

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c05>

SITUAÇÃO VACINAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO POVO AKWÊ-XERENTE*

Layne Pereira Brito¹

ORCID: 0000-0003-0164-0301

Bianca Guimarães Lima¹

ORCID: 0000-0003-0907-9803

Flávia Martins Montelo¹

ORCID: 0000-0003-0676-256X

Juliana Bastoni da Silva¹

ORCID: 0000-0002-6642-8910

Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma¹

ORCID: 0000-0001-8407-0310

Mirian Cristina dos Santos Almeida¹

ORCID: 0000-0002-9178-1345

¹Universidade Federal do Tocantins.

Autor Correspondente:

 Layne Pereira Brito
laynebrito55@gmail.com

Como citar:

Brito LP, Lima BG, Montelo FM, Silva JB, Quaresma FRP, Almeida MCS. Povo Akwê-Xerente: análise da situação vacinal de crianças e adolescentes. In: Pereira RSF, Passinho RS, (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 3. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 38-48 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c05>

Revisor: Ulisses Vilela Hipólito.
Universidade Federal do Tocantins. Curso de Enfermagem.
Palmas, Tocantins, Brasil.

INTRODUÇÃO

Os povos indígenas, há muito enfrentam uma miríade de tensões de saúde, desde as epidemias de gripe, sarampo, varíola, mais recentemente a gripe H1N1 em 2009, até a pandemia de Covid-19 em 2020. Cada uma dessas crises de saúde afeta os grupos indígenas de maneiras diferentes, seja social, econômica ou demograficamente, por isso é importante entender as particularidades da região, e principalmente o relativo isolamento desses povos⁽¹⁾. Parte dessas doenças provocaram redução no número de povos nativos que viviam no Brasil, acarretando o desaparecimento de um número expressivo de etnias. Além dos fatores acima citados, pode-se afirmar que a assistência à saúde desse grupo era precária ou inexistente, favorecendo ainda mais o processo de adoecimento e conseqüentemente a morte⁽²⁾.

Em virtude desses fatos, cresce a necessidade de intervenção e implementação de políticas e programas que auxiliassem no atendimento das comunidades indígenas evitando ou diminuindo o número de mortes por doenças imunopreveníveis. À vista disso, ao longo dos anos ocorreram importantes mudanças no cenário nacional no que se refere à saúde, incluindo a ampliação de pesquisas científicas e a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽³⁾.

Em 1999 foram criados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) distribuídos em todo o território brasileiro, que possuem uma rede de serviços de atenção básica instalada dentro das terras indígenas⁽⁴⁾ com uma estrutura de atendimento constituída pelos Polos Base e Casas de Saúde Indígena (CASA). Os DSEI'S se definem como a rede de atenção primária à saúde direcionada à essa população, visando a proteção, promoção e recuperação da saúde, constituindo-se como um sistema local.

* Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso "Povo Akwê-Xerente: análise da situação vacinal de crianças e adolescentes"



Cada Polo Base cobre um conjunto de aldeias, e se classificam em 2 tipos, de acordo com sua complexidade: o polo base tipo II tem estrutura física de suporte técnico e administrativo à equipe multidisciplinar sem executar assistência à saúde; o Polo Base tipo I executa algumas atividades de assistência à saúde, dentre elas coleta de material para exames, prevenção de câncer de colo de útero e também a imunização⁽⁵⁾.

Sabe-se que a vacinação é uma das formas mais eficazes de prevenção contra doenças transmissíveis. Através de campanhas de vacinação no Brasil, foi possível eliminar doenças como varíola e rubéola⁽⁶⁾.

Os primeiros registros de vacinação em comunidades indígenas podem ser vistos em meados de 1952, proposto por Noel Nutels, realizada na região do Araguaia e do Alto Xingu, com a administração de vacinas antitifo, varíola e febre amarela⁽⁷⁾. Buscando colocar em prática o art. 196 da constituição federal de 1988, onde a saúde é definida como um direito de todos e dever do estado, em 2002 foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que visa a organização dos serviços de saúde e o respeito aos seus conhecimentos e modo de vida⁽⁸⁾.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi criado em 1973, iniciando uma nova etapa na história das políticas de saúde Pública no campo da prevenção através da Portaria n° 311 de 9 de novembro. Este programa tem como missão organizar a política nacional de vacinação e contribuir para controle e erradicação de doenças imunopreveníveis⁽⁶⁾.

No entanto, apenas em 19 de julho de 2010, foi instituída a portaria n° 1.946, constituindo em todo território nacional o Calendário de vacinação para os Povos indígenas, estabelecendo um calendário específico. Atualmente, o Ministério da Saúde desenvolve ações anualmente denominadas Mês da Vacinação dos Povos Indígenas- MVPI, que visa a promoção e prevenção de saúde e a melhora da cobertura vacinal principalmente em áreas de difícil acesso⁽⁹⁾.

A população indígena, caracterizada por ser uma comunidade cultural com costumes e crenças diferenciadas, ainda é estigmatizada e descriminalizada socialmente e, apesar dos avanços, possuem uma assistência à saúde que necessita de aprimoramento⁽¹⁰⁾. Dados do relatório do Conselho Indigenista Missionário (CIMI)⁽¹¹⁾ de 2017 apontam que 702 crianças indígenas de 0 a 5 anos morreram no Brasil em 2017, sendo uma das principais causas diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível.

Uma das autoras desse capítulo, participante da comunidade indígena Xerente, enfatiza que é possível observar as insuficientes condições de saúde que essa etnia está submetida. A falta de recursos estruturais e materiais, a dificuldade de atendimento às comunidades que se apresentam mais distantes da cidade e a falta de saneamento repercutem nessa realidade de desigualdade em saúde e também para o processo de adoecimento, como mostram os dados do Ministério da Saúde que apontam que a principal causa de morte entre os indígenas são as doenças infecciosas, que podem ser preveníveis⁽²⁾.

Apesar de todos os avanços, os fatos acima mostram fragilidade da assistência à saúde para essas comunidades envolvendo não apenas fatores culturais, mas também sociais e ecológicos. Dessa maneira, é importante investir e estimular pesquisas científicas na área da saúde envolvendo povos indígenas, tendo em vista a carente base de dados nessa área, especificamente a de imunização, visando o cenário atual, onde ocorre a disseminação do movimento antivacina, sendo considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos maiores riscos à saúde global⁽¹²⁾.

Em relação à vacinação, um estudo⁽¹³⁾ com indígenas da etnia Baniwa, obteve resultados que apontam que a chegada de equipes de saúde para vacinação no território pode gerar rejeição do usuário indígena que costuma priorizar as consultas médicas, colocando em plano secundário as ações de prevenção a doenças; já que, mesmo com o cartão de vacina completo, as crianças continuam a adoecer de outros agravos. Além dessas dificuldades, boa parte da população indígena se localiza em área rural, o que pode dificultar a adesão à vacinação, tendo em vista a dificuldade de locomoção.

A escassa literatura acerca da saúde indígena obscurece a observação da atual realidade dos serviços de saúde prestados à essa comunidade e consequentemente, dificulta o conhecimento sobre as principais



dificuldades encontradas dentro da perspectiva de saúde desses povos. Além disso, o cenário atual de disseminação dos movimentos antivacina alcançou os povos indígenas e preocupa já que a vacinação é uma das formas mais eficazes de prevenção a doenças como sarampo, febre amarela, entre outras. Assim este estudo objetiva avaliar o estado vacinal de crianças e adolescentes indígenas e as estratégias adotadas pelo serviço de saúde indígena em relação à imunização.

O presente capítulo teve como objetivo avaliar o estado vacinal de crianças e adolescentes de uma aldeia da etnia Akwê-Xerente e conhecer o trabalho dos profissionais de enfermagem do Polo Base responsável em relação a imunização deste povo.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de campo, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa procedeu-se em duas etapas:

1- Consulta aos arquivos de registros de vacinas de crianças/adolescentes indígenas de 0 a 14 anos da aldeia Brejo Comprido, no Polo Base 1 de Tocantínia- TO e teve como critério de Inclusão: Cartões de vacina de todas as crianças/adolescentes indígenas de 0 a 14 anos da aldeia Brejo Comprido arquivados no Polo Base de referência.

A Aldeia onde residem as crianças e adolescentes da etnia Xerente, que tiveram os registros de imunização avaliados, se localiza a 42 km do município de Tocantínia-TO e possui cerca de 150 habitantes, sendo 46 com idade entre 0 e 14 anos, constituindo-se a população alvo desde estudo. Essa comunidade é caracterizada como “não isolada” por possuir contato com a população não indígena. Apesar de possuírem a própria língua (Akwê), compreendem e falam a língua portuguesa.

2- Aplicação de questionário para os profissionais de enfermagem responsáveis pela imunização indígena que teve como critério de Inclusão: Profissionais de enfermagem que exerciam o trabalho no período da coleta de dados com atribuições relacionadas à imunização indígena.

A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2021. Os dados foram coletados no Polo Base de Referência da Aldeia por meio de consulta aos arquivos contendo os registros de imunização de todas as 46 crianças/adolescentes indígenas de 0 a 14 anos da aldeia Brejo Comprido e aplicação de questionário aos profissionais de enfermagem responsáveis pela imunização desses indígenas. Para isso, agendou-se previamente com o responsável pelo Polo, a data e horário mais propício para consultar os registros de imunização e convidar os profissionais de enfermagem responsáveis pelas ações de imunização dos povos Akwê-Xerente para participarem do estudo, buscando não interferir na rotina do serviço. Devido ao estado de pandemia, foram adotadas medidas de precauções (distanciamento de 1 metro, uso de máscara, higienização prévia das mãos) para prevenção do novo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19).

A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a Nota Técnica Nº 2/2018-DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS, respeitando as peculiaridades de estudos envolvendo a comunidade indígena. Portanto antes do início da coleta de dados, obteve-se autorização do cacique da aldeia, do conselho distrital de saúde, do conselho local de saúde, do conselheiro da aldeia, da aprovação do Distrito Especial de Saúde Indígena do Tocantins (DSEI-TO) (OFÍCIO Nº 284/2020/TO/DIASI/TO/DSEI/SESAI/MS de 14 de setembro de 2020) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins (CEP-UFT) (Parecer 3.987.063 de 23 de abril de 2020)(ANEXO A)/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP (Parecer- CONEP 4.184.884 de 31 de 07 de 2020)(ANEXO B). Os documentos com a anuência estão de posse da autora/orientadora e foram apresentados ao DSEI-TO, ao CEP da UFT e ao CONEP.

Os profissionais de enfermagem participantes do estudo receberam o convite e deram anuência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde constam os objetivos da pesquisa, a justificativa, os riscos e benefícios e o direito ao esclarecimento de quaisquer dúvidas e demais exigências da legislação vigente.

Os autores assinaram o Termo de Fiel Depositário e o Termo de Responsabilidade de Utilização de dados e informações de Saúde Indígena, tendo em vista que além da aplicação do questionário, os dados foram



obtidos nos arquivos dos registros de imunização disponível no Polo Base. O termo assegura que os pesquisadores se comprometem a manter em sigilo os dados e a privacidade dos indivíduos que tiveram suas informações acessadas, além de não repassar os dados coletados ou o banco de dados a outros não envolvidos na pesquisa, mantendo a integridade das informações e, sendo responsável com a guarda, cuidado das informações, utilizando-as somente para cumprimento dos objetivos da pesquisa.

Para coleta de dados dos registros de imunização foi utilizado um formulário criado na plataforma Google Forms composto por dados demográficos como idade, sexo e dados sobre a imunização, de acordo com o calendário nacional de vacinação dos povos indígenas: nome de cada imunobiológico administrado, data de administração, se o registro encontrava-se legível, com lote, unidade de administração, nome do profissional que administrou, registrado no local correto, além da presença de aprazamento e estado vacinal no momento da coleta de dados.

Na coleta de dados com os profissionais ligados ao serviço de imunização utilizou-se um questionário composto por 5 (cinco) questões, referentes ao sexo; conhecimento dos xerentes sobre vacinação; estratégias adotadas para aumento da cobertura vacinal; orientações pós vacinação; realização ou não de atividades de educação em saúde sobre vacinação e observação de interesse dos indígenas sobre vacinação.

Os resultados foram baixados dos Formulários preenchidos no Google Forms na planilha do Excel, e codificados em forma de banco de dados. Após a correção de inconsistências, foram exportados para o Software Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS) versão 22.0, sendo realizadas análises com base estatística descritiva (frequência relativa e absoluta, média e desvio padrão) e inferencial (para as associações teste Qui quadrado e teste Exato de Fisher), considerando valores significativos p menor ou igual a 0,05. Os dados das questões abertas respondidas pelos profissionais ligados ao serviço de imunização foram analisados quantitativamente.

RESULTADOS

Foram avaliados 46 cartões de vacina de crianças/adolescentes indígenas da etnia Akwê-Xerente residentes na aldeia Brejô Cumprido. A idade mínima encontrada foi de 3 meses e máxima de 161 meses, (média 76,33 meses; desvio padrão 43,92 meses), apresentando maior prevalência de 48 a 107 meses (4 anos a 8 anos e 11 meses (45,65%)), sendo 52,17% do sexo masculino conforme consta a tabela 1.

Das 46 crianças, 27 (58,70%) apresentaram calendário vacinal em dia. Considerou-se “não” para calendário vacinal em dia, cartões que constavam vacinas em atraso que ainda poderiam ser administradas, seguindo o calendário nacional de vacinação dos povos indígenas. De acordo com a avaliação, as vacinas que se encontravam em atraso foram: Hepatite A (1), Pentavalente 3^o dose (1), VIP/VOP 1^o dose (1), VIP/VOP 3^o dose (1), Febre amarela (2), Varicela (10), Pneumocócica 10 reforço (1), Meningocócica C 1^o (1) e 2^o dose (1), Meningocócica C reforço (1), Tríplice Viral (1), DTP 2^o reforço (1), Meningocócica ACWY (4) e VOP 1^o reforço (1), totalizando 27 doses em atraso.

Quanto à presença de anotação da data da próxima vacina (aprazamento), apenas 16 (34,78%) cartões constavam essas anotações.

Verificou-se que não há associação entre o estado vacinal em dia com a faixa etária ($\chi^2=6,422$, $p=0,081$), sexo ($\chi^2=1,315$, $p=0,251$) e presença da anotação do aprazamento ($\chi^2=0,061$, $p=0,806$).

As tabelas 2, 3 e 4 apresentam a distribuição das vacinas preconizadas de acordo com o calendário nacional de imunização indígena. O n variou entre os imunobiológicos, pois considerou-se a idade de cada criança/adolescente em relação ao preconizado para a administração de cada vacina, bem como a data de introdução de novas vacinas no calendário nacional de imunização (Pneumocócica 10 e Meningocócica C em 2010, contra hepatite A em 2014). Foram consideradas vacinas administradas na data prevista aquelas administradas com até 1 semana (7 dias) de acordo com a idade preconizada pelo calendário nacional de imunização indígena do Ministério da Saúde. As vacinas administradas que ultrapassavam 8 dias da data prevista foram consideradas administradas em atraso.



Tabela 1 - Distribuição dos cartões de vacina avaliados de acordo com faixa etária, sexo, estado vacinal em dia e presença de aprazamento, Tocantína-TO, Brasil, 2021.

	Estado Vacinal em dia						Valor de p
	Sim		Não		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Faixa Etária							
Menores de 1 ano e 3 meses	1	20,00	4	80,00	5	10,87	0,081*
De 1 ano e 3 meses a 3 anos e 11 meses	6	75,00	2	25,00	8	17,39	
De 4 anos a 8 anos e 11 meses	15	71,40	6	28,60	21	45,65	
A partir de 9 anos	5	41,70	7	58,30	12	26,09	
Total	27	58,70	19	41,30	46	100,00	
Sexo							
Feminino	11	50,00	11	50,00	22	47,83	0,251**
Masculino	16	66,70	8	33,30	24	52,17	
Total	27	58,70	19	41,30	46	100,00	
Presença de Anotação do Aprazamento							
Sim	9	56,25	7	43,75	16	34,78	0,806**
Não	18	60,00	12	40,00	30	65,22	
Total	27	58,70	19	41,30	46	100,00	

*Teste Exato de Fisher

**Teste Qui Quadrado

Na tabela 2, apresentam-se os dados relacionados às vacinas preconizadas na infância, de 0 a 6 meses de vida. De acordo com os dados, a 2º dose e a 1ºdose de Rotavírus apresentaram maiores índices de não administradas com 26,67% e 19,57% respectivamente, seguidas da 2º dose de Meningo C (12,82%) e 2ª dose da Pneumocócica (10,26%). As vacinas BCG e Hepatite B mostram maior índice de administração na data prevista, com 71,74% respectivamente. No que se refere à administração em atraso, a 3º dose de Pentavalente apresentou maior índice com 84,09%, sendo em seguida, a 3º dose de VIP/VOP com 81,82%.

Tabela 2 - Distribuição das vacinas preconizadas de 0 a 6 meses de acordo com o calendário nacional de imunização indígena, Tocantína-TO, 2021.

Vacinas	Administrada na data prevista		Administrado em atraso		Não administrado	
	N	%	N	%	N	%
BCG (n=46)	33	71,74	13	28,26	0	0,00
Hepatite B (N=46)	33	71,74	13	28,26	0	0,00
Pentavalente 1ª dose (n=46)	18	39,13	28	60,87	0	0,00
Pentavalente 2ª dose (n=45)	11	24,44	34	75,56	0	0,00
Pentavalente 3ª dose (n=44)	6	13,64	37	84,09	1	2,27
VIP/VOP 1ª dose (n=46)	18	39,13	27	58,70	1	2,17
VIP/VOP 2ª dose (n=45)	10	22,22	35	77,79	0	0,00
VIP/VOP 3ª dose (n=44)	7	15,91	36	81,82	1	2,27
Pneumocócica 10 1ª dose (n=40)	17	42,50	21	52,50	2	5,00
Pneumocócica 10 2ª dose (n=39)	10	25,64	25	64,10	4	10,26
Rotavírus 1ª dose (n=46)	18	39,13	19	41,30	9	19,57
Rotavírus 2ª dose (n=45)	10	22,22	23	51,11	12	26,67
Meningocócica C 1ªdose (n=40)	10	25,00	27	67,50	3	7,50
Meningocócica C 2ªdose (n=39)	4	10,26	30	76,92	5	12,82

Na tabela 3 verificam-se as vacinas preconizadas a partir dos nove meses de vida até 4 anos. A vacina contra Hepatite A destacou-se com maior índice de administração na data prevista (35,71%). Apresentando maior percentual de atraso na administração encontra-se a vacina contra Febre Amarela Reforço (90,91%). No entanto deve-se considerar no Calendário Nacional de Imunização, o reforço da Febre amarela foi abolido



em 2017 e retornou em 2020, podendo ter ocasionado esses resultados. Observa-se ainda que as vacinas Varicela 2º dose, Meningo C Reforço e Pneumo 10 Reforço aparecem com maior índice de não administradas com 30,30%, 24,39% e 23,81% respectivamente.

Tabela 3- Distribuição das vacinas preconizadas a partir de 9 meses até 4 anos de idade de acordo com o calendário nacional de imunização dos povos indígenas, Tocantínia-TO, 2021.

Vacinas	Administrada na data prevista		Administrado em atraso		Não administrado	
	N	%	N	%	N	%
Febre Amarela (n=43)	10	23,26	32	74,42	1	2,33
Tríplice Viral (n=42)	14	33,33	27	64,29	1	2,38
Pneumocócica 10 Reforço (n=42)	11	26,19	21	50,00	10	23,81
Meningocócica C Reforço (n=41)	9	21,95	23	56,10	10	24,39
Hepatite A (n=28)	10	35,71	17	60,72	1	3,57
VOP 1º Reforço (n=41)	6	14,63	30	73,17	5	12,20
DTP 1º Reforço (n=41)	7	17,07	34	82,93	5	12,20
Tetra viral* (n=41)	8	19,51	31	75,61	0	0,00
Pneumocócica 23 (n=05)	0	00,00	4	80,00	1	20,00
VOP 2º Reforço (n=33)	6	18,18	20	60,61	7	21,21
Varicela 2 dose (n=33)	7	21,21	16	48,49	10	30,30
DTP 2º Reforço* (n=33)	7	21,21	24	72,73	1	3,03
Febre Amarela Reforço (n=33)	2	6,06	30	90,91	1	3,03

*A vacina tetra viral apresentou 2 doses administradas sem identificação de data, assim como a vacina de DTP 2º reforço que apresentou o registro de 1 dose sem data.

Na Tabela 4, apresentam-se as vacinas preconizadas na adolescência. Com maior índice de administração na data prevista encontra-se a vacina Meningocócica C com 54,14%. Evidencia-se como vacina menos administrada a Meningocócica ACWY com 66,66%. As vacinas contra HPV 1º e 2º dose apresentam respectivamente índice 0 de não administração. Ressalta-se que 2 (dois) adolescentes que não receberam a vacina Meningo C (11 a 14 anos) receberam a Meningocócica ACWY, excluindo dessa forma, a necessidade da dose meningocócica C.

Tabela 4- Distribuição das vacinas preconizadas de 9 a 14 anos segundo o calendário nacional de imunização indígena, Tocantínia-TO, Brasil, 2021.

Vacinas	Administrada na data prevista		Administrado em atraso		Não administrado	
	N	%	N	%	N	%
Febre Amarela (n=43)	10	23,26	32	74,42	1	2,33
HPV 2ª dose (n=8)	3	37,50	5	62,50	0	0,00
Meningo C- 11 a 14 anos (n=7)	4	54,14	1	14,29	2	28,57
Meningo ACWY (n=6)	1	16,67	1	16,67	4	66,66

No total, foram encontradas 1008 doses de vacinas administradas, dentre elas, 690 com atraso e 315 administradas na data prevista. O total de doses não administradas foi de 98 doses, sendo que 27 ainda podem ser realizadas; as demais (71) são consideradas como perdidas visto que não é possível realizá-las devido a idade, peculiaridades das vacinas e calendário nacional de imunização vigente.

No que diz respeito aos registros de imunização, de acordo com a tabela 5, 99,80% apresentavam registro legível e data de administração, sendo a anotação menos presente o nome da Unidade local de administração da vacina com 37,10%, seguida do nome do profissional que administrou com 7,54%.

No polo base de referência todos os profissionais responsáveis pela imunização dos Xerentes participaram do estudo: são três técnicas de enfermagem, do sexo feminino. Como estratégias adotadas para melhora da cobertura vacinal foram citadas as orientações sobre a importância da vacinação, o deslocamento da equipe para as aldeias, a busca ativa dos indígenas com vacinas em atraso, relatando ainda, a importância dos agentes



indígenas de saúde (AIS) e até mesmo a recorrência aos caciques para auxiliar no processo de informação. Todas avaliaram o conhecimento dos indígenas sobre vacinação como “bom” e “bem orientados”. Como orientações pós-vacinação, citou-se a compressa fria no local, as reações e possíveis efeitos colaterais das vacinas, a importância de retorno para próxima dose e medicamentos que podem ser utilizados em caso de febre.

Tabela 5 - Distribuição dos registros de imunização das doses de vacinas administradas nos cartões de vacina, Tocantínia-TO, 2021.

Registros de Imunização N=1008	Sim		Não	
	N	%	N	%
Registro Legível	1006	99,80	2	0,20
Lote do imunobiológico	935	92,76	73	7,24
Unidade onde foi administrada	634	62,90	374	37,10
Profissional que administrou	932	92,46	76	7,54
Data de Administração	1005	99,70	3	0,30
Local adequado de registro	1008	100,00	0	0,00

Todos os profissionais relataram realizar atividades de educação em saúde por meio de rodas de conversas e orientações individuais e coletivas quando necessário, bem como afirmam que há interesse por parte dos indígenas para vacinação, existindo procura espontânea para atualização vacinal.

DISCUSSÃO

De acordo com o Programa Nacional de Imunização (PNI), a meta operacional básica é vacinar todas as crianças menores de um ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico. Porém, o presente estudo evidenciou que apesar dos avanços, existem falhas referentes à administração de determinadas vacinas preconizadas pelo calendário nacional de imunização dos povos indígenas, apresentando expressivo número de crianças com estado vacinal em atraso ou incompleto. A associação do estado vacinal com a faixa etária, sexo e presença da anotação do aprazamento não foi estatisticamente significativa.

Considerando a forma de vida desta comunidade e as precárias condições de saneamento, os números de não administração da vacina contra rotavírus são preocupantes, uma vez que se constitui como principal agente causador de diarreias em crianças menores de cinco anos, revelando-se um atual e grave problema de saúde pública⁽¹⁴⁾. Segundo o boletim da SasiSUS de 2019⁽⁹⁾, uma das causas de morte mais comum em crianças menores de um ano constitui-se nas doenças infecciosas e parasitárias. Relata ainda, que 233 crianças menores de 5 anos morreram entre 2013 e 2016 por causas “reduzíveis por ações de promoção à saúde vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde”, com destaque para as doenças diarreicas e gastroenterites, correspondendo a 17,1% das mortes.

Outra vacina com números preocupantes de não administração na faixa etária de 0 a 1 ano é a meningocócica C- 2º dose e reforço. Um estudo⁽¹⁵⁾ realizado em 2012 mostra que a vacina além de proteger o indivíduo, através de “proteção rebanho”¹ diminui o número de portadores entre os vacinados, resultando assim em redução da transmissão da doença na população. Segundo este mesmo estudo, a incorporação dessa vacina no PNI resultou numa redução importante da morbimortalidade por essa doença, uma vez que a mesma possui fácil transmissão. Ressalta-se que a vacina meningocócica C foi introduzida no PNI apenas em 2010, e por esta razão, 6 adolescentes indígenas que não haviam recebido essa vacina na infância foram contemplados com a inserção da mesma no calendário do adolescente e já estão imunizados. No entanto, ainda se verificou que quatro adolescentes precisam receber a vacina meningocócica ACWY, introduzida no calendário nacional de imunização em 2020⁽¹⁶⁾.

1 Proteção dada a segmentos não vacinados de uma população devido ao controle dos agentes infecciosos em decorrência do número do aumento de indivíduos imunes pela vacinação¹⁷.



O boletim SasiSUS evidenciou números extremamente baixos entre os anos 2011 e 2014 de cobertura vacinal das vacinas rotavírus e meningocócica C em nível nacional para todos os indígenas, demonstrando assim, um problema de saúde não apenas local da aldeia alvo do estudo⁽⁹⁾.

Entre as vacinas com menor índice de administração encontra-se a pneumocócica 10, podendo acarretar vulnerabilidade desses indígenas, já que entre 2010 e 2016, mais de um milhão de crianças indígenas menores de um ano morreram por doenças do trato respiratório, sendo ainda, a atual maior causa de morte em crianças indígenas menores de um ano⁽⁹⁾. Evidencia-se aqui falha de atenção à saúde indígena ainda persistente, visto que estudos demonstram níveis abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde no âmbito nacional dos povos indígenas no que se refere à vacina pneumocócica em menores de um ano em 2018⁽⁹⁾.

Conforme instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação de 2020, a vacina pneumocócica 23 deve ser administrada em indígenas a partir de cinco anos de idade sem comprovação vacinal com as vacinas pneumocócicas conjugadas. Assim das 05 (cinco) crianças/adolescentes que não haviam recebido nenhuma dose da vacina pneumocócica 10, 04 (quatro) foram contempladas com a administração da Pneumocócica 23. De acordo com os achados, uma criança de nove anos não recebeu nenhuma dose de pneumocócica 10 e/ou 23. Exceto esta, todas as crianças/adolescentes que não receberam pneumocócica 23 receberam ao menos uma dose de pneumocócica 10, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde⁽¹⁶⁾.

Quanto a vacinação contra varicela, o PNI recomenda que crianças indígenas a partir de sete (7) anos não vacinadas ou sem comprovação vacinal devem receber 1 ou 2 doses de varicela a depender do laboratório⁽¹⁷⁾. Todavia, o presente estudo evidenciou que dez (10) crianças não receberam 2ª dose da vacina varicela, corroborando com o alto índice de calendários vacinais em atraso. Esses dados retratam preocupação, uma vez que esta vacina foi introduzida no calendário indígena em 2002 visando à redução de surtos comunitários e que a comunidade foco desse estudo possui fortes relações sociais entre seus indivíduos em todas as fases da vida, em especial as crianças. Ressalta-se que a varicela se caracteriza como uma doença altamente contagiosa, com incidência anual de 26 a 61 casos para cada 1.000 indivíduos não vacinados, podendo evoluir com complicações como pneumonite, doença respiratória obstrutiva aguda, meningite e outros⁽¹⁸⁾. A segunda dose da vacina varicela aumenta a efetivação da imunização de 85% para 98% reduzindo assim a incidência de casos graves⁽¹⁹⁾.

Dos 46 cartões de vacinas avaliados verificou-se que apenas 28 crianças foram elegíveis para a vacinação contra hepatite A, devido à idade. A introdução deste imunobiológico no Calendário Nacional de Imunização ocorreu apenas em 2014, quando 13 crianças/adolescentes já tinham mais de 1 ano 11 meses, idade máxima preconizada na época para imunização. Posteriormente, em 2017 a cobertura foi aumentada para menores de 5 anos, mas ainda não contemplou as crianças/adolescentes mencionados acima. Sabe-se que as populações indígenas podem possuir acesso restrito ou inexistente ao sistema de saneamento básico e tal fato ocorre na aldeia onde residem os indígenas que tiveram o estado vacinal avaliado. Desta forma, o baixo número de crianças imunizadas contra Hepatite A evidenciados nesta comunidade preocupa, visto que a forma de contaminação da hepatite A se dá por via fecal-oral. A vista disso, esses números podem representar um futuro problema de saúde local, pois, a hepatite A se caracteriza como a hepatite que mais afeta as comunidades indígenas após a hepatite B⁽²⁰⁾. Essa vacina apresenta grande importância dentro do cenário brasileiro de vacinação, pois, após a sua implementação, a incidência de notificações da hepatite A reduziram significativamente em todos os indivíduos, com maior redução em crianças menores de 5 anos, que passou de 949 casos em 2014 para 31 casos em 2017⁽²¹⁾.

Além de números expressivos de não administração de determinadas vacinas, ressalta-se ainda o elevado índice de vacinas administradas em atraso, fator esse que, ao depender do tempo de atraso, pode levar a perda da administração do imunobiológico por passar da idade recomendada, além de aumentar o risco e suscetibilidade do indivíduo a doenças e seus agravos. Atrasos e falhas na cobertura vacinal indígena podem ter como fatores associados as dificuldades de locomoção das equipes à aldeia, uma vez que a mesma se localiza a 42



km do Polo Base de referência; a falta dos insumos necessários ou vacina, uma vez que os dados do presente estudo apontam não administração e administração de determinadas vacinas que deveriam ser realizadas de forma simultânea, ex: 1º reforço de DTP e Tetra Viral; a ausência da família no dia que da ação de imunização na aldeia ou mesmo a recusa ou resistência por parte dos pais ou responsáveis podem também estar associados.

Segundo o boletim SasiSUS, as principais falhas encontradas, que dificultam o aumento da cobertura vacinal preconizada, estão dificuldade no cumprimento do cronograma de entrada das equipes nas aldeias; a limitação na oferta de determinados imunobiológicos por parte de alguns laboratórios e liberação insuficiente de alguns municípios, principalmente na região Norte e Nordeste⁽⁹⁾.

Devido aos achados, torna-se imprescindível investigar e intervir nas possíveis causas da baixa cobertura vacinal e seus atrasos. Pois, como relatado pelos profissionais responsáveis pela vacinação indígena, as atividades educativas estão sendo realizadas, resultando em interesse e procura por parte dos indígenas para a vacinação. Com isto, possíveis falhas podem estar inseridas no contexto do próprio serviço de saúde indígena, como gerenciamento das ações de imunização e maior controle dos aprazamentos, tendo em vista os baixos números de presença dessas anotações para retorno.

Ressalta-se ainda que, os números de atrasos podem ter relação com o atual cenário pandêmico do novo coronavírus (COVID-19), uma vez que a coleta de dados foi realizada em Janeiro de 2021, alguns meses após a explosão da pandemia e das recomendações de quarentena que afetaram todas as comunidades, em especial a comunidade indígena por ser uma população vulnerável.

O Ministério da Saúde⁽²²⁾ recomenda que no cartão de vacina sejam realizadas anotações legíveis de data da vacinação, lote da vacina e unidade de saúde de administração em conjunto com a assinatura do profissional. A presença do aprazamento pode facilitar a identificação por parte do profissional das doses a serem administradas, bem como auxiliar os pais ou responsáveis na identificação da data de retorno, diminuindo assim atrasos ou perdas da data de vacinação. Porém, além do aprazamento, o presente estudo apresentou baixos índices de anotação do nome da unidade de administração da vacina e do nome do profissional. Esses registros são de suma importância uma vez que contribuem no controle individual vacinal, assim como auxilia outros profissionais em situações futuras de possíveis intercorrências. Especificamente no caso da população indígena, os cartões de vacina ficam arquivados no Polo Base de referência e são fornecidos aos pacientes sempre que solicitado pelo mesmo.

Apesar dos resultados apontarem um expressivo número de vacinas não administradas, é louvável o índice de calendários vacinais em dia. Este achado pode ter relação com as estratégias citadas pelos profissionais de enfermagem, pois atividades de educação em saúde, visitas domiciliares e abordagem da comunidade podem aumentar a cobertura vacinal, comprovando desta forma, a eficácia dessas ações no âmbito da imunização⁽²³⁾. No entanto, cabe a intensificação dessas ações e a busca de novas estratégias para aumento da cobertura vacinal nessa população.

É possível que haja associação entre o conhecimento e a corresponsabilização sobre vacinação entre os indígenas, uma vez que essa comunidade não vive em isolamento e mantém constante contato com a sociedade não indígena e as tecnologias. Desta forma, é de notável importância que se investigue diretamente com esta comunidade sobre suas crenças e conhecimento acerca da vacinação.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a verificação do estado vacinal de crianças e adolescentes indígenas de uma aldeia da etnia Akwê-Xerente, bem como identificou as estratégias dos profissionais da imunização para aumento da cobertura vacinal. Desta forma, conclui-se que pouco mais da metade apresentava calendário vacinal em dia. Feito este que pode ter relação direta com as ações realizadas para aumento da cobertura vacinal relatadas pelos profissionais responsáveis pela imunização desta comunidade, como a busca ativa desses indígenas, as rodas de educação em saúde e o auxílio das lideranças nas atividades de saúde.



Todavia, evidenciaram-se expressivo número de doses não administradas de vacinas de suma importância no contexto desta comunidade, como Rotavírus, Varicela, Meningocócica C e Pneumocócica 10, entre outras resultando em percentual expressivo de calendários vacinais incompletos ou em atraso, o que pode vir a se tornar um futuro problema de saúde. Diante disto, evidencia-se a necessidade de identificar as possíveis causas desses atrasos, possibilitando a realização de intervenções que resultarão no aumento da cobertura vacinal e consequentemente, na promoção da saúde para esses povos, reduzindo a possibilidade de adoecimento por doenças imunopreveníveis.

No que tange aos registros dos imunobiológicos, observou-se que boa parte das anotações apresentavam o preconizado, porém, ressalta-se a importância de registro do apazamento, conforme recomenda o Ministério da Saúde, uma vez que este pode auxiliar no controle e busca ativa contribuindo para o aumento da cobertura vacinal.

O presente estudo fornece informações da realidade do estado vacinal do povo Akwê- Xerente da aldeia Brejó Cumprido e contribui desta forma, para melhor observação e discussão da realidade visando a elaboração de estratégias que auxiliem no aumento da cobertura vacinal indígena.

Como intervenção dos achados aqui expostos, ressalta-se que foram repassados os nomes das crianças e das respectivas vacinas que constavam atraso vacinal para os profissionais do Polo Base de referência da supracitada aldeia.

Como limitação de estudo, destaca-se que a presente pesquisa demonstra a realidade de apenas uma aldeia, de população relativamente mediana. Para melhor observação da realidade indígena, cita-se a necessidade da realização de outros estudos que possibilitem maior abrangência populacional no que tange a saúde, uma vez que estudos com indígenas são escassos e desatualizados, dificultando assim, a realização de uma melhor análise situacional.

REFERÊNCIAS

1. Brito CAG. A história da saúde indígena no Brasil e os desafios da pandemia de Covid-19 [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020[cited 2023 Feb 9]. Available from: <https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1779-a-historia-da-saude-indigena-no-brasil-e-os-desafios-da-pandemia-de-covid-19.html>
2. Ministério da Saúde (BR). Programa de Qualificação de agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento: saúde, doença e atenção nos territórios indígenas. 2016. Brasília: Ministério da Saúde.
3. Garnelo L, Pontes AL. Saúde Indígena: uma introdução ao tema [Internet]. Brasília: MEC-SECADI; 2012[cited 2023 Feb 9]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf
4. Sousa MC, Scatena JHG, Santos RV. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007[cited 2019 Aug 20];23(4):853-61. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RSfQ5HXFP8SF3Gkwmc6qbFk/?lang=pt>
5. Ministério da Saúde (BR). Saúde Indígena. Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) [Internet]. 2017[cited 2019 Aug 28]. Available from: <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>
6. Ministério da Saúde (BR). Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós- vacinação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://sbim.org.br/images/files/manual-vigilancia-epidemiologica-eventos-vacinacao-4ed.pdf>
7. Costa DC. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. Cad Saúde Pública [Internet]. 1987[cited 2019 Aug 28];4:388-401. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/D3qjZPh3mrgzz5YcGxxzcFj/?lang=pt>
8. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
9. Ministério da Saúde (BR). Saúde Indígena: Análise da situação de saúde no SasiSUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019[cited 2021 Mar 20]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf



10. Coimbra Jr. CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):125–32. <https://doi.org/10.1590/S1413-8123200000100011>
11. CIMI. Relatório Violência contra os povos indígenas no Brasil [Internet]. 2017[cited 2019 Sep 01]. Available from: https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-violencia-contra-povos-indigenas_2017-Cimi.pdf
12. Organização Pan-Americana da Saúde OMS. Dez ameaças à saúde que a OMS combaterá em 2019 [Internet]. 2018[cited 2019 Sep 01]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combaterá-em-2019&Itemid=875
13. Garnelo L. Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. *Hist, Ciênc, Saúde-Manguinhos*. 2011;18(1):175-90. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/6kxxxbdd48886tpF4MxwtgJ/?lang=pt>
14. Kfourri RA, Cunha J, Sarinho EC, Solé D, Lima EJJ, Cocco RR, et al. Vacina Rotavírus segurança e alergia alimentar: posicionamento das Sociedades Brasileiras de Alergia e Imunologia (ASBAI), Imunizações (SBIIm) e Pediatria (SBP). *Arq Asma Alerg Imunol*. 2017;1(1). <https://doi.org/10.5935/2526-5393.20170006>
15. Safadi MAP, Berezin EN, Oselka GW. Uma avaliação crítica das recomendações para o uso de vacinas meningocócicas conjugadas. *J Pediatr*. 2012;88(3). <https://doi.org/10.2223/JPED.2167>
16. Ministério da Saúde (BR). Anexo V: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 Mar 15]. Available from: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Calend%C3%A1rio%20de%20Vacina%C3%A7%C3%A3o/INSTRUCAO%20NORMATIVA%202020.pdf>
17. Ministério da Saúde (BR). Manual de normas e procedimentos para vacinação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014[cited 2021 Mar 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf
18. Hirose M, Gilio AE, Ferronato AE, Ragazzi SLB. Impacto da vacina varicela nas taxas de internações relacionadas à varicela: revisão de dados mundiais. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(3):359-66. <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2016.03.001>
19. Manetti CL, Fernandes B, Oliveira DK, Banovski DC, Araújo SP, Brusque CEP, et al. Varicela grave: An analysis of compulsory notifications, Brazil 2012 to 2019. *RSD*. 2021;10(2):e7510212026. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12026>
20. Maia JKO, Travassos PNC, Cruz MR, Lima RKS, Mendonça IS, Maia RLSN, et al. Hepatites Virais em Indígenas: uma análise epidemiológica. In: Silva Neto BR (Org.). *Alicerces e Adversidades das ciências na saúde do Brasil: Vol 5* [Internet]. Atena; 2019[cited 2021 Mar 20]. p. 149-156. Available from: <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/post/hepatites-virais-em-indigenas-uma-analise-epidemiologica>
21. Brito WI, Souto FJD. Vacinação universal contra hepatite A no Brasil: análise da cobertura vacinal e da incidência cinco anos após a implantação do programa. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;(23):e200073. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200073>
22. Ministério da Saúde (BR). Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2021 Apr 19] Available from: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/09/manual-cries-9dez14-web.pdf>
23. Assad SGB, Corvino MPF, Santos SCP, Cortez EA, Souza FL. Educação em saúde e atividades de vacinação: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 28];(11):410-21. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30590>