







Análise da situação vacinal de idosos

Analysis of the vaccination status of older adults

Análisis de la situación vacunal de los adultos mayores

Como citar este artigo:

Ferreira PCS, Oliveira NGN, Tavares DMS, Machado DCM. Analysis of the vaccination status of older adults. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03723. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020007403723>

 Pollyana Cristina dos Santos Ferreira¹
 Nayara Gomes Nunes Oliveira¹
 Darlene Mara dos Santos Tavares¹
 Daniele Cristina Marques Machado¹

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic characteristics, functional capacity and vaccination status of older adults, and to verify the factors associated with the incomplete vaccination status and the absence of the vaccination card. **Method:** Cross-sectional and analytical study conducted with older adults living in the city of Uberaba (MG). The following analyzes were carried out: descriptive, bivariate and multinomial logistic regression ($p < 0.05$). **Results:** A total of 576 older adults participated. Most of them were women, in the 70-80 age group, with partner, low education and income, living with someone, independent in basic activities of daily living and with partial dependence on instrumental activities. The highest percentage was for older adults who had incomplete vaccination status, especially regarding the absence of immunization for Hepatitis B. Individual monthly income ≤ 1 minimum wage ($p = 0.002$) and single-person housing arrangement ($p = 0.010$) were associated with the incomplete vaccination status, and the absence of the vaccination card, with the lowest level of education ($p = 0.039$). **Conclusion:** Low income and education, as well as living alone, are factors associated with inadequate vaccination status among older adults in the community. The need for primary care nurses to develop strategies to increase vaccination coverage among older adults with these characteristics is emphasized.

DESCRIPTORS

Aged; Vaccines; Immunization; Health of the Elderly; Geriatric Nursing.

Autor correspondente:

Pollyana Cristina dos Santos Ferreira
Av. das Torres, 572, Boa Vista
CEP 38070-500 – Uberaba, MG, Brasil
pollyana.ferreira@uftm.edu.br

Recebido: 21/02/2020
Aprovado: 09/11/2020

INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade é um fenômeno global, o qual tem ocorrido de maneira distinta em vários países. Essa alteração no perfil demográfico acaba por refletir em novas demandas a serem enfrentadas pelo setor de saúde, visto que nessa faixa etária, de maneira geral, há maior frequência de morbidades, incapacidades funcionais e necessidade de acesso aos serviços mais especializados e de maior custo⁽¹⁻²⁾. Com o avançar da idade, a ocorrência de doenças infecciosas também pode aumentar e a vacinação torna-se essencial, já que constitui a melhor estratégia para o enfrentamento das infecções imunopreveníveis⁽²⁾.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde⁽³⁾ recomenda que o idoso seja imunizado com as vacinas de Hepatite B, Difteria e Tétano (dT), Febre Amarela, mediante avaliação do médico para aqueles que possuem risco de contrair a doença, e Influenza Sazonal (H1N1). A avaliação e o acompanhamento da situação vacinal dos idosos pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, favorecem o estabelecimento de ações de prevenção de doenças imunopreveníveis e, consequentemente, contribuem com a redução de complicações e taxas de hospitalização⁽²⁾.

O Brasil destaca-se como um dos países do mundo em que há maior disponibilização de vacinas à população⁽³⁾. Entretanto, a falta de adesão dos idosos a essa prática de saúde, constatada em inquéritos nacionais^(2,4) e internacionais⁽⁵⁻⁶⁾, expressa a necessidade de mais investigações. Ademais, as associações dos fatores socioeconômicos e condições de saúde foram verificadas em relação à situação vacinal dos idosos, porém, com enfoque na adesão à vacina Influenza Sazonal^(2,4,7). Observa-se que as pesquisas com essa temática ainda são incipientes, em especial a avaliação da situação vacinal do idoso e os fatores associados^(5,8). Assim, a ampliação do conhecimento torna-se relevante, tendo em vista a sua contribuição para o desenvolvimento de estratégias para o aumento da cobertura vacinal entre os idosos.

Mediante o exposto, considera-se a relevância da vacinação na minimização dos riscos de adoecimento e das complicações por infecções imunopreveníveis, além da hipótese de que os fatores sociodemográficos e a independência funcional estão relacionados à situação vacinal do idoso. A partir disso, o presente estudo teve por objetivos descrever as características sociodemográficas, a capacidade funcional e a situação vacinal de idosos, bem como verificar os fatores associados à situação vacinal incompleta e à ausência do cartão de vacinas dos idosos.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo com abordagem quantitativa, tipo inquérito domiciliar, transversal e analítico.

CENÁRIO

Este estudo foi desenvolvido na zona urbana de Uberaba (MG) e é parte integrante de um projeto maior, intitulado

“Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)”.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os critérios de inclusão foram ter 60 anos ou mais de idade e residir na zona urbana de Uberaba (MG). Excluíram-se os idosos com declínio cognitivo, que apresentavam sequelas graves de acidente vascular cerebral com perda localizada de força e afasia, doença de Parkinson em estágio grave ou instável com comprometimentos graves da motricidade, fala, audição e/ou afetividade, pois impossibilitaria a realização das avaliações.

AMOSTRA

A população, selecionada por processo de amostragem por conglomerado em múltiplo estágio, foi constituída por idosos residentes na área urbana de Uberaba (MG). O cálculo do tamanho amostral considerou uma prevalência de situação vacinal incompleta entre idosos da comunidade de 22,9%⁽⁹⁾, com precisão de 3,5% e intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 36.703 pessoas com 60 anos ou mais de idade, chegando-se a uma amostra de 576 idosos.

Foram entrevistados 823 idosos, dos quais 247 apresentaram declínio cognitivo. Assim, 576 idosos compuseram a amostra final do estudo.

COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi desenvolvida no domicílio dos idosos, de março de 2017 a junho de 2018, por meio de entrevista direta, que foram realizadas por dez entrevistadores, os quais passaram por treinamento, capacitação e abordagem sobre questões éticas da pesquisa. Anteriormente à entrevista, realizou-se o rastreio cognitivo por meio do Minixame do Estado Mental (MEEM), com a versão traduzida e validada no Brasil, considerando os pontos de corte propostos por Brucki et al.⁽¹⁰⁾. As características sociodemográficas foram obtidas mediante a aplicação de um questionário estruturado, elaborado pelos membros do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, com base na literatura e na *expertise* dos pesquisadores.

As atividades básicas de vida diária (ABVD) foram mensuradas por meio do Índice de Katz, adaptado à realidade brasileira e composto por seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado⁽¹¹⁾. Para as AIVD (Atividades instrumentais da vida diária), utilizou-se a Escala de *Lawton & Brody*, que permite a classificação mediante uma pontuação que varia de sete (maior nível de dependência) a 21 pontos (independência completa), categorizando o idoso como dependente total (7 pontos), parcial (8 a 20 pontos) e independente (21 pontos)⁽¹²⁾.

Quanto à situação vacinal, os dados foram identificados mediante análise do cartão de vacinas do idoso, segundo recomendações do Ministério da Saúde⁽³⁾ (Quadro 1). Consideram-se adequados os cartões com as vacinas conforme especificadas no Quadro 1. Destaca-se que foram selecionadas as vacinas rotineiras no calendário vacinal

do idoso e disponibilizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (MG), no período de 2017 a 2018. No Brasil, desde 2017, a vacina contra a febre amarela é recomendada aos idosos que moram ou tenham que se deslocar para áreas de transmissão da doença⁽¹³⁾, como o local de realização da presente pesquisa⁽¹⁴⁾.

Quadro 1 – Vacinas de rotina e disponíveis pelo Sistema Único de Saúde do calendário vacinal dos idosos.

	Vacina	Dose
60 anos ou mais	Hepatite B	Três doses (0-1-6 meses)
	Febre Amarela	Uma dose
	Influenza Sazonal (H1N1)	Dose anual
	Difteria e Tétano (dT)	Uma dose a cada dez anos (reforço) O cartão deve conter três doses dessa vacina.

Fonte: Brasil, 2017⁽³⁾.

As variáveis utilizadas no atual estudo foram sexo (feminino; masculino), faixa etária em anos (60-70; 70-80; 80 ou mais), estado conjugal (solteiro (a); mora com companheiro (a); viúvo (a); separado/desquitado/divorciado (a)), escolaridade em anos completos de estudo (nenhum; 1-5; 5 ou mais), renda individual mensal em salários mínimos (≤ 1 ; > 1), arranjo de moradia (acompanhado (a); só); capacidade funcional (ABVD: dependente e independente; AIVD: dependente total, dependente parcial e independente), situação vacinal (completa; incompleta; ausência do cartão de vacinas).

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Construiu-se um banco de dados eletrônico, no programa Excel®, com dupla digitação. Após a verificação das inconsistências entre as duas bases de dados e a sua correção, o banco de dados foi importado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 22.0, para análise.

Os dados foram submetidos à análise de frequência absoluta e relativa. Para verificar os fatores associados à situação vacinal, realizou-se a análise bivariada preliminar, empregando-se o teste *Qui-quadrado*. As variáveis de interesse que atenderam o critério estabelecido ($p \leq 0,10$) foram introduzidas no modelo de regressão logística multinomial ($p < 0,05$). Considerou-se como desfecho a situação vacinal. Nas variáveis preditoras, foram considerados sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, renda individual mensal, arranjo de moradia e capacidade funcional para ABVD e AIVD. Para as análises bivariadas e regressão logística multinomial, foram dicotomizadas as variáveis faixa etária (60-80 anos; 80 anos ou mais), estado conjugal (com e sem companheiro), renda individual mensal (≤ 1 ; > 1) e capacidade funcional para as AIVD (dependente total/parcial; independente). A variável escolaridade foi utilizada na forma quantitativa, considerando os anos completos de estudo.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, Protocolo nº 2.053.520, em maio de 2017, seguindo todos os preceitos da Resolução n.466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Após a anuência do idoso e a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conduziu-se à entrevista.

RESULTADOS

Houve predomínio de idosos do sexo feminino (65,3%), na faixa etária de 60-70 anos (42,5%), que tinham companheiro (a) (45,3%), com 1-5 anos de escolaridade (45,7%), renda mensal individual ≤ 1 (53,6%), que moravam acompanhados (82,8%), independentes nas ABVD (94,3%) e dependentes parciais nas AIVD (68,6%). Entre os idosos, maior percentual estava com a situação vacinal incompleta (36,1%). Dentre as vacinas faltantes, a Hepatite B (30,4%) e a dT (16,1%) foram as mais frequentes (Tabela 1).

A Tabela 1 apresenta a situação vacinal dos idosos da comunidade de Uberaba (MG).

Tabela 1 – Situação vacinal dos idosos da comunidade – Uberaba, MG, Brasil, 2017-2018.

Variáveis	n	%
Situação vacinal		
Completa	188	32,6
Incompleta	208	36,1
Ausência do cartão de vacinas	180	31,3
Vacinas faltantes		
Hepatite B	246	30,4
Difteria e Tétano (dT)	130	16,1
Febre Amarela	120	14,8
Influenza Sazonal (H1N1)	22	2,7

Para verificar os fatores associados à situação vacinal, realizou-se a análise bivariada preliminar. Foram inseridas no modelo multivariado as variáveis que atenderam ao critério adotado ($p \leq 0,10$): renda individual mensal ($p = 0,013$), arranjo domiciliar ($p = 0,039$) e AIVD ($p = 0,080$) (Tabela 2).

A Tabela 2 apresenta a análise bivariada preliminar das variáveis sociodemográficas e capacidade funcional, segundo situação vacinal dos idosos da comunidade de Uberaba (MG).

Consolidaram-se como fatores associados à situação vacinal incompleta a renda individual mensal ≤ 1 salário mínimo ($p = 0,002$) e o arranjo de moradia unipessoal ($p = 0,010$). Para a ausência do cartão de vacinas, o fator associado foi a menor escolaridade ($p = 0,039$).

A Tabela 3 apresenta o modelo final de regressão logística multinomial para variáveis sociodemográficas e capacidade funcional nas AIVD associadas à situação vacinal dos idosos da comunidade de Uberaba (MG).

Tabela 2 – Análise bivariada com as variáveis sociodemográficas e a capacidade funcional de acordo com a situação vacinal dos idosos da comunidade – Uberaba, MG, Brasil, 2017-2018.

	Situação vacinal						p*
	Completa		Incompleta		Ausência do cartão de vacinas		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,900
Feminino	125	33,2	135	35,9	116	30,9	
Masculino	63	31,5	73	36,5	64	32,0	
Faixa etária							0,480
60-80	156	32,0	174	35,7	157	32,2	
80 ou mais	32	36,0	34	38,2	23	25,8	
Estado conjugal							0,566
Com companheiro (a)	84	32,2	100	38,3	77	29,5	
Sem companheiro (a)	104	33,0	108	34,3	103	32,7	
Renda individual mensal							0,013
≤ 1	112	36,2	95	30,7	102	33,0	
> 1	76	28,5	113	42,3	78	29,2	
Arranjo domiciliar							0,039
Só	40	40,4	25	25,3	34	34,3	
Mora acompanhado (a)	148	31,0	183	38,4	146	30,6	
ABVD**							0,948
Independente	178	32,8	196	36,1	169	31,1	
Dependente	10	30,3	12	36,4	11	33,3	
AIVD***							0,080
Independente	70	39,1	60	33,5	49	27,4	
Dependente total/parcial	118	29,7	148	37,3	131	33,0	

Nota: *p ≤ 0,10; **Atividades básicas da vida diária; ***Atividades instrumentais da vida diária.

Tabela 3 – Modelo final de regressão logística multinomial para variáveis sociodemográficas e capacidade funcional nas AIVD associadas à situação vacinal dos idosos da comunidade – Uberaba, MG, Brasil, 2017-2018.

	Situação vacinal					
	Incompleto			Ausência do cartão de vacinas		
	OR*	IC95%**	p***	OR*	IC95%**	p***
Renda mensal individual						
>1	1			1		
≤1	1,95	(1,28-2,98)	0,002	1,25	(0,81-1,93)	0,231
Arranjo de Moradia						
Acompanhado	1			1		
Mora só	1,08	(1,19-3,63)	0,010	1,17	(0,69-1,97)	0,543
AIVD****						
Independente	1			1		
Dependente total/parcial	1,36	(0,92-2,01)	0,107	1,32	(0,89-1,97)	0,071
Escolaridade	0,98	(0,94-1,03)	0,227	1,40	(1,02-1,94)	0,039

Nota: *OR: Odds Ratio; **IC: Intervalo de confiança; ***p < 0,05; ****Atividades instrumentais da vida diária; 1-Categoria de referência.

DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos obtidos na atual pesquisa corroboram estudos nacionais e internacionais desenvolvidos entre idosos comunitários, os quais verificaram maior percentual de mulheres^(2,9,15-17), com faixa etária mais elevada^(9,16), que morava com companheiro^(2,14-15) e com baixas renda e escolaridade^(2,15-16). Em relação à capacidade funcional, os idosos apresentaram maior dependência nas AIVD do que para as ABVD, o que se assemelha a outras pesquisas conduzidas na comunidade⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. A avaliação da capacidade funcional é essencial, pois permite verificar a necessidade de auxílio aos idosos em atividades de manutenção e promoção da própria saúde⁽¹⁹⁾, a exemplo da vacinação.

O maior percentual daqueles com situação vacinal incompleta diverge do identificado no inquérito conduzido com idosos da comunidade de Teófilo Otoni (MG), no qual 77,1% possuíam cartão de vacinas completo, o que, segundo as autoras, pode indicar facilidade de acesso aos serviços de atenção primária e adesão às campanhas de imunização⁽¹⁰⁾. A adesão à vacinação entre idosos está relacionada às recomendações dos profissionais de saúde, além da facilidade de acesso ao serviço e das atitudes e crenças em relação a essa prática. Adicionalmente, os idosos que mantêm relação mais próxima com os serviços de saúde apresentam maiores chances de obterem informações e estímulos para essa prática de autocuidado⁽²⁰⁻²¹⁾.

Entre idosos, há maior incidência de determinadas doenças infecciosas, tornando-as importantes causas de morbimortalidade nessa população, o que salienta a importância da vacinação, a qual constitui a melhor estratégia de prevenção⁽²⁾. Assim, é primordial que os profissionais de saúde, em destaque a equipe de enfermagem, orientem os idosos sobre a necessidade de manterem atualizado o cartão de vacinas⁽²²⁾, seja por meio das campanhas de vacinação, busca ativa, educação em saúde, sala de espera, entre outras possibilidades.

O estudo demonstrou baixa adesão à vacina Hepatite B. Pesquisa conduzida no Líbano com indivíduos de 14 a 89 anos identificou que, entre aqueles que possuíam infecção pelo vírus da hepatite B, 26% eram idosos⁽²³⁾. Estudo realizado em Minas Gerais incluindo pessoas com 60 anos ou mais verificou um decréscimo nos casos de hepatite B a partir do ano de 2007. Contudo, destacam que, entre os casos notificados, a maioria dos indivíduos não havia sido imunizada ou possuía esquema vacinal incompleto para hepatite B⁽²⁴⁾. No Brasil, em 2016, foi ampliada a oferta da vacina contra hepatite B a todos os grupos populacionais, independente da faixa etária ou condição de vulnerabilidade, em especial aos idosos, os quais, com o aumento da expectativa de vida e a ascensão da atividade sexual sem práticas seguras, estão expostos ao risco de adquirirem infecções sexualmente transmissíveis⁽²⁵⁾. Inquérito internacional, realizado nas Filipinas, identificou que as altas taxas de prevalência de infecção pelo vírus da hepatite B estavam relacionadas à falta de prevenção, por meio das vacinas, e de tratamento efetivo, quando necessário. Assim, ressalta-se a necessidade de melhor capacitação dos profissionais de saúde⁽²⁶⁾ para ações que viabilizem o

aumento das coberturas vacinais, como a Hepatite B, nesse grupo etário.

Em relação à vacina dT, pesquisa internacional multicêntrica verificou que 53% dos casos de indivíduos com tétano eram idosos, sendo que a imunização se configurou como fator crítico no que diz respeito à prevenção dos casos, ao estabelecimento da doença e à evolução para óbito, especialmente entre aqueles com idade mais avançada⁽²⁷⁾. Durante o processo de envelhecimento humano, ocorre a queda dos níveis séricos de antitoxina tetânica, o que, aliado a outros fatores, como a não completude do esquema de vacinação, incluindo os reforços, pode contribuir para o aumento do número de casos da doença⁽⁸⁾. Ademais, no Brasil, em relação aos casos de difteria, considerando o declínio da imunidade com o decorrer do tempo e a falta de adesão ao esquema completo com os reforços da vacina, mediante a um contexto de intensa recepção de imigrantes no país, destaca-se que esses fatores podem contribuir para o aumento do número de casos⁽²⁸⁾.

Sobre a vacina contra febre amarela, ocorreram mudanças no Brasil a partir de 2017⁽¹³⁾. De acordo com recomendação do Ministério da Saúde, deverão ser imunizados apenas os idosos que residirem ou que tenham que se deslocar para áreas onde ocorre a transmissão da doença, sendo imprescindível que o profissional de saúde avalie o risco e o benefício para a primovacinação⁽¹³⁾. Nesse sentido, é possível, embora não investigado, que parte dos idosos não tenha recebido a vacina, devido às recomendações médicas. Por outro lado, o alto percentual de idosos imunizados contra Influenza Sazonal pode estar relacionado ao desempenho das campanhas de vacinação, divulgação na mídia, além do acesso aos serviços de atenção primária à saúde disponível à população.

Assim como no atual estudo, pesquisas realizadas com idosos brasileiros evidenciaram a menor renda como condição negativa para a adesão à vacinação^(2,15-16). Investigação nacional realizada com idosos identificou que aqueles que residiam sozinhos eram mais susceptíveis aos problemas de saúde e às piores condições físicas e de comportamento⁽²⁹⁾. Entretanto, destaca-se que o envolvimento de outras pessoas no cuidado à saúde, como um parceiro, por exemplo, é essencial nessa fase da vida, visto que poderá contribuir com a adoção de práticas de autocuidado, como a vacinação, por meio do incentivo e acompanhamento ao serviço de saúde⁽³⁰⁾. Desse modo, atenção deve ser dada pelos enfermeiros a esse público no sentido de oferecer e identificar redes de apoio social que possam contribuir com o acesso e adesão às ações de imunização.

A menor escolaridade esteve associada à ausência do cartão de vacinas. Ressalta-se que o nível educacional pode afetar diretamente a compreensão sobre os benefícios da imunização e as informações fornecidas pelos profissionais de saúde⁽¹⁵⁾. Além da associação com a renda, pessoas com maior escolaridade tendem a procurar com menor frequência os serviços de saúde para atendimento⁽³¹⁾. Nesse contexto, pressupõe-se que as características sociais e econômicas dos idosos entrevistados possam ter contribuído para a não adesão e/ou busca pelos serviços de imunização.

A adesão pode diferir segundo grupos específicos e locais de residência, motivo pelo qual se faz necessário um trabalho de orientação e conscientização a esses idosos e familiares sobre a necessidade da vacinação para o prolongamento do seu bom estado de saúde. Nessa perspectiva, o enfermeiro representa papel importante de atuação, visto que a equipe de enfermagem é responsável pela execução das ações de imunização. Assim, práticas como a educação em saúde para sensibilização do idoso, familiares e comunidade, a divulgação das vacinas disponíveis para essa faixa etária, a triagem apropriada do cartão de vacinas, a busca ativa de faltosos, entre outros aspectos, devem ser implementadas na rotina dos serviços.

A pesquisa apresenta como limitações o delineamento transversal, o que inviabiliza a relação de causalidade dos eventos estudados e a exclusão de idosos com comprometimento cognitivo que pode ter favorecido uma amostra mais saudável. No entanto, a possibilidade de viés de seleção foi minimizada, uma vez que todos os idosos elegíveis foram entrevistados. Os resultados avançam na produção do conhecimento científico e reforçam as discussões sobre a relevância da manutenção do calendário vacinal do idoso, frequentemente condicionada à vacina Influenza Sazonal, no que se refere a essa faixa etária.

Portanto, a identificação dos fatores associados à situação vacinal, nessa fase da vida, pode contribuir para o estabelecimento de ações destinadas a ampliar as coberturas vacinais para essa faixa etária, de forma a favorecer a manutenção da saúde, a prevenção de doenças e a redução dos custos em tratamentos relacionados às doenças imunopreveníveis.

CONCLUSÃO

A avaliação do perfil sociodemográfico e da capacidade funcional dos idosos avaliados segue a tendência nacional, com predomínio de mulheres, faixa etária mais elevada, baixa escolaridade e renda, com companheiro e residindo acompanhados, além de independentes nas ABVD e com dependência parcial para as AIVD. Com o maior percentual de idosos com situação vacinal incompleta, a vacina de Hepatite B destacou-se como menos frequente e observou-se maior adesão à Influenza Sazonal. Nessa conjuntura, infere-se a necessidade de divulgação das alterações no calendário vacinal dos idosos realizadas nos últimos anos no Brasil, reforçando a importância da continuidade e manutenção da imunização nessa fase da vida.

A situação vacinal incompleta associou-se à baixa renda individual e ao arranjo de moradia unipessoal. Já a ausência do cartão de vacinas esteve associada à menor escolaridade, evidenciando que as características da população devem ser consideradas para o estabelecimento de ações direcionadas à prevenção de doenças imunopreveníveis.

Denota-se a importância da enfermagem atuante na atenção primária à saúde para ampliar as coberturas vacinais, visto que não atingiram integralmente a população investigada. Ademais, as baixas renda e escolaridade, bem como o arranjo de moradia unipessoal, são aspectos que devem ser observados para a elaboração de estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos direcionadas a esse segmento populacional.

RESUMO

Objetivo: Descrever as características sociodemográficas, a capacidade funcional e a situação vacinal de idosos, e verificar os fatores associados à situação vacinal incompleta e à ausência do cartão de vacinas. **Método:** Estudo transversal e analítico conduzido com idosos residentes na zona urbana de Uberaba (MG). Procedeu-se às análises descritiva, bivariada e regressão logística multinomial ($p < 0,05$). **Resultados:** Participaram 576 idosos. Predominaram os idosos do sexo feminino, na faixa etária de 70-80 anos, com companheiro, baixa escolaridade e renda, que moravam acompanhados, independentes nas atividades básicas da vida diária e com dependência parcial nas atividades instrumentais. O maior percentual foi para os idosos que possuíam situação vacinal incompleta, sobretudo em relação à ausência da imunização para Hepatite B. Foram associados à situação vacinal incompleta a renda individual mensal ≤ 1 salário mínimo ($p = 0,002$) e o arranjo de moradia unipessoal ($p = 0,010$); e à ausência do cartão de vacinas, a menor escolaridade ($p = 0,039$). **Conclusão:** As baixas renda e escolaridade, bem como residir sozinho, são fatores associados às situações vacinais inadequadas dos idosos da comunidade. Ressalta-se a necessidade de que o enfermeiro da atenção primária desenvolva estratégias para aumentar a cobertura vacinal entre os idosos com essas características.

DESCRITORES

Idoso; Vacinas; Imunização; Saúde do Idoso; Enfermagem Geriátrica.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características sociodemográficas, la capacidad funcional y la situación vacunal de los adultos mayores y comprobar los factores asociados con la situación vacunal incompleta y la ausencia del carnet de vacunación. **Método:** Se trata de un estudio transversal y analítico llevado a cabo con adultos mayores residentes en el área urbana de Uberaba, Minas Gerais, mediante un análisis descriptivo, bivariado y de regresión logística multinomial ($p < 0,05$). **Resultados:** Participaron 576 adultos mayores. Predominaban las mujeres de edad avanzada, 70-80 años, con pareja, bajo nivel de escolaridad e ingresos, que vivían solas, independientes en las actividades básicas de la vida diaria y parcialmente dependientes de las actividades instrumentales. El porcentaje más alto correspondía a los adultos mayores que tenían un estado de vacunación incompleto, especialmente en lo que respecta a la ausencia de inmunización contra la hepatitis B. Los ingresos mensuales individuales ≤ 1 salario mínimo ($p = 0,002$) y la disposición de una vivienda unifamiliar ($p = 0,010$) estaban asociados con el estado de vacunación incompleta, y la ausencia del carnet de vacunación, con un nivel de escolaridad bajo ($p = 0,039$). **Conclusión:** Los ingresos bajos y la educación, así como el hecho de vivir solo, son factores que están asociados a un estado de vacunación inadecuado en adultos mayores de la comunidad. Es importante que el enfermero de atención primaria desarrolle estrategias para aumentar la cobertura de vacunación entre los adultos mayores con dichas características.

DESCRIPTORES

Anciano; Vacunas; Inmunización; Salud del Anciano; Enfermería Geriátrica.

REFERÊNCIAS

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(3):507-19. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
2. Oliveira LP, Lima ABS, Sá KVCS, Freitas DS, Aguiar MIF, Rabêlo PPC, et al. Perfil e situação vacinal de idosos em unidade da Estratégia Saúde da Família. *Rev Pesq Saúde*. [Internet]. 2016 [citado 2019 nov. 18];17(1):23-6. Disponível em: <http://www.periodicos.eletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/5498/3363>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação 2017 [Internet]. Brasília: MS; 2017 [citado 2018 nov. 18]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/03/Calendario-2017-atualizado.pdf>
4. Monteiro CN, Gianini RJ, Stopa SR, Segri NJ, Barros MBA, Cesar CLG, et al. Cobertura vacinal e utilização do SUS para vacinação contra gripe e pneumonia em adultos e idosos com diabetes autorreferida, no município de São Paulo, 2003, 2008 e 2015. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2):e2017272. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200006>
5. Hellfritsch M, Thomsen RW, Baggesen LM, Larsen FB, Sørensen HT, Christiansen CF. Lifestyle, socioeconomic characteristics, and medical history of elderly persons who receive seasonal influenza vaccination in a tax-supported healthcare system. *Vaccine*. 2017;35(18):2396-403. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.03.040
6. Manzoli L, Gabutti G, Siliquini R, Flacco ME, Villari P, Ricciardi W. Association between vaccination coverage decline and influenza incidence rise among Italian elderly. *Eur J Public Health*. 2019;28(4):740-2. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky053>
7. Bekker-Grob EW, Veldwijk J, Jonker M, Donkers B, Huisman J, Buis S, et al. The impact of vaccination and patient characteristics on influenza vaccination uptake of elderly people: a discrete choice experiment. *Vaccine*. 2018;36(11):1467-76. doi:10.1016/j.vaccine.2018.01.054
8. Santos EI, Trigueiro GL, Coutinho LP, Mazoni TE, Bernardes MMR, Santos VO. Imunização dos idosos na América Latina: revisão integrativa da literatura. *Cient Ciênc Biol Saúde*. 2014;16(3):221-7. doi: <http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2014v16n3p%25p>
9. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(8):2489-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11742014>
10. Brucki SMD, Nitri R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro Psiquiatr*. 2003;61(3B):777-781. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>
11. Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):103-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>
12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86. doi: https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
13. Brasil. Ministério da Saúde. Nota informativa n. 94, de 2017. Orientações e indicações de dose única da vacina febre amarela [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2017 nov. 16]. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/nota-ms-fa-170410.pdf>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Municípios conforme áreas de recomendação para vacina febre amarela [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2020 jul. 01]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/listavacinacaofa.pdf>
15. Neves RG, Duro SMS, Tomasi E. Vacinação contra influenza em idosos de Pelotas-RS, 2014: um estudo transversal de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(4):755-66. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000400009>
16. Andrade J, Ayres JA, Alencar RA, Duarte MTC, Parada CMGL. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(1):8-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700003>
17. Zhang Q, Qi W, Wang X, Zhang Y, Xu Y, Qin S, et al. Epidemiology of hepatitis b and hepatitis c infections and benefits of programs for hepatitis prevention in northeastern China: a cross-sectional study. *Clin Infect Dis*. 2016;62(1):305-12. doi: 10.1093/cid/civ859
18. Gavasso WC, Beltrame V. Capacidade funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):399-409. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160080>
19. Souza F, Alexandra MD. Condição multidimensional de saúde dos idosos inscritos na estratégia saúde da família. *Arq Ciênc Saúde*. 2015;22(4):73-7. doi: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.4.2015.157>
20. Moura RF, Andrade FB, Duarte YAO, Lebrão ML, Antunes JLF. Fatores associados à adesão à vacinação antiinfluenza em idosos não institucionalizados, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(10):2157-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00065414>
21. Kan T, Zhang J. Factors influencing seasonal influenza vaccination behavior among elderly people: a systematic review. *Public Health*. 2018;156:67-78. doi:10.1016/j.puhe.2017.12.007
22. Ellen M. Fatores que influenciam as taxas de vacinação contra influenza em idosos: perspectivas dos enfermeiros. *J Nurs Manag*. 2017; 26(2):158-66. doi:10.1111/jonm.12528
23. Rached AA, Kheir SA, Saba J, Ammar W. Epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in Lebanon. *Arab J Gastroenterol*. 2016;17(1):29-33. doi: 10.1016/j.ajg.2016.01.002
24. Gusmão BM, Rocha AP, Fernandes MBS, Dias OV, Costa SM, Pereira FS. Análise do perfil sociodemográfico de notificados para hepatite B e imunização contra a doença. *Rev Online Pesq Cuid Fundam*. 2017;9(3):627-33. doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i3.627-633
25. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância à Saúde; Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Nota informativa n.149, de 2015. Informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano 2016 [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2019 out. 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-1492015>
26. Gisch RG, Sollano Júnior JD, Laparasan A, Ong JP. Chronic hepatitis B virus in the Philippines. *J Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016;31(5):945-52. doi: <https://doi.org/10.1111/jgh.13258>
27. Tosun S, Batirel A, Oluk AI, Aksoy F, Puca E, Bénézit F, et al. Tetanus in adults: results of the multicenter IDIRI study. *Eur J Clin. Microbiol Infect Dis*. 2017;36(8):455-62. doi: 10.1007/s10096-017-2954-3

28. Benedetti MSG. Difteria em Roraima: uma análise epidemiológica no período de 1989 a 2017. *Braz J Health Rev.* 2019;2(1):571-9.
29. Negrini ELD, Nascimento CF, Silva A, Antunes JLF. Quem são e como vivem idosos que vivem sozinhos no Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(5):542-50. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180101>.
30. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(4):1263-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>
31. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Fachinni LA. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública.* 2017;51(1):50. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006661>

Apoio financeiro:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
Processo 301704/2012-0. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Processo APQ-00866-12.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.