinação contra influenza**

Fatores antecedentes que abordaram a percepção da própria saúde, severidade da influenza, estado vacinal e intenção de receber a VCI, corresponderam a 31 (77,5%) dos artigos analisados.

A percepção da própria saúde foi associada à VCI em 27 artigos, sendo que 20 (74,1%) destes afirmaram haver menor probabilidade dos idosos receberem essa vacina quando têm boa percepção da própria saúde e se consideraram saudáveis. O contrário também foi evidenciado.

Estudo do Reino Unido revelou que apesar da idade, alguns idosos consideraram ter constituição física saudável, e que o auto cuidado e boa nutrição os protege do risco de contrair influenza (EVANS et al., 2007; WARD; DRAPER, 2007).

A relação do estado vacinal e intenção dos idosos de serem vacinados contra influenza foi analisada na Espanha, onde os idosos com DPOC vacinados contra

pneumonia tiveram maior probabilidade de serem vacinados contra influenza (JIMÉNES-GARCÍA et al., 2005).

Pesquisa da Pensilvânia revelou que idosos que se vacinaram contra influenza nas três últimas estações, tiveram a probabilidade aumentada para continuar sendo vacinados, por acreditar na importância da vacinação na prevenção de doenças (TABBARAH et al., 2005; MANTAGNI et al., 2006).

Em Hong Kong, a intenção dos idosos de tomar a VCI nos próximos 12 meses foi associada à gratuidade ou baixo custo da vacina, medo de contrair a SARS e história prévia de VCI (LAU et al., 2006, 2008).

A experiência prévia pessoal ou de outros em relação à influenza se configura em fator relevante à adesão dos idosos à VCI. Contrair a influenza e ter complicações está associado de forma positiva à adesão dos idosos à VCI, com aumento das suas taxas (WHILE; GEORGE; MURGATROYD, 2005; LAU et al., 2006; EVANS et al., 2007; WARD; DRAPER, 2007).

Por outro lado, experiência prévia ruim pessoal ou de outros em relação à vacina contra influenza diminuiu a adesão dos idosos à VCI, demonstrado em vários países (CANOVA et al., 2003; BURNS, V. E.; RING, C; CARROLL, 2005; TABBARAH et al., 2005).

Em relação à severidade da influenza, idosos que têm pouca preocupação com a morbidade e mortalidade dela decorrentes, apresentaram baixas taxas de VCI. Entretanto, aqueles que consideram a possibilidade de complicações da doença em idosos com co-morbidades apresentaram taxas de VCI aumentadas (CANOVA et al., 2003; SZUCS; MULLER, 2005; SCHWARTZ et al., 2006; EVANS et al., 2007; LAU et al., 2008).

### **Conhecimentos, crenças, valores e atitudes, experiência prévia dos idosos com VCI e/ou influenza**

Em 30 (75%) dos artigos analisados, foram abordados os conhecimentos, crenças, valores e atitudes e experiência prévia dos idosos com a vacinação contra a influenza e/ou com essa doença.

Alguns idosos apresentaram visão pessimista do futuro referindo que não queriam ter vida longa, e consideraram que os profissionais da saúde tinham atitudes discriminatórias por querer vacinar todos os idosos. Esses comportamentos



impediram que estes fossem vacinados contra a influenza. Entretanto, os valores e crenças sobre viver com saúde ao longo dos anos, preservando-a e prevenindo doenças, apresentaram forte impacto na decisão de idosos em receber a VCI (EVANS et al., 2007; WARD; DRAPER, 2007).

Idosos de vários estudos se achavam velhos demais para tomar a VCI, consideraram essa vacina inútil, sem segurança e que as vacinas são específicas para crianças, aspectos esses que contribuíram para a diminuição das taxas de VCI (CANOVA et al., 2003; DANNETUN et al., 2003; EVANS; WATSON, 2003; WARD; DRAPER, 2007; GERONUTTI; MOLINA; LIMA, 2008).

Estudo com base na raça e etnia, dos EUA, demonstrou que as atitudes de resistência e crenças sobre a VCI, são mais prevalentes entre idosos afro-americanos do que em brancos ou hispânicos. Por outro lado, a opinião de que a VCI provoca influenza é mais freqüente entre os idosos afro e hispano-americanos (HEBERT et al., 2005; WISTON; WORTLEY; LEES, 2006).

Percepção negativa sobre a VCI, a exemplo: preconceitos, insegurança, crença de que essa vacina provoca a doença influenza, diminui a probabilidade dos idosos a receberem. Essas crenças são maiores entre os não vacinados (TABBARAH et al., 2005; DONALISIO; RUIZ; CORDEIRO, 2006; LAU et al., 2006; SCHWARTZ et al., 2006).

Idosos que não possuem conhecimento adequado sobre a VCI ou que acreditam que ela não previne a influenza apresentaram menor probabilidade de receber essa vacina (DANNETUN et al., 2003; DONALISIO; RUIZ; CORDEIRO, 2006; FRANCISCO et al., 2006b; SCHWARTZ et al., 2006).

A exemplo, estudo chinês revelou que um terço da população de Hong Kong, nunca ouviu falar da VCI, outros apresentaram falhas de informações sobre ela ou do local onde seria realizada a campanha, diminuindo a probabilidade de ser vacinado (LAU et al., 2006).

### **Dificuldades de acesso e na utilização dos serviços de saúde**

As dificuldades de acesso e na utilização dos serviços de saúde, principalmente para a realização das consultas médicas ou atendimentos por outro profissional da saúde, que não recomendam a VCI aos idosos, constituíram-se em

fatores fortemente associados à baixa adesão destes, explorados em 36 (90%) artigos.

Freqüentar serviços de saúde regularmente, consultar o médico várias vezes ou nos últimos 12 meses, ou ser examinado pelo profissional de saúde tem aumentado a prevalência da VCI, devido à oportunidade de contato entre idosos e profissionais (TABBARAH et al., 2005; JIMÉNES-GARCÍA et al., 2005; XAKELLIS, 2005; WARD; DRAPER, 2007; LASSER et al., 2008; LIMA COSTA, 2008).

Na Espanha, idosos com DPOC que consultaram o médico nos últimos 12 meses, registraram maiores taxas de VCI, por terem tido mais oportunidades de receber recomendação para se vacinarem (JIMÉNES-GARCÍA et al., 2005).

Estudo brasileiro revelou que idosos hipertensos e diabéticos freqüentaram mais os serviços de saúde, recebendo mais orientações dos profissionais da atenção básica, principalmente do enfermeiro. A conscientização da importância da VCI propiciou maior adesão a ela. Entretanto, estudo do Reino Unido apontou que os idosos que não confiavam nos serviços de saúde recusaram a VCI (EVANS et al., 2007; ARAÚJO et al., 2007).

Nos EUA americanos, africanos e hispânicos, que tiveram menos consultas médicas apresentaram taxas menores de VCI em relação aos brancos (WISTON; WORTLEY; LEES, 2006).

Quando o médico ou enfermeiro das Unidades Saúde da Família, não recomendam a VCI aos idosos ou não facilitam o seu acesso aos serviços de saúde, a cobertura vacinal contra influenza fica comprometida pela não indicação, gerando redução das taxas de VCI (KAUFMAN, Z; MANHEIN; GREEN, 2000; CANOVA et al., 2003; EVANS; WATSON, 2003; KAUFMAN; GREEN, 2003; BURNS; RING; CARROLL, 2005; SZUCS; MULLER, 2005; DONALISIO, M. R.; RUIZ, T.; CORDEIRO, 2006; FRANCISCO, 2006b).

Estudos da Suécia e do Brasil se assemelham por revelarem que alguns médicos não aconselharam os idosos a tomarem a VCI (DANNETUN et al., 2003; FRANCISCO et al., 2006b).

Dificuldades dos idosos terem acesso aos serviços de saúde, também comprometem as taxas de VCI, a exemplo a falta de transporte, deficiências de locomoção dos idosos mais velhos diminuem as taxas de VCI em idosos (EVANS; WATSON, 2003; HEBERT et al., 2005; De ANDRES et al., 2006; FRANCISCO et al., 2006b; SCHWARTZ et al., 2006).

Por outro lado, idosos que conhecem os locais de fornecimento da VCI e a existência de clínicas de vacinação na comunidade, apresentam maior probabilidade de tomar essa vacina (TABBARAH et al., 2005; LAU et al., 2006; LAU et al., 2007; LAU et al., 2008).

#### 5.4.4 Eventos conseqüentes

Os eventos conseqüentes ou situações resultantes da vacinação contra influenza em idosos foram buscados a partir da seguinte questão: o que aconteceu depois da VCI em idosos?

Foram identificados como eventos conseqüentes da VCI as taxas de cobertura vacinal contra influenza, redução dos índices de mortalidade e/ou morbidade em idosos e/ou populações vulneráveis, efetividade, eficácia e eventos adversos e ampliação das metas definidas para essa vacinação em idosos, por diversos órgãos e países, ilustrados no Quadro 6.

<b>Conseqüentes do conceito</b>	<b>Nº dos artigos</b>	<b>Total</b>
Taxas de cobertura vacinal contra influenza (prevalência)	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40	39
Redução da mortalidade e/ou morbidade dos idosos e/ou populações vulneráveis	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 36, 37, 38	22
Eficácia e/ou efetividade da VCI	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40	33
Eventos adversos da VCI	1, 3, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40	27
Ampliação das metas da VCI em idosos por órgãos e países	2, 5, 6, 9, 11, 15, 16, 17, 18, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34, 36	18

Quadro 6 - Distribuição dos eventos conseqüentes da vacinação contra influenza em idosos segundo o número dos artigos analisados, no período de 2000 a 2009

## Taxas de cobertura vacinal contra influenza (prevalência)

As taxas de cobertura vacinal contra influenza, apresentadas em 39 (97,5%) artigos, expressam a proporção de pessoas idosas (grupo alvo) vacinada. Estas medem a capacidade de um serviço alcançar determinada meta de vacinação (BRASIL, 2001c).

Dos 39 artigos que abordaram esse tema, 26 (66,7%) apresentaram os índices percentuais de VCI, explicitados a seguir, segundo o local de origem, ano da pesquisa, prevalência dessa vacina, autores e ano de publicação:

- Israel (1998/99 e 1999/00): 52% e 49,8% (KAUFMAN; MANHEIN; GREEN, 2000).
- Israel (1998/99, 1999/00, 2000/01 e 2001/02): 52,4%, 49,1%, 54,4% e 60,8% (KAUFMAN; GREEN, 2003).
- Reino Unido (1998/99, 1999/00 e 2000/01): 50,5%, 60% e 65% (EVANS et al., 2007).
- Reino Unido, Birmingham (2001/02): 82% (BURNS; RING; CARROL, 2005).
- Reino Unido (2000/01, 2001/02, 2002/03 e 2003/04): 65%, 68%, 69% e 71,5% (WHILE; GEORGE; MURGATROYD, 2005).
- EUA (1998 e 1999): 70% e 71% (XAKELLIS, 2005).
- EUA (1999): 66,7% acima da meta do Healthy people 2000 de vacinar no mínimo 60% idosos (KAMAL; MADAHAVAN; AMONKAR, 2003).
- EUA (2002): 68% (TABBARAH et al., 2005).
- EUA (2003): 69% brancos e 48% afro-americanos (TABBARAH et al., 2005).
- EUA(2003): 76,2% americanos brancos, 65,7% hispânicos e 50,7% africanos (WISTON; WORTLEY; LEES, 2006).
- EUA (2004): 65% (LASSER et al., 2008).
- EUA (2005): 67,5% (SCHWARTZ et al., 2006).
- Austrália (2001): 78% (HORBY; WILLIAMS; BURGUESS, 2005).
- Europa, pesquisa multicêntrica em 11 países (2001/02): média de 59% com variações geográficas significantes (LANDI et al., 2005).
- Brasil, Botucatu (2002): 63,3% (DONALISIO; RUIZ; CORDEIRO, 2006).
- Brasil, estudo multicêntrico (2001 e 2002): média de 66,1% em seis municípios do estado de São Paulo (FRANCISCO et al., 2006b).

- Brasil, estudo multicêntrico (2001 e 2002): média de 68,1% em cinco áreas de São Paulo (FRANCISCO et al., 2006a)
- Brasil, Belo Horizonte (2003): 66,3% (LIMA COSTA, 2008).
- Espanha, idosos com DPOC (2003): 92,7% (JIMÉNES-GARCÍA et al., 2005).
- Espanha, idosos com DPOC na Catalunia (2003): 90,5% (JIMÉNES-GARCÍA et al., 2007).
- Espanha (2003): 77,8% (De ANDRES et al., 2007).
- Espanha (2003): 63,7% (De ANDRES et al., 2006).
- Espanha, Madrid (2004/05): 63,9% população total; 63,9% idosos indígenas; 63,8% idosos imigrantes (JIMÉNES-GARCÍA et al., 2008).
- Suíça, estudo multicêntrico em cinco países, Reino Unido, Alemanha, Itália, Espanha, e França (2002/04 e 2004/05): média de 61,5% e 63,7%.
- Suíça, estudo multicêntrico em cinco países, Reino Unido, Alemanha, Itália, Espanha e França (BLANK; SCHWENKLENK; SZUCS, 2008):  
(2003/04): 69,8%; 41,3%; 55%; 61,7%. A França não apresentou resultados.  
(2004/05): 63,7%; 46,8%; 51,1%; 60,6%; 64,3%.  
(2005/06): 78,1%; 56%; 57,7%; 67%; 62,8%.  
(2006/07): 65,3%; 50,2%; 60,5%, 69,5%, 63,4%.
- China, Hong Kong (2004): 73,3% (LAU et al., 2008).
- Coréia do Sul (2004/05): 79,9% (KEE et al., 2007).

O Reino Unido apresentou dados nos nove (9) períodos anuais deste estudo, entre 1998 e 2006, integrando nos últimos quatro anos com outros países europeus (Alemanha, Itália, Espanha e França), em estudo multicêntrico desenvolvido pela Suíça.

Os EUA participaram de seis (6) períodos anuais de estudo, entre 1998 e 2003; a Espanha cinco estudos, sendo quatro (4) anos (entre 2003 a 2006) coordenados pela Suíça.

Israel(1998 e 1999), Brasil (2001 e 2002) e Suíça (2002/04 e 2004/5), realizaram dois períodos anuais de estudos cada; os demais, a Austrália (2001), China e Coréia (2004), apresentaram apenas um.

Interessante destacar o estudo multicêntrico da Europa (11 países) em 2001, do Brasil (cinco áreas de São Paulo e seis municípios do estado de São Paulo), além da Suíça (cinco países europeus) já referido.

No Reino Unido, no período de estudo houve variação das taxas de VCI, com resultados menores em 1998 (55,5%) e maiores em 2005 (78,1%).

Nos EUA as taxas variaram de 65% em 2004 a 71% em 1999. Quando os estudos consideraram as raças e etnias, houve diferenças entre americanos brancos e africanos (69% e 48%); e brancos, hispânicos e africanos (76,2%, 65,7% e 50,7%) no ano 2003, constatando as diferenças etno-raciais no país.

Destaca-se que não houve progressão das taxas no curso do período de estudo, porém os maiores índices de cobertura foram obtidos pela Coréia do Sul em 2004 (79,9%), seguida pelo Reino Unido em 2005 (78,1%), Austrália em 2001 (78%), EUA em 2003 (76,2% nos brancos) e China em 2004 (73,3%), acima da meta indicada pela OMS de vacinar 75% dos idosos em 2010.

### **Redução da morbidade e/ou mortalidade em idosos e/ou populações vulneráveis**

Esta redução da morbidade e/ou mortalidade foi apresentada em 22 (55%) artigos, com foco aos idosos e/ou populações vulneráveis, revelando a diminuição do número de hospitalizações, complicações da influenza e probabilidade de haver maior adesão destes à VCI.

Em Birmingham, atribui-se à VCI a redução de 40% das hospitalizações e 60% das mortes decorrentes da influenza em idosos (BURNS; RING; CARROL, 2005).

Na Coréia do Sul a maioria dos idosos acreditou que a VCI poderia reduzir hospitalizações e despesas extras com medicamentos (KEE et al., 2007).

E na Espanha, idosos com DPOC vacinados contra influenza, apresentaram redução significativa nas taxas de hospitalização e de mortalidade (JIMÉNES-GARCÍA et al., 2005).

### **Eficácia e/ou efetividade da VCI**

A eficácia e/ou efetividade da VCI foram analisadas em 33 (82,5%) artigos, revelando as controvérsias entre os idosos, responsáveis pelo aumento ou diminuição de sua adesão a essa estratégia preventiva da influenza.

A eficácia e efetividade da vacina contra influenza dependem da idade e da imunocompetência do receptor da vacina, do grau de semelhança entre o vírus que a compõe e o circulante. O sistema imunológico de cada sujeito é distinto e pode responder de modo particular à vacinação. A eficácia é definida como resultado obtido em termos da prevenção de doença entre pessoas vacinadas em testes controlados, e a efetividade consiste no resultado da prevenção de doenças em populações vacinadas (CDC, 2007a).

Os idosos com mais de 80 anos ou aqueles que seguem condutas para doenças crônicas podem ser suscetíveis à influenza, mesmo após terem sido vacinados contra essa doença, por apresentar baixo teor de anticorpos séricos. Entretanto, estudos norte-americanos e europeus, mostram que entre idosos mais frágeis, a eficácia na prevenção da influenza e suas complicações, é de 30 a 40%, proporcionando aos vacinados menos risco de desenvolver pneumonia, ser hospitalizado e vir a óbito, decorrentes dessa doença (BRASIL, 2001d).

A eficácia da VCI em idosos institucionalizados também é diminuída em comparação à obtida naqueles que vivem na comunidade conforme ilustra a Figura 2. Em adultos saudáveis e na maioria das crianças a sua eficácia é de 80 a 100%. O indicador de resultado demonstra os percentuais das ações que sofreram reflexo da VCI realizada em idosos institucionalizados e na comunidade (BRASIL, 2007).

<b>Em instituições</b>	<b>Na comunidade</b>	<b>Indicador de resultado</b>
30 a 40% contra influenza	58% contra influenza	34 a 44% de visitas médicas
50 a 60% na prevenção de hospitalização e pneumonia	30 a 70% na prevenção de hospitalização e pneumonia	32 a 45% de absenteísmo no trabalho
80% na prevenção de óbito		25% no uso de antibióticos

Fonte: BRASIL/MS/SVS/DVE/CGPNI/2007

Figura 2. Percentual de eficácia da vacinação contra influenza para a população idosa (60 anos ou mais) em instituições, na comunidade e indicador de resultado.

Vários artigos analisados demonstraram que idosos desconhecem a eficácia e efetividade da VCI, e apresentam sua inquietação com a possibilidade dela não corresponder às expectativas, e vier a comprometer a adesão a ela. Entretanto, em Hong Kong, idosos acreditavam que a VCI pudesse agir por mais de seis meses, fato esse que contribuiu para a sua adesão (BURNS; RING; CARROL, 2005; HEBERT et al., 2005; LAU et al., 2006).

Acreditar na eficácia e efetividade da VCI aumenta a probabilidade dos idosos receberem essa vacina, mas apesar da sua efetividade comprovada, as taxas de cobertura vacinal contra influenza ainda são baixas (BLANK; SCHWENKLENK; SZUCS, 2008; LAU et al., 2008).

Idosos de Hong Kong consideraram a VCI eficaz, provavelmente, por causa das recomendações do governo chinês, em virtude do surto da SARS em 2003, que aumentou a adesão a ela (LAU et al., 2007).

### **Eventos adversos**

Os eventos adversos foram desenvolvidos em 27 (67,5%) artigos, considerados fortemente associados às taxas de VCI em idosos. Desses, 21 (78%) apontaram que idosos com 60 anos e mais não aderiram à VCI por medo dos efeitos não desejáveis que possam dela advir.

A vacina contra influenza não causa doença, entretanto algumas manifestações clínicas podem surgir após a administração das vacinas, como febre, reações locais (dor, endurecimento e vermelhidão) e raramente coriza, vômitos e dores musculares. Estes sinais e sintomas podem ser causados pelos produtos administrados ou estar apenas associados temporariamente à sua aplicação. A incidência das reações indesejáveis provocadas pelas vacinas varia de acordo com as características do produto utilizado e peculiaridades de quem a recebe (NIH, 2003; BRASIL, 2001c).

### **Ampliação das metas definidas para VCI em idosos por diversos órgãos e países**

A ampliação das metas a alcançar com a VCI em idosos foi referida por 18 (45%) artigos.



Os EUA, através do documento *Healthy People* estabeleceu a meta de vacinar 70% dos idosos contra influenza, e reduzir as diferenças étnicas e raciais nessa parcela populacional, em relação à VCI até o ano 2000. Essa meta, ampliada para 90% a ser alcançada em 2010, está acompanhada da proposta de diminuir as disparidades entre brancos, negros e hispânicos (KAMAL; MADAHAVAN; AMONKAR, 2003; HEBERT et al., 2005; WISTON; WORTLEY; LEES, 2006; SCHWARTZ et al., 2006).

No Reino Unido, órgão governamental recomendou pela primeira vez a VCI em idosos em 2000, com meta de 60% a ser cumprida no primeiro ano e 70% nos subsequentes. Desde então, iniciaram as campanhas de vacinação contra influenza no país. Essa meta foi ampliada para 85% em 2010 (BURNS; RING; CARROL, 2005; WHILE; GEORGE; MURGATROYD, 2005).

No Brasil, com o início da campanha de vacinação contra influenza em idosos, em 1999, o Ministério da Saúde determinou vacinar 70% dos indivíduos com 65 anos e mais, ampliada para 60 anos e mais, em 2000. Em 2008 foi aumentada para 80% da VCI na população idosa do país (BRASIL, 2007; CVE, 2009).

De acordo com a proposta da OMS, a meta é vacinar contra influenza 75% dos idosos em 2010, entretanto, as taxas de VCI alcançadas não foram suficientes para atingir esse objetivo (KEE et al., 2007; SZUCS; MÜLLER, 2007; BLANK; SCHWENKLENK; SZUCS, 2008; JIMÉNES-GARCÍA et al., 2008).

#### **5.4.5 Fatores intervenientes**

Nos artigos analisados os eventos conseqüentes do conceito – VCI, deram origem a ações e estratégias utilizadas para ampliar a adesão dos idosos à vacinação contra influenza, que representam os fatores relacionados ilustrados no Quadro 7.

Fatores intervenientes	Nº dos artigos	Total
Recomendações governamentais (campanhas anuais, monitorar a VCI e a influenza)	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40	38
Recomendação da VCI por um profissional de saúde e/ou incentivo de familiares e amigos	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40	38
Estratégias de divulgação da VCI como incentivo à adesão dos idosos	1, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 23, 25, 26, 27, 28, 33, 34, 37, 40	20
Uso de protocolo para realizar a vacinação contra influenza	1	1

Quadro 7. Distribuição dos fatores relacionados à vacinação contra influenza em idosos segundo o número dos artigos analisados no período de 2000 a 2009.

As campanhas de vacinação contra influenza em idosos foram citadas em 38 (95%) artigos, como sendo uma estratégia fundamental para o aumento das taxas de cobertura vacinal nesse grupo populacional.

No Brasil, a vacinação contra influenza é realizada anualmente, na Campanha de Vacinação do Idoso, promovida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), do Departamento de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b).

A vacinação ocorre na forma de campanha prolongada, por período de duas a quatro semanas, e conta com rede de parcerias municipais e estaduais de saúde, Coordenação de Assistência à Saúde do Idoso/MS, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), laboratórios produtores de vacinas e sociedade civil. O período de realização das campanhas varia entre países, pois deve ocorrer na época de maior circulação do vírus nas diversas populações (BRASIL, 2007).

Esta Campanha teve início em 1999, direcionada aos idosos com 65 anos ou mais, obtendo cobertura vacinal de 87%. Entretanto, em 2000 foi ampliada a faixa etária para 60 anos ou mais, condizente com o indicador cronológico adotado nas políticas públicas voltadas aos idosos, visando ampliar a cobertura vacinal. A imunização contra influenza em idosos no Brasil seguiu a diretriz - alcançar 70% da população-alvo entre 1999 e 2007, ampliada para 80%, a partir de 2008, refletindo a

preocupação com ações preventivas e alertar sobre os resultados alcançados (BRASIL, 2008a).

Tabela 6 – Percentual da cobertura vacinal contra influenza em idosos com 60 anos ou mais. Brasil: 2000 a 2008.

ANO	%
2000	72,53
2001	82,10
2002	74,06
2003	82,13
2004	85,00
2005	83,93
2006	85,72
2007	86,70
2008	87,00

Fonte: CGPNI/DVEP/SUS-MS

Nos EUA, o CDC (*Center for Disease Control and Prevention*), agência federal de referência nacional norte americana, que avalia e propõe recomendações para orientar ações de prevenção e controle das doenças e promoção da saúde da população, tem como integrante a ACIP (*Advisory Committee on Immunization Practices*). Este órgão, a ACIP, faz recomendações anuais específicas para prevenção e controle da influenza, com ênfase aos idosos e adultos com 50 anos e mais, bem como às crianças, a partir de seis meses, que apresentam altas taxas de infecção e conseqüente maior disseminação do vírus, podendo contaminar grupos mais vulneráveis (CDC, 2007a; HHS, 2008).

O monitoramento da atividade do vírus influenza é realizado pelo sistema de vigilância epidemiológica da influenza em dimensão mundial.

Iniciado em 1947, o trabalho mobiliza uma rede de 125 laboratórios em 82 países, sob a coordenação de quatro centros de referência vinculados à OMS: Instituto de Pesquisas Médicas do Reino Unido, em Londres (Inglaterra); CDC (Centros de Controle e Prevenção de Doenças), em Atlanta (EUA); CLS *Limited*, em Victoria (Austrália); e Instituto Nacional de Doenças Infecciosas, em Tóquio (Japão) (TONIOLO NETO, et al., 2006).

A Agência de Epidemiologia e Prevenção da Influenza do CDC, coleta, registra e analisa informações sobre a atividade anual da influenza nos EUA,

emitindo resultados semanais de outubro até meados de maio. O sistema de Vigilância da Influenza do CDC está dividido em cinco categorias: vigilância do vírus, por meio de 80 laboratórios americanos colaboradores da OMS, incluindo os do Brasil e 70 laboratórios localizados em todo território dos EUA; vigilância das doenças dos pacientes ambulatoriais, através da vigilância sentinela que envolve 50 estados americanos e aproximadamente 12 milhões de pacientes atendidos por ano; vigilância da mortalidade; vigilância das hospitalizações e dados da disseminação geográfica da influenza (CDC, 2007a).

O Sistema de Vigilância Epidemiológica da Influenza (SVE/FLU) do Brasil, desde o ano 2000, abrange uma rede de 71 unidades-sentinela, em sua maioria localizada nas capitais dos estados e no Distrito Federal. A estratégia sentinela usada baseia-se na rede de unidades de saúde (atenção básica e pronto atendimento) e de laboratórios de diagnóstico. A unidade sentinela coleta e envia espécimes clínicos (obtidos de uma amostra intencional do paciente que procura o atendimento médico) ao laboratório de referência, para processamento e análise, com o objetivo de monitorar as cepas virais circulantes. Os laboratórios credenciados são: Instituto Evandro Chagas, em Belém do Pará/ PA; Instituto Adolfo Lutz, em São Paulo/SP; e o Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro/RJ - FIOCRUZ/MS, (BRASIL, 2008a).

Os centros de coleta de dados enviam o material coletado da unidade sentinela para os três laboratórios citados para identificação viral. No caso das amostras positivas, o vírus é classificado por tipo, influenza A ou B, e encaminhadas para o CDC para nova análise, a fim de confirmar as informações e complementar a caracterização dos vírus (TONIOLO NETO, et al., 2006).

A rede internacional de laboratórios para realizar a vigilância e fornecer informações para OMS e recomendar medidas eficazes para o controle da influenza, deu origem à Rede Mundial de Vigilância da Gripe (RMVG) que atua em todas as regiões do mundo, sob a coordenação e administração da mesma (CDC, 2007a).

A vigilância epidemiológica sentinela permite detectar as variantes dos vírus da influenza, compondo bases para as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a composição da vacina, estratégia que tem sido eficaz no controle de surtos sazonais, e particularmente na prevenção de internações e óbitos, em regiões onde é recomendada (DONALÍSIO; FRANCISCO; LATORRE, 2006).

No Brasil, o Projeto VigiGripe, ligado à Universidade Federal de São Paulo, apresenta dados através dos quais é possível verificar o pico de atividade da influenza entre maio e setembro, determinando o melhor período para a vacinação entre os meses de março e abril (FORLEO NETO et al., 2003).

As epidemias típicas de influenza nos EUA ocorrem durante os meses do outono e inverno, mas o pico da atividade da influenza ocorre mais tarde, em abril e maio. Em 2007, a *National Influenza Vaccination Week* ocorreu no final de novembro e começo de dezembro, entretanto a equipe de saúde deveria oferecer a vacina contra influenza logo que estivesse disponibilizada, de preferência em outubro (CDC, 2007a).

Para aumentar as taxas de VCI em idosos, alguns países como Brasil, Reino Unido, Espanha, Coreia do Sul e França, oferecem a vacina gratuitamente a essa parcela da população, como estratégia nas campanhas (BURNS; RING; CARROL, 2005; JIMÉNES-GARCÍA et al., 2005; KEE et al., 2007; BLANK; SCHWENKLENK; SZUCS, 2008; BRASIL, 2008a).

Em Hong Kong, a VCI é oferecida gratuitamente ou com baixo custo, o que significa incentivo à intenção de vacinar e conseqüente aumento das taxas de cobertura vacinal contra influenza em idosos. Entretanto, a percepção das dificuldades financeiras na distribuição dessa vacina, provavelmente decorrente do período de recessão pós SARS, constituiu em obstáculo ao governo na adesão dos idosos a ela. Os autores sugerem que esse benefício deva ser subsidiado ou distribuído gratuitamente a toda população (LAU et al., 2006, 2007, 2008).

Além das campanhas anuais de vacinação, a recomendação da VCI em idosos por profissionais da saúde e/ou incentivo dos familiares consiste num importante fator relacionado às estratégias para determinar o aumento das taxas de VCI, analisados em 38 (95%) artigos.

O aumento da recomendação do médico ou profissional da saúde tem elevado as taxas de VCI em idosos, principalmente entre os que nunca tomaram essa vacina ou que se preocupam em tomá-la. A competência em sanar dúvidas sobre a VCI gera credibilidade e aumento da adesão a ela pelos idosos em 29 (76,3%) dos artigos que abordaram esse fator relacionado. (KAUFMAN; GREEN, 2003; TABBARAH et al., 2005; XAKELLIS, 2005; MANTAGNI et al., 2006; SCHWARTZ et al., 2006; WISTON; WORTLEY; LEES, 2006).

Alguns autores consideram que as recomendações e/ou orientações oferecidas pelo enfermeiro, a exemplo, ações educativas nos serviços gerais de saúde e/ou na atenção primária, tem papel relevante para a adesão dos idosos e aumento das taxas de VCI, e no sucesso dessa vacina na prevenção de doenças (TABBARAH et al., 2005; ARAÚJO et al., 2007; EVANS et al., 2007; WARD; DRAPER, 2007).

Outros destacam a relevância do papel do médico em serviços públicos ou privados de saúde, na recomendação da VCI para idosos, gerando aumento das taxas dessa vacina (KAUFMAN; MANHEIN; GREEN, 2000; CANOVA et al., 2003; TABBARAH et al., 2005; JIMÉNES-GARCÍA et al., 2005, 2008).

Na Suíça e Hong Kong, idosos que nunca se vacinaram, não tiveram recomendação para VCI pelo profissional da saúde, entretanto os que tomaram essa vacina foram objeto de recomendações e incentivo de familiares (SZUCS; MÜLLER, 2007; LAU et al., 2007).

Pesquisa qualitativa norte-americana vai além da recomendação da VCI aos idosos pelos profissionais da saúde. Ela focaliza a comunicação centrada no paciente, que favorece a relação desse profissional e idoso, através da confiança estabelecida com orientações freqüentes sobre prevenção de doenças e promoção da saúde, discutidos entre eles, motivando a adesão dos idosos à VCI (LASSER et al., 2008).

Estratégias para aumentar as taxas de VCI em idosos contam com a divulgação dessa ação preventiva na mídia, utilização de correspondências pelos correios, telefonemas e lembretes emitidos pelo médico ou profissional da saúde, aumentando significativamente a adesão dos idosos a ela. Do total, 20 (50%) dos artigos focalizaram esse fator.

Idosos vacinados ou não contra a influenza referem gostar de serem lembrados para receber essa vacina, periodicamente (EVANS et al., 2007).

Considerando as diferenças etno-raciais nos resultados das taxas de VCI em idosos nos EUA, destaca-se a importância das mensagens enviadas focalizando grupos específicos, como os americanos africanos e hispânicos, para que haja diminuição das diversidades nessa parcela populacional, em relação à VCI (HEBERT et al., 2005).

Para contribuir com o aumento das taxas de VCI em idosos com 60 anos e mais, Thomas; Demicheli; Jefferson (2009) desenvolveram protocolo de

intervenções centradas no paciente, em procedimentos administrativos, e na conscientização dos profissionais da saúde sobre a importância da VCI e da sua divulgação, com participação ativa em campanhas educacionais para grupos de risco, como os idosos e demais segmentos da sociedade.

Para os autores, a intervenção centrada no paciente aumenta a percepção da suscetibilidade dos idosos em contrair a influenza, de reconhecer a efetividade da VCI, diminuindo o medo dos seus eventos adversos. As intervenções administrativas abordam a utilização dos diversos meios de comunicação para divulgar a VCI em idosos, além de facilitar o seu acesso aos serviços de saúde, que deveriam oferecer a vacina gratuitamente ou com baixo custo. A conscientização dos profissionais de saúde, semelhante à intervenção centrada no paciente, fundamenta-se no fato de que os idosos são suscetíveis à influenza e que a VCI é efetiva e segura. Essa conscientização estimula a equipe de saúde a recomendar essa vacina, contribuindo para haver aumento da adesão dos idosos a ela. Quanto às intervenções na sociedade, as decisões administrativas devem considerar as diferenças entre regiões e países. Os autores sugerem que seja valorizada a atuação profissional na área da saúde, com aumento da remuneração do trabalho, que é um dos desafios para aumentar os resultados das ações preventivas e taxas de VCI na população idosa, articulada às ações de promoção de saúde e prevenção de agravos à saúde.

### **Exemplo da análise do conceito**

Para ajudar o pesquisador a observar os elementos da análise do conceito – vacinação contra influenza em idosos foi utilizado Informe Técnico do Ministério da Saúde sobre a campanha nacional de vacinação do idoso em 2008 no Brasil citado a seguir, na forma de breve resenha.

**Texto:** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Campanha nacional de vacinação do idoso.** 2008. 15 p. (Informe Técnico).

O Ministério da Saúde realizará a 10ª campanha de vacinação do idoso, sendo o dia 26 de abril de 2008, escolhido para a mobilização nacional. Na ocasião será disponibilizada a vacina contra influenza a essa parcela populacional, que

corresponde a cerca de 14,5 milhões de pessoas com 60 anos e mais. Essa vacinação do idoso ocorre anualmente, com duração de duas a quatro semanas.

O envelhecimento das populações humanas é, atualmente, uma das grandes preocupações da saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em duas décadas, o Brasil será o sexto país do mundo em população de idosos.

Entre 2001 e 2005, as doenças do aparelho respiratório representaram a terceira causa de óbito em idosos no Brasil, antecedidas por doenças do aparelho circulatório e neoplasias.

As infecções respiratórias constituem um quadro de etiologias comumente relacionadas aos idosos, sendo o vírus da influenza um dos principais agentes nocivos.

A campanha de vacinação do idoso tem como objetivo reduzir, na população de 60 anos e mais, a morbidade e mortalidade e as internações hospitalares causadas pela influenza.

A meta é vacinar no mínimo 80% dessa população, que corresponde a 14.563.878 idosos.

A vacina contra influenza é “segura”, constituída por vírus inativados (mortos), portanto não causa doença. Como as demais vacinas, alguns eventos adversos podem surgir como febre baixa e reações locais.

Para 2008, a Secretaria de Vigilância em Saúde, por intermédio do Programa Nacional de Imunizações, recomenda a vacinação contra influenza dos profissionais de saúde e da população carcerária quando a avaliação dos seus resultados demonstrar que a cobertura da população idosa foi alcançada. Esta recomendação resulta da necessidade de otimizar o uso dessa vacina e garantir que a população alvo – idosos – seja protegida e, conseqüentemente reduzidas as complicações advindas da influenza.

### **Análise do texto**

O texto corresponde a uma parte das informações técnicas do Ministério da Saúde brasileiro, sobre a campanha de vacinação do idoso em 2008, transcrito em resenha com o intuito de identificar os atributos essenciais, eventos antecedentes, conseqüentes e fatores intervenientes na análise do conceito.



Neste caso, o conceito de interesse é a campanha de vacinação do idoso. Seus atributos essenciais são: versão da campanha; dia, ano e mobilização nacional; periodicidade anual; duração; idade 60 anos e mais; segurança da vacina; composição viral da vacina, saúde pública.

Os eventos antecedentes correspondem ao envelhecimento das populações; aumento do número de idosos no Brasil; doenças do aparelho respiratório; mortalidade; vírus influenza e preocupação de saúde pública.

Os conseqüentes são redução da morbidade e mortalidade; meta mínima de vacinação de 80% dos idosos; eventos adversos; otimização do uso da vacina; proteção; redução das complicações da influenza; cobertura vacinal da população idosa.

O fator interveniente consiste na recomendação da vacinação contra influenza aos profissionais da saúde e população carcerária.

O texto serviu para exercitar a análise do conceito desta pesquisa, indicando suas características e bases contextuais.

#### **5.4.6 Termos substitutos**

A análise do conceito de vacinação contra influenza em idosos, nos artigos analisados, apresentou os termos imunização/*immunization* e gripe/*flu* como substitutos de vacinação/*vaccination* e influenza, respectivamente.

O termo gripe ou *flu* foi amplamente utilizado nos estudos, como forma popular de referenciar a influenza. Já a imunização não teve tanto destaque nos estudos brasileiros, prevalecendo o termo *immunization* em relação ao *vaccination* nos artigos internacionais.

## *6 DISCUSSÕES*

---

## 6. DISCUSSÕES

O problema da adesão dos idosos à vacinação contra influenza (VCI), objeto de interesse desta pesquisa, permeia a análise do conceito, seus atributos essenciais, eventos antecedentes, conseqüentes e fatores associados que interferem no conceito (intervenientes).

Dos atributos da vacinação contra influenza foram destacados: tipos de vírus influenza que compõem a vacina e mutações, e periodicidade anual.

Quanto aos atributos dos idosos, foram relacionados idade, sexo, etnia e raça, suscetibilidade, vulnerabilidade e grupo de risco para complicações da influenza, e imunossenescência.

Dentre os atributos abordados, a idade foi fortemente associada à adesão dos idosos à VCI, apontados em 57% dos estudos.

A maioria destes destacou que idosos acima de 65 anos tiveram altas taxas de vacinação contra influenza. Apesar de alguns autores discutirem a adesão à VCI, maior em idosos mais velhos, observou-se declínio entre aqueles com 80 anos e mais.

Estudo de revisão do Reino Unido demonstrou que pessoas com 85 anos e mais, tiveram menor probabilidade de serem vacinadas devido à deficiência cognitiva de oferecer informações com a idade. A relutância do idoso de interferir no processo natural do envelhecimento induz a aceitação do seu declínio físico, acreditando que a VCI não lhes proporciona o benefício desejado (WARD; DRAPER, 2007).

Os resultados obtidos nos diferentes grupos etários e em diversos países, demonstraram aumento nas taxas de VCI com o aumento da idade e envelhecimento populacional. Indivíduos com menos de 65 anos apresentaram cobertura vacinal contra influenza significativamente mais baixa.

A VCI também foi destacada para outras idades que não a dos idosos, em alguns artigos da presente revisão integrativa. Entretanto, estes não foram citados, por não fazerem parte do público-alvo desta pesquisa.

Em relação ao sexo, há divergências quanto à adesão dos idosos à VCI entre países e regiões de um mesmo país. Somente duas pesquisas relacionaram o

gênero à VCI em idosos, com predomínio do sexo masculino, sugerindo que esse atributo pode interferir na adesão dos idosos a essa vacina.

Apesar dos resultados apresentados não apresentarem diferenças estatisticamente significantes, a adesão maior das mulheres idosas à VCI, pode ocorrer devido à longevidade feminina, sugerindo que elas têm maior cuidado com a própria saúde, aumentando a probabilidade de receberem essa vacina.

De maneira geral, os estudos não fazem associação entre o sexo e as taxas de cobertura vacinal contra influenza em idosos.

Quanto à etnia/raça e VCI em idosos, somente os EUA, apresentaram estudos, demonstrando que o país apresenta disparidades étno-raciais marcantes nessa temática, com maior adesão dos idosos americanos brancos a essa vacina em relação aos americanos africanos e hispânicos.

Os atributos suscetibilidade, vulnerabilidade e idosos pertencentes ao grupo de risco para complicações da influenza, e imunossenescência, estão atrelados às características da vacina, sua composição por diferentes tipos de vírus, mutações e periodicidade anual, não apresentando resultados significantes nos estudos que pudessem interferir nas taxas da VCI em idosos.

Os altos índices de morbidade e mortalidade apresentados em 85% dos estudos analisados, justificaram a importância da VCI em idosos na prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como sua adesão a esse benefício.

A influenza como doença infecciosa, pode comprometer os idosos, que pela própria idade, apresentam resposta imunológica diminuída à VCI, comparada aos adultos saudáveis e jovens. Suas complicações podem levá-los a quadros clínicos graves do aparelho respiratório e circulatório, que geram altos índices de hospitalizações e de mortalidade. No mundo ocorrem cerca de 250 a 500 mil mortes em idosos anualmente.

O alto grau de contaminação provocado pelo vírus influenza faz com que a doença se dissemine rapidamente, provocando surtos, epidemias e pandemias, associadas às mutações dos vírus.

A ameaça de uma nova pandemia abordada em vários estudos e discutida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), atualmente se concretiza através da gripe suína, cujo vírus H1N1, disseminado em vários países, apresenta aumento da incidência da doença, fazendo com que a propagação seja elevada ao nível de alerta seis pela OMS.

Assim, como a influenza, a gripe suína ou gripe A, ao ameaçar a população geral, requer atenção especial aos idosos e crianças, que constituem o grupo de risco para complicações associadas à suscetibilidade e/ou vulnerabilidade a essa doença.

Os fatores sócio-econômicos, demográficos e estilos de vida foram discutidos em 77,5% dos artigos.

Estudos dos EUA, Brasil e uma revisão do Reino Unido relataram que os idosos casados (ou que tinham um companheiro) e viúvos tiveram maior probabilidade de receber a VCI. Somente um estudo brasileiro considerou a associação da VCI com a situação conjugal de solteiro. Outro estudo do Reino Unido e dois da China demonstraram que idosos não morando sozinho está associado positivamente à adesão à VCI.

Quanto à renda, pesquisa multicêntrica realizada na Suíça e em 11 países europeus, demonstrou que a probabilidade do idoso ser vacinado é maior entre idosos com renda menor, enquanto quatro estudos norte-americanos constataram que as chances de receber essa vacina está presente naqueles com renda mais alta. No Brasil os resultados foram divergentes.

Maior nível educacional em três estudos norte-americanos e três chineses foi associado à probabilidade de receber a VCI, divergindo de dois estudos multicêntricos do Brasil que revela a chance diminuída em idosos com baixa escolaridade.

Em relação ao tamanho da cidade, três estudos dos EUA, um da Espanha, e um multicêntrico da Suíça demonstraram que a cobertura vacinal contra influenza é maior em idosos que moram em cidades menores. Um estudo multicêntrico brasileiro declara que idosos das grandes cidades, com maior grau de escolaridade têm acesso diferenciado aos serviços de saúde e conseqüentemente menor recomendação da VCI pelos profissionais da área. Morar em áreas carentes ou suburbanas, segundo pesquisa de revisão do Reino Unido aumenta a probabilidade de receber a VCI.

O acesso diferenciado aos serviços de saúde àqueles com maior grau de escolaridade, geram menor recomendação da VCI em idosos, sugerindo que os profissionais de saúde do setor privado não dão a devida importância a essa vacina, talvez por falta de conhecimentos adequados.

Quanto à situação empregatícia, os estudos que fizeram essa abordagem, apresentaram resultados divergentes.

Estudos realizados na Califórnia, em Birmingham e na Espanha demonstraram que idosos não fumantes (nunca fumaram ou ex-fumantes) são propensos de receberem a VCI. Entretanto, estudo de revisão realizado no Reino Unido, demonstrou que fumantes e consumidores de álcool, por ter a percepção de fazerem parte do grupo de risco, também apresentam taxas aumentadas.

A presença de co-morbidades foi um dos fatores que mais se associaram às altas taxa de VCI em idosos, discutidos em 75% dos artigos.

Estudos realizados na Suécia, Reino Unido, EUA, Coréia do Sul e multicêntricos no Brasil, Espanha e em onze países da Europa, foram semelhantes em associar a presença de uma ou mais co-morbidades nos idosos à VCI, com destaque às doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, doença cardíaca, hipercolesterolemia) e diabetes.

Estes resultados sugerem que idosos que têm proximidade aos serviços públicos de saúde, principalmente para aferir a pressão arterial, apresentam maior adesão às campanhas da VCI (DONALÍSIO; RUIZ; CORDEIRO, 2006).

Somente um estudo multicêntrico da Suíça demonstrou variação da cobertura vacinal contra influenza em idosos com doença crônica, apresentando taxas menores em alguns casos.

A percepção da própria saúde e da severidade da influenza, estado vacinal e intenção de receber a VCI, foram discutidos em 77,5% dos artigos.

A percepção da própria saúde, estudada nos EUA, Brasil, Reino Unido, sendo um de revisão, e na Suíça (multicêntrico) foi destacada pelo fato dos idosos com percepção ruim apresentarem maiores taxas de VCI.

Entretanto, alguns autores destacam que a associação da percepção dos idosos em relação à própria saúde como não sendo boa e VCI, ocorra pelo fato deles acharem que têm maior necessidade dessa vacina e/ou mais contato com o sistema de saúde, oportunizando a recepção desse benefício. Outros declararam que isso ocorre porque a percepção ruim da própria saúde aumenta o reconhecimento do indivíduo contrair a influenza ou ter complicações decorrentes de qualquer condição médica (KAMAL; MADAHAVAN; AMONKAR, 2003; WARD, DRAPER, 2007).

Não considerar a influenza como doença séria está associada a ausência de preocupação da influenza como doença, capaz de provocar complicações em idosos, determinando baixas taxas de VCI .

Quando idosos contraem a influenza, sofrendo seus sintomas, apresentam maiores chances de receber a VCI para prevenir essa doença e suas complicações. Entretanto, a experiência prévia negativa pessoal ou de outros em relação a essa vacina pode diminuir as taxas de cobertura vacinal dessa doença.

Para que haja maior adesão dos idosos à vacinação contra influenza, estudos revelaram que a forma mais simples e significativa de aumentar suas taxas é concentrar esforços para que eles a recebam pela primeira vez. A primeira recepção induz à maior probabilidade dos idosos aceitarem a VCI nos anos subsequentes (XAKELLIS, 2005; LAU et al., 2005; MANTAGNI et al., 2006; SCHWARTZ et al., 2006; KEE, 2007).

Conhecimentos, crenças, valores e atitudes, experiência prévia dos idosos à VCI e/ou influenza, foram fortemente associados à adesão dessa vacina, abordados em 75% dos artigos.

Idosos que têm visão pessimista do futuro, ou que se acham velhos demais para receber a VCI apresentam menores taxas de VCI. Entretanto, aqueles mantiveram a percepção da importância de viver com saúde ao longo dos anos, tiveram as taxas de VCI aumentadas.

Preconceito, insegurança, falta de conhecimento adequado dos idosos em relação à da vacina e à influenza como doença, a crença de que a VCI pode causar influenza ou que a vacina não a previne, configuram percepção negativa e conseqüente menor probabilidade de recebê-la.

A facilidade de acessar os serviços de saúde e sua utilização, aproximam os usuários dos profissionais, que por sua vez podem aproveitar a ocasião para recomendar a VCI para os idosos durante as consultas médicas ou procedimentos, como aferir a pressão arterial. Foi constatado que esses elementos estiveram fortemente associados às altas taxas dessa vacina.

É importante destacar que nos EUA, idosos americanos africanos e hispânicos apresentam maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde e consultas médicas, contribuindo para a baixa adesão à VCI nessa população.

Como conseqüência da influenza e suas complicações, houve necessidade de que as taxas de VCI fossem aumentadas nas metas propostas pelos órgãos e

países, com o intuito de diminuir a morbidade e mortalidade decorrentes dessa doença em idosos.

De acordo com o ciclo evolucionário do conceito de VCI, não houve associação entre o uso dessa vacina em idosos e aumento nas taxas da vacinação contra influenza ao longo dos anos, desde sua implantação. O que foi observado foram taxas que divergiram entre os países e regiões de um mesmo país no decorrer do tempo. Somente o Brasil, conseguiu aumentar e superar as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ao longo dos anos, desde a implantação da primeira campanha de vacinação dos idosos, em 1999, ultrapassando a taxa de 80% determinada. Esse resultado foi além das metas preconizadas pela OMS de vacinar contra influenza 75% dos idosos em 2010 e próxima do documento norte-americano *Healthy People* de atingir 90% dessa população no mesmo ano.

A efetividade e eficácia da vacina contra influenza estão atreladas aos atributos dos idosos, como a imunossenescência. Apesar da diminuição da resposta com o avanço da idade, os benefícios e segurança dessa vacina garantem a redução da morbidade e mortalidade causadas pelas complicações da influenza, conforme relatos na maioria dos estudos.

Um dos elementos que constituem forte barreira à adesão dos idosos à VCI, encontra-se alicerçado no medo dos adventos adversos dessa vacina, comprovado nos resultados obtidos.

As propostas e recomendações dos estudos para solucionar o problema da adesão dos idosos à VCI, estão alicerçadas na campanhas anuais de vacinação, na recomendação dessa vacina pelo profissional da saúde - considerado um dos fatores mais importantes do aumento nas taxas de VCI, divulgação em geral desse benefício e uso de protocolo na adesão à essa vacina pelos idosos. Esse instrumento propõe ações centradas no paciente, em procedimentos administrativos e na conscientização dos profissionais da saúde sobre a importância da VCI e sua divulgação.



## *7 CONSIDERAÇÕES FINAIS*

---

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de vacinação contra influenza, permeado pela descrição dos atributos dos idosos e bases contextuais remete ao problema motivador do estudo, a adesão da população idosa à VCI.

A adesão pode ser mensurada através da taxas de cobertura vacinal contra influenza ou prevalência dessa vacina em idosos, significativamente dependente de fatores preditivos, associados ou condutores, que poderão ou não sofrer interferências, por meio de estratégias de saúde adotadas no Brasil e no mundo.

A influenza, com proporções de pandemia provocada pela gripe suína, na atualidade, constitui num problema mundial que deve ser enfrentado com base em políticas amplas, apontando recomendações e protocolos propostos para orientar as intervenções, exploradas nos artigos analisados.

Para isso, é importante considerar como elementos fortemente associados à adesão da VCI, idosos com mais de 65 anos, apresentando uma ou mais comorbidades, com destaque à hipertensão e diabetes, conscientização dos usuários e profissionais da saúde sobre a relevância da VCI em idosos e o aumento das taxas de mortalidade e morbidade nesse segmento populacional, constatado pelos altos índices apresentados.

Dentre as barreiras que comprometem a adesão da VCI em idosos, o medo dos eventos adversos da VCI e não recomendação pelo profissional de saúde, geram a não adesão dos idosos a essa vacina.

Idosos seriam motivados a receber a VCI se obtivessem maiores informações sobre essa vacina e a influenza como doença, e utilização dos serviços de saúde com qualidade, com aumento nas taxas de cobertura vacinal nessa população.

Os aspectos demográficos e epidemiológicos marcados com crescimento da população idosa no mundo, indica a necessidade de haver políticas públicas vinculadas aos princípios da atenção básica, no primeiro nível de assistência à saúde, difundidos no mundo e fortalecimento de sua implementação no Brasil, através dos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), que indica entre as suas prioridades o envelhecimento ativo com qualidade de vida, estratégias de prevenção de doenças e agravos à saúde, dentre elas a vacinação contra influenza em idosos.

As características dos idosos e da vacina (atributos), o destaque aos eventos antecedentes e conseqüentes contextualizados e viabilizados pela análise do conceito da VCI em idosos, articulada à revisão integrativa da literatura, direcionada pelo problema – adesão dos idosos à vacinação contra influenza, permitiram a apresentação qualitativa e quantitativa dos achados, de modo a evidenciar o conhecimento construído e bases para direcionar intervenções nas diversas realidades investigadas, fundamentando cientificamente, as estratégias implementadas para alcançar o aumento da adesão dos idosos à VCI.

De uma forma geral, maiores esforços direcionados à vacinação contra influenza deveriam ser estruturados para garantir a imunização ao maior número possível de idosos, durante vários meses, antes da atividade do vírus influenza começar.

Esta pesquisa apresenta como limitações, a não exploração de todas as fases da análise do conceito, entretanto, seus elementos estruturais utilizados, permitiram o avanço do conhecimento da vacinação contra influenza em idosos e fatores relacionados à sua adesão.

## *REFERÊNCIAS\**

---

---

\* De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AMERICAN LUNG ASSOCIATION (ALA). African americans and lung disease fact sheet. Diseases A-E. **Lung Association News**, 2005. Disponível em: <<http://www.lungusa.org/site/pp.asp?c=dvLUK9O0E&b=35976>>. Acesso em: 21 ago. 2006.

BEYEA, S. C.; NICOLL. L. H. Writing an integrative review. **AORN Journal**, Philadelphia, v. 67, n. 4, p. 877-880, apr. 1998.

BIREME. 2008/2009. Disponível em: <<http://www.bireme.br>> Acesso em: 06 set 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da saúde: estratégia para o desenvolvimento saudável. In: ROCHA, S. R. O.; RODRIGUES, M. S. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001a. cap.10, p. 265-268.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Manual de normas de vacinação: vacina contra influenza (gripe)**. Brasília, 2001b. 69 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Manual de procedimentos de vacinação**. Brasília, 2001c. 316 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Manual dos centros de referência de imunobiológicos especiais**. Brasília, 2001d. 130 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde do Brasil: estatísticas essenciais 1990-2000**. 2. ed. Brasília, 2002a. 13 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 5. ed. Brasília, 2002b. 842 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, 2002c. 48p. Documento para discussão.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas: o processo de envelhecimento populacional e a situação de saúde do idoso**. Brasília, 2002d. 67 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas: portaria GM/MS N. 1.395/99 política nacional do idoso**. Brasília, 2002e. 67 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília, 2003a. 70p. (Série E, Legislação da Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa nacional de imunizações 30 anos**. Brasília, 2003b. 208 p. (Série C. Projetos e Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de preparação brasileiro para o enfrentamento de uma pandemia de influenza**. Brasília, 2005. 223 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006a. 192p. (Cadernos de Atenção Básica, 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Campanha nacional de vacinação do idoso**. Brasília: Ed. Business Center Tower, 2006b. 18 p. (Informe Técnico).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano brasileiro de preparação para uma pandemia de influenza: 3ª versão**. Brasília, DF, 2006c. 241p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Campanha nacional de vacinação do idoso**. Brasília: Ed. Business Center Tower, 2007. 23 p. (Informe Técnico).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Campanha nacional de vacinação do idoso**. Brasília: Ed. Principal, 2008a. 15 p. (Informe Técnico).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vacinação: uma ação da atenção básica/saúde da família. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 8, n. 16, p. 56-62, out./dez. 2008b.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations,**

techniques and applications. Philadelphia: W. B. Saunders, 2000. cap. 13 , p. 231-250.

CABRAL, M. H. P. A Campanha de vacinação de idosos como estratégia de entrada do Programa de Saúde da Família em uma área programática de saúde do município do Rio de Janeiro: planejamento, implementação e execução. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 425-434, jul./set. 2006.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 10, p. 88-105.

CAMPOS, C. E. A. Os Inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 190-200, abr./maio. 1993.

CARVALHO, J. A. M. C.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, maio/jun. 2003.

CARTA DE OTTAWA. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., Canadá, 1986. Disponível em: < [www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm)>. Acesso em: 23 mar. 2009.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Eliminate disparities in adult & child immunization rates**. Office of minority health. Atlanta, 2006. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/omh/AMH/factsheets/immunization.htm>>. Acesso em: 19 ago. 2006.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Prevention and control of influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, Atlanta, v. 56, n. 4, p. 30-31, 2007a.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **How de flu virus can change**: “drift and shift”. Atlanta: National Center for Immunization and Respiratory Diseases. 2007b. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/flu/about/viruses/change.htm>>. Acesso em: 19 abr. 2008.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (CVE). Secretaria do estado de São Paulo. **Campanha nacional de vacinação para o idoso 2009**. Deixe a gripe na saúde. Vacine-se. São Paulo, 2009. 5 p. (Informe Técnico).

CHAIMOWISCZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 11, p. 106-128.

COOPER, M. H. **The integrative research review: a systematic approach**. Califórnia: Sage, 1988. 143p. v. 2.

COSTA, E. F. A.; TEIXEIRA, I. C. A. Pneumonias. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 61, p. 610-620.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. Conferência Internacional sobre os cuidados de saúde primários. Cazaquistão, 1978. Disponível em: < [www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Alma-Ata.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm)>. Acesso em: 23 maio 2009.

DONALISIO, M. R.; FRANCISCO, P. M. S. B.; LATORRE, M. R. D. O. Tendência da mortalidade por doenças respiratórias em idosos antes e depois das campanhas de vacinação contra influenza no estado de São Paulo - 1980 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 32-41, 2006.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio Século XXI: novo dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Curitiba. Ed. Positivo, 2004.

FORLEO NETO, E.; HALKER, E.; SANTOS, V. J.; PAIVA, T. M.; TONIOLO NETO, J. Influenza. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 267-274, mar./abr. 2003.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

GANONG, L. H. Research nursing health: integrative of nursing research. **Res Nurs Health**, New York, v. 10, n.1, p. 1-11, feb. 1987.



GERONUTTI, D. A.; MOLINA, A. C.; LIMA, S. A. M. Vacinação de idosos contra a influenza em um centro de saúde escola do interior do estado de São Paulo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.2, 336-341, 2008.

HEALTH HUMAN SERVICES (HHS). National Vaccine Program Office (NVOP). **Activities on influenza**, 2008. Disponível em: <[http://www.hhs.gov/nvop/influenza\\_vaccines.html](http://www.hhs.gov/nvop/influenza_vaccines.html)>. Acesso em: 19 abr. 2008.

HENNEKENS, C. H.; BURING, J. E. **Epidemiology in medicine**. Boston: Little, Brown and Company, 1987. 383 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estudos e pesquisas informação demográfica e socioeconômica**: perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro, 2002. p. 24.

LIMA COSTA, M. F. Fatores associados à vacinação contra gripe em idosos na região metropolitana de Belo Horizonte. **Revista de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 42, n.1, p. 100-107. 2008.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). National Institute of Allergy and Infectious Diseases. **Understanding vaccines**: what they are how they work. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 2003.

NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASES (NIAID). **Flu. health matters**. 2006. Disponível em: <<http://www.niaid.nih.gov/factsheets/flu.htm>>. Acesso em: 17 ago. 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La salud de las personas de edad. Ginebra: Ed. Gráficas reunidas, 2000, 1989. (Série de Informes Técnicos, 779).

PAPALEO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap.1, p. 2-12.

PESSOA, R. Dicionário médico ilustrado. São Paulo: Andrei Editora, 1970.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Nursing research: principles and methods**. 4. ed. Philadelphia: J.B. Lippincott company, 1991. 671 p.

POMPEO, D. A. **Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes no período pós-operatório imediato**: revisão integrativa da literatura. 2007. 184 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.72-78.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidioso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798. 2003.

ROBLEDO, L. M. G. Concepción holística del envejecimiento. In: PEREZ, E. A. (Ed.). **La atención de los ancianos**: un desafío para los años noventa. Washington, DC: OPS, 1994. p. 34-41.

RODGERS, B. L. Concept Analysis: an evolutionary view. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications**. 2. ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2000. p. 77-102.

SENGER, J. Doença pulmonar obstrutiva crônica. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 60, p. 600-609.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 81-94. 2008.

TONIOLO NETO, J.; GAGLIARDI, A. M. Z.; KAIRALA, M.; HALKER, E. **Vacinas**. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 89, p. 856-864.

TORRACO, R. J. Writing intergrative literature reviews: guidelines and examples. **Human Resource Development Review**, Thousand Oaks, v. 4, p. 356-367, 2005.

PORTAL DE SAÚDE PÚBLICA. Programa Nacional de Vacinação. **Vacinação**. 2006. Disponível em <<http://www.saudepublica.web.pt/05-PromoçaoSaude/051-Educaçao/vacina.htm>> Acesso em: 28 maio 2009.

VACINAS que salvam vidas. **E-Journal USA**, Washington, v. 12, n. 13, p. 51, mar. 2007.

VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA, T. C. S.; GONZALES, R. I. C.; MONROE, A. P. Tuberculose no idoso: análise do conceito. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, p. 96-103, jan./fev. 2003.

VERAS, R. Envelhecimento humano: ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap.13, p.140-146.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K . The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oregon, v.52, n.5, p. 546-553, feb. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005a. 60p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Outbreak communication**: handbook for journalists. Switzerland: Influenza Pandemic, 2005b. 16p.

## *APÉNDICES*

---

## APÊNDICE A - Instrumento para Coleta de Dados

Nº

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Referência completa	
Base de dados	
Idioma	
Instituição do estudo	<input type="checkbox"/> Universidade – Departamento de _____ _____ <input type="checkbox"/> Faculdade – Departamento de _____ _____ <input type="checkbox"/> Centro de Pesquisa <input type="checkbox"/> Multicêntrica <input type="checkbox"/> Outras instituições <input type="checkbox"/> Não identifica o local

### 2. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Introdução	<input type="checkbox"/> define o objeto de investigação <input type="checkbox"/> justifica a relevância do estudo <input type="checkbox"/> apresenta revisão da literatura relacionada ao tema estudado
Objetivo	Descrição: _____ _____ _____ O objetivo do estudo está claro? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

### 3. CARACTERÍSTICAS DA METODOLOGIA

Delineamento do estudo	<b>A - Estudos com dados primários</b> <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa (estudos epidemiológicos) <input type="checkbox"/> Estudo descritivo <input type="checkbox"/> correlacional <input type="checkbox"/> estudo de caso <input type="checkbox"/> transversal <input type="checkbox"/> Estudo analítico observacional <input type="checkbox"/> caso controle <input type="checkbox"/> coorte (longitudinal) <input type="checkbox"/> Estudo de intervenção (experimental) Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa Tipo: _____ <b>B - Estudos com dados secundários</b> <input type="checkbox"/> Revisão sistemática <input type="checkbox"/> Revisão integrativa <input type="checkbox"/> Revisão de literatura <b>C - Outras. Qual?</b> _____ <b>D - Há definição clara do delineamento do estudo?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Amostra	Seleção: <input type="checkbox"/> randômica <input type="checkbox"/> conveniência <input type="checkbox"/> outra _____ Tamanho (n): _____ Características: _____ _____

Técnica para coleta de dados	( ) entrevista ( ) entrevista por telefone ( ) questionário ( ) questionário pelo correio Variáveis independentes: _____ _____
	Variáveis dependentes: _____ _____
Análise dos dados	( ) análise descritiva ( ) análise estatística

#### 4. RESULTADOS/DISCUSSÃO

Resultados e Discussões	Descrever: _____
	Foram claros? ( ) sim ( ) não Foram discutidos? ( ) sim ( ) não

#### 5. ANÁLISE DO CONCEITO

Atributos essenciais	( ) sim ( ) não
Eventos antecedentes	( ) sim ( ) não
Eventos conseqüentes	( ) sim ( ) não
Fatores relacionados	( ) sim ( ) não

#### 6. CONCLUSÕES

Conclusões	Descrever: _____ _____
	São justificadas com base nos resultados ( ) sim ( ) não

#### 7. VIESES

Vieses	Apresentados? ( ) sim ( ) não Descrever: _____ _____
--------	--

## APÊNDICE B - Validação de aparência e conteúdo

Gostaria que você fizesse a gentileza de realizar análise crítica do conteúdo do instrumento que pretendo utilizar para coleta de dados dos artigos referente à pesquisa sobre a “Adesão dos idosos à vacinação contra influenza: revisão integrativa da literatura”, referente à dissertação para obtenção do título de mestre da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, EERP-USP.

O estudo tem como objetivo analisar o conhecimento científico sobre o conceito de vacinação contra influenza na população idosa e os fatores relacionados à sua adesão.

É necessário que todos os itens sejam analisados para validação da aparência e conteúdo do instrumento, de forma que possa contemplar os dados relevantes ao estudo. Para tal, as sugestões e/ou alterações devem ser anotadas no próprio instrumento anexado.

Agradeço antecipadamente a colaboração.

---

Denize Alves de Almeida

**APÊNDICE C - Avaliação da qualidade dos dados (pesquisas) – acumulada\*****Uso do instrumento de análise de cada artigo**

<b>Itens</b> \ <b>Nº artigo</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>29</b>
<b>Introdução</b> .objeto .relevância .revisão da literatura	presente presente presente	presente presente presente	presente presente presente
<b>Objetivos</b> .clareza .coerência	presente presente	presente presente	presente presente
<b>Metodologia</b> .delineamento .amostra .técnica de coleta .técnica de análise dos dados .comitê de ética	presente presente presente presente presente	presente presente presente presente presente	presente presente presente presente presente
<b>Resultados</b> .descritivos .ilustrativos Condizentes com: .objetivos .metodologia	sim sim sim sim	sim sim sim sim	sim sim sim sim
<b>Discussões</b> Condizentes com: .objetivos .metodologia .resultados	sim sim sim	sim sim sim	sim sim sim
<b>Conclusões</b> Condizentes: .objetivos .discussões	sim sim	sim sim	sim sim
<b>Vieses</b> .não relatados .referidos	sim	sim	sim
<b>Palavras-chave</b>	.saúde dos idosos .vacina contra in- fluenza .cobertura vacinal .programa de imuni- zação .inquérito de saúde	.aged .influenza vaccine .patient acceptance of health care .qualitative research	.influenza .vaccination .coverage .health care .elderly

\* excerto do instrumento de análise aplicada a algumas pesquisas eleitas.



**APÊNDICE D** - Referências que integraram a amostra das pesquisas analisadas

1. THOMAS, R. E.; DEMICHELI, V.; JEFFERSON, T. Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community and in institutions (protocol). **The Cochrane Collaboration**, Roma, v. 1, p. 1-13, 2009.
2. LIMA COSTA, M. F. Fatores associados à vacinação contra gripe em idosos na região metropolitana de Belo Horizonte. **Revista de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v.42, n.1, p. 100-107, 2008.
3. LAU, J. T. F.; KIM, J. H.; CHOI, K. C.; YANG, X.; TSUI, H. Y. Cross-sectional and longitudinal factors predicting influenza vaccination in Hong Kong Chinese elderly aged 65 and above. **Journal of Infection**, Hong Kong , v. 56, p. 460-468, 2008.
4. LASSER, K. E.; KELLY, B.; MAIER, J.; MURILLO, J.; HOOVER, S.; ISENBERG, K.; OSBER, D.; PILKAUSKAS, N.; WILLIS, B. C.; HERSEY, J. Discussions about preventive service: a qualitative study. **BMC Family Practice**, Atlanta, v. 9, n. 49, p. 1-11, 2008.
5. JIMÉNES-GARCÍA, R.; HERNÁNDEZ-BARRERA, V.; CARRASCO-GARRIDO, P.; de ANDRES, A. L.; PEÑA, M.; M., E.; MIGUEL, Á. G. Coverage and predictors of influenza vaccination among adults living in a large metropolitan area in Spain: A comparison between the immigrant and indigenous populations. **Vaccine**, Madrid, v. 26, p. 4218-4223, 2008.
6. BLANK, P. R.; SCHWENKLENKS, M.; SZUCS, T. D. Influenza vaccination coverage rates in five European countries during season 2006/07 and trends over six consecutive seasons. **BMC Public Health**, Zurich, v. 8, p. 272, 2008.
7. GERONUTTI, D. A.; MOLINA, A. C.; LIMA, S. A. M. Vacinação de idosos contra a influenza em um centro de saúde escola do interior do estado de São Paulo. **Texto Contexto Enfermagem**, Botucatu, v.17, n.2, 336-341, 2008.
8. WARD, L.; DRAPER, J. A review of the factors involved in older people's decision making with regard to influenza vaccination: a literature review. **Journal of Clinical Nursing**, London, n. 17, p. 5-16, 2007.
9. SZUCS, D. T.; MULLER, D. Influenza vaccination coverage rates in 5 European countries: a population-based cross sectional analysis of the seasons 02/03, 03/04 e 04/05. **Infection**, Zurich, v. 35, n. 5, p. 308-319, 2007.
10. LAU, J. T. F.; KIM, J. H.; CHOI, K. C.; TSUI, H. Y.; YANG, X. Changes in prevalence of influenza vaccination and strength of association of factors predicting influenza vaccination over time - results of two populations-based surveys. **Vaccine**, Hong Kong, v. 25, 8279-8289, 2007.
11. KEE, S. Y.; LEE, J. S.; CHEONG, H. J.; CHUN, B. C.; SONG, J. Y.; CHOI, W. S.; JO, Y. M.; SEO, Y. B.; KIM, W. J. Influenza vaccine coverage rates and

- perceptions on vaccination in south Korea. **Journal of Infection**, Seoul, v. 55, p 273-281, 2007.
12. JIMÉNES-GARCÍA, R.; ARIÑEZ-FERNANDEZ, M. C.; HERNÁNDEZ-BARRERA, V.; GARCIA-CARBALHO, M.; MIGUEL, Á. G.; CARRASCO-GARRIDO, P. Compliance with influenza and pneumococcal vaccination among patients with chronic obstructive pulmonary disease consulting their medical practitioners in Catalonia. **Journal of Infection**, Madrid, v. 54, p. 65-74, 2007.
  13. EVANS, M. R.; PRIOR, H. P. L.; TAPPER-JONES, L., M.; BUTLER, C. C. A qualitative study of lay beliefs about influenza immunization in older people. **British Journal of General Practice**, Wales, v. 57, p. 352-358, 2007.
  14. De ANDRÉS, A. L.; GARRIDO, P. C.; HERNÁNDEZ-BARRERA, V.; MIGUEL, Á. G.; JIMÉNES-GARCÍA, R. Coverages and factors associated with influenza vaccination among subjects with chronic respiratory diseases in Spain. **European Journal of Public Health**, Madrid, v. 18, n. 2, p. 173-177, 2007.
  15. ARAÚJO, T. M. E.; LINO, F. S.; NASCIMENTO, D. J. C.; COSTA, F. S. R. Vacina contra influenza: conhecimentos, atitudes e práticas de idosos em Teresina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Teresina, v.60, n.4, p. 439-443, 2007.
  16. WISTON, C. A.; WORTLEY, P. M.; LEES, K. A. Factors associated with vaccination of medicare beneficiaries in five U. S. Communities: results from de racial and ethnic adult disparities in immunization initiative survey, 2003. **Journal American Geriatrics Society**, Atlanta, v. 54, p. 303-310, 2006.
  17. SCHWARTZ, K. L.; NEALE, A. V.; NORTHRUP, J.; MONSUR, J.; PATEL, D. A.; TOBAR JR., R.; WORTLEY, P. M. Racial similarities in response to standardized offer of influenza vaccination: a metronet study. **Journal of General Intern Medicine**, Atlanta, v. 21, p. 346-351, 2006.
  18. MOK, E.; YEUNG, S. H.; CHAN, M. F. Prevalence of influenza vaccination and correlates of intention to be vaccinated among Hong Kong chinese. **Public Health Nursing**, Hong Kong, v. 23, n. 6, p. 506-507, 2006.
  19. MANGTANI, P.; BREEZE, E.; STIRLING, S.; HANCILES, S.; KOVATS, S.; FLETCHER, A. Cross-sectional survey of older people's views related to influenza vaccine uptake. **BMC Public Health**, London, v. 6, p.249, 2006.
  20. LINDLEY, M. C.; WORLEY, M.; WINSTON, C. A.; BARDENHEIER, B. H. The role of attitudes in understanding disparities in adult influenza vaccination. **American Journal of Preventive Medicine**, Atlanta, v. 31, n. 4, p. 281-285, 2006.
  21. LAU, J. T. F.; YANG, X.; TSUI, H. Y.; KIM, J. H. Prevalence of influenza vaccination and associated factors among community-dwelling Hong Kong residents of age 65 or above. **Vaccine**, Hong Kong, v. 24, p. 5526-5534, 2006.

22. FRANCISCO, P. M. S. B.; DONALISIO, M. R.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Vacinação contra influenza em idosos por área de residência: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 162-171, 2006a.
23. FRANCISCO, P. M. S. B.; DONALISIO, M. R.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Fatores associados à vacinação contra influenza em idosos. **Revista Panamericana de Salud**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 259-264, 2006b.
24. DONALISIO, M. R.; RUIZ, T.; CORDEIRO, R. Fatores associados à vacinação contra influenza em idosos em município do Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 115-119, 2006.
25. De ANDRES, L. A.; GARRIDO, P. C.; HERNÁNDEZ-BARRERA, V.; del POZO, S. V. F.; MIGUEL, A. G.; JIMÉNEZ-GARCÍA, R. Influenza vaccination among the elderly Spanish population: trend from 1993 to 2003 and vaccination-related factors. **European Journal of Public Health**, Madrid, v. 17, n. 3, p. 272-277, 2006.
26. XAKELLIS, G. C. Predictor of influenza immunization in persons over age 65. **Family Medicine and the Health Care System**, California, v. 18, n. 5, p. 426-433, 2005.
27. WHILE, A.; GEORGE, C.; MURGATROYD, B. Promoting influenza vaccination in older people: rationale and reality. **British Journal of Community Nursing**, England, v. 10, n. 9, p. 427-430, 2005.
28. TABBARAH, M.; ZIMMERMAN, R. K.; NOWALK, M. P.; JANOSKY, J. E.; TROY, J. A.; RA. What predicts influenza vaccination status in older Americans over several years? **Journal American Geriatrics Society**, Pennsylvania, v. 53, n. 8, p. 1354-1359, 2005.
29. SZUCS, D. T., MULLER, D. Influenza vaccination coverage rates in 5 european countries - a population-based cross-sectional analysis of two consecutive influenza seasons. **Vaccine**, Zurich, v. 23, p. 5055-5063, 2005.
30. LANDI, F.; ONDER, G.; CARPENTER, I.; GARMS-HOMOLOVA, V.; BERNABEI, R. Prevalence and predictors of influenza vaccination among frail, community-living elderly patients: as international observational study. **British Journal of General Practice**, Rome, Kent, Berlin, v. 21, p. 3896-3901, 2005.
31. JIMÉNES-GARCÍA, R.; ARIÑEZ-FERNANDEZ, M. C.; HERNÁNDEZ-BARRERA, V.; GARCIA-CARBALHO, M.; HERNÁNDEZ-BARRERA, V.; MIGUEL, Á. G.; CARRASCO-GARRIDO, P. Influenza vaccination coverage and related factors among Spanish patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Vaccine**, Madrid, v. 23, p. 3679-3686, 2005.
32. HORBY, P. W.; WILLIAMS, A.; BURGESS, M. A. Prevalence and determinants of influenza vaccination in Australians aged 40 years and over - a national

- survey. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, Sydney, v. 29, n. 1, p. 35-37, 2005.
33. HEBERT, P.L.; FRICK, K.D.; KANE, R.L.; MARSHALL McBEAN, A. The causes of racial and ethnic differences in influenza vaccination rates among elderly medicare beneficiaries. **Health Services Research**. New York, v. 40, n. 2, p. 517-538, 2005.
34. BURNS, V. E.; RING, C.; CARROLL, D. Factors influencing influenza vaccination uptake in an elderly, community-based sample. **Vaccine**, Birmingham, v. 23, p. 3604-3608, 2005.
35. KAUFMAN, Z.; GREEN, M. S. Compliance with influenza and pneumococcal vaccinations in Israel, 1999-2002. **Public Health Reviews**, Israel, v. 31, p. 71-79, 2003.
36. KAMAL, K. M.; MADAHAVAN, S. S.; AMONKAR, M. M. Determinants of adult influenza and pneumonia immunization rates. **Journal of American Pharmaceutical Association**, West Virginia, v. 43, n. 3, p. 403-411, 2003.
37. EVANS, R., M.; WATSON, P., A. Why do older people not get immunized against influenza? A community survey. **Vaccine**, United Kingdom, v. 21, p. 2421-2427, 2003.
38. DANNETUN, E.; TEGNELL, A.; NORMANN, B.; GARPENHOLT, O.; GIESECKE, J. Influenza vaccine coverage and reasons for non-vaccination in a sample of people above 65 years of age, in Sweden, 1998-2000. **Scandinavian Journal Infectious Disease**, Sweden, v. 35, p. 389-393, 2003.
39. CANOVA, L.; BIRCHMEIER, M.; D. ACREMONT, V.; ABETEL, G.; FAVRAT, B.; LANDRY, P.; MANCINI, M.; VERDON, F.; PÉCOUD, A.; GENTON, B. Prevalence rate and reasons for refusals of influenza vaccine in the elderly. **Swiss Medical Weekly**, Switzerland, v. 33, p. 598-602, 2003.
40. KAUFMAN, Z., MANHEIN, I., C., GREEN, M., S. Compliance with influenza vaccination in Israel in two successive winters, 1998/1999 and 1999/2000. **IMAJ**, Israel, v. 2, p. 742-745, 2000