



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



MARIA AGLAIR BRAZ MOTA

**PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE
A PRÁTICA DE IMUNIZAÇÃO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

**FORTALEZA - CE
2014**

MARIA AGLAIR BRAZ MOTA

**PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE
A PRÁTICA DE IMUNIZAÇÃO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Área de Concentração: Saúde da Família

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Rocineide Ferreira da Silva

**FORTALEZA – CE
2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Mota, Maria Aglair Braz .

Percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre a prática de imunização nas unidades de atenção primária à saúde [recurso eletrônico] / Maria Aglair Braz Mota. - 2014.

1 CD-ROM: 4 ½ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 92 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientação: Prof.ª Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva.

1. Enfermagem. 2. Vacina . 3. Atenção Primária. I. Título.

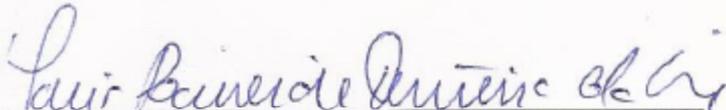
MARIA AGLAIR BRAZ MOTA

**PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE
A PRÁTICA DE IMUNIZAÇÃO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

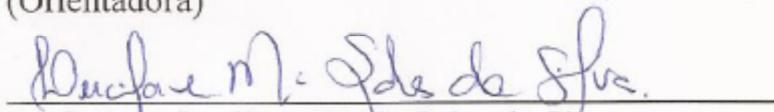
Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.
Área de Concentração: Saúde da Família

Aprovada em: 01/04/2014

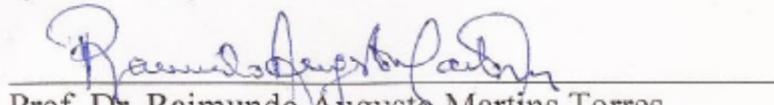
BANCA EXAMINADORA:



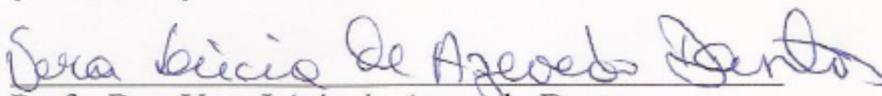
Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva
(Orientadora)



Profa. Dra. Lucilane Maria Sales da Silva
(1º membro)



Prof. Dr. Raimundo Augusto Martins Torres
(2º membro)



Profa. Dra. Vera Lúcia de Azevedo Dantas
(Suplente)

Dedico este trabalho à minha família,
especialmente aos meus filhos,
Ícaro e Camila
meus grandes amores
proporcionando um sentido especial à minha
existência, que no dia a dia estão presentes
comigo e vivenciaram cada etapa deste estudo,
pela compreensão e rara paciência com a qual
enfrentaram esta travessia nos
vários momentos das minhas
longas ausências.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força que me destes para enfrentar os desafios diários encontrados no meu caminho ao longo do mestrado e me permitiste chegar até esta etapa, um Deus que, mesmo diante dos meus defeitos e falhas, nunca me abandona.

Aos meus familiares, que sempre me incentivaram e apoiaram ao longo desta jornada e nos momentos mais difíceis.

À Prof.^a Dr.^a Maria Rocineide Ferreira da Silva, minha orientadora, pela sua disponibilidade, pelos seus ensinamentos imensuráveis, dedicando sua atenção e conhecimentos na realização desta pesquisa e me acolhendo no momento em que mais precisei.

Ao Curso de Mestrado Profissional Saúde da Família/UECE/FIOCRUZ, na pessoa da coordenadora, Prof.^a Dr.^a Ana Patrícia, pelo imenso apoio que nos foi dado, contribuindo para minha formação profissional.

A todos os professores do Mestrado Profissional Saúde da Família/UECE/FIOCRUZ, que contribuíram para a minha formação profissional, colaborando em mais uma etapa na minha vida.

Aos meus queridos amigos da 1^a Turma do Mestrado Profissional de Saúde da Família/UECE/FIOCRUZ, pelos momentos especiais de aprendizado e de alegrias compartilhados durante todo esse período.

Aos enfermeiros da SER IV, que prontamente aceitaram participar deste estudo, com suas falas que enriqueceram os resultados aqui apresentados.

Às minhas amigas enfermeiras e companheiras de trabalho da UAPS Ocelo Pinheiro, em especial a enfermeira Verônica Figueiredo, pelo companheirismo e pela amizade sincera, que me ajudaram e apoiaram para a realização deste estudo.

À Prof.^a Dr.^a Lucilane Sales, ao Dr. Augusto Torres e à Dr.^a Vera Dantas por aceitar em participar da banca e por suas valiosas e essenciais contribuições para a elaboração deste trabalho.

Minha gratidão a todos os que colaboraram, direta e indiretamente, para que este trabalho fosse realizado.

RESUMO

MOTA, M.A.B. **Percepção do enfermeiro da ESF sobre a prática de imunização nas unidades de atenção primária à saúde.** 2014. 92f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 2014.

Investigou-se sobre as práticas de imunização nas Unidades de Atenção Primária a Saúde, no intuito de apreender a percepção dos enfermeiros da ESF sobre suas ações no programa de imunização. Trata-se, portanto, de um estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com 12 profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família das Unidades de Atenção Primária a Saúde, pertencentes à Secretaria Executiva Regional IV, do Município de Fortaleza-CE. A coleta de dados aconteceu nos meses de outubro a dezembro de 2013, por meio da técnica de entrevista com roteiro semiestruturado. A análise das informações referentes ao perfil dos participantes foi realizada descritivamente e as entrevistas organizadas em discurso, por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob o Parecer n.º 365.362. Os resultados apontam para a persistência da feminização na Enfermagem brasileira, os sujeitos da pesquisa encontravam-se na faixa etária de 31 a 40 anos e com tempo de formado de 11 a 20 anos. Identificou-se a participação dos enfermeiros em cursos de pós-graduação, principalmente relacionados à Atenção Básica. Com relação às percepções dos enfermeiros sobre a prática de imunização nas UAPS, eles admitem ser o enfermeiro o profissional da equipe que possui maior competência para gerenciar o programa de imunização, mas relataram a necessidade de uma atuação mais efetiva voltada para a supervisão diária, controle dos imunobiológicos, práticas educativas, acompanhamento do esquema vacinal na área adscrita, e que o excesso de funções no cotidiano do ESF constitui realidade deletéria da qualidade dos serviços de imunizações. Consideraram que são raras as iniciativas de capacitações em serviço oferecidas pela Educação permanente, e sentem-se despreparados para essa atividade. Os resultados e conclusões expressos neste estudo apontam para a importância das ações dos profissionais de Enfermagem nos programas de imunização e no enfrentamento das dificuldades encontradas pela equipe de saúde no seu cotidiano, reafirmando a necessidade de incrementar ações preventivas básicas. Espera-se que essa investigação possibilite reflexões sobre as ações desenvolvidas nos processos de trabalho da equipe do ESF, questionando e avaliando a qualidade dos serviços prestados no programa de imunização. Dessa forma, é necessário repensar formas para superar essas situações, rever o processo de trabalho em salas de vacinas, garantir a oferta de serviço relevante, visto ser a equipe de saúde que assegura a qualidade da imunização ofertada à população. O enfermeiro deve assumir o compromisso com o PNI, visualizando a qualificação da atenção, despertando para o verdadeiro saber-fazer-cuidar em Enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Vacinas; Atenção Primária.

ABSTRACT

MOTA, M.A.B. **Perception of immunization practices among Family Health Program nurses at primary health care facilities in Northeastern Brazil.** 2014. 92f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 2014.

In this descriptive, qualitative study we evaluated the perception of immunization practices among 12 Family Health Program (FHP) nurses working at primary health care facilities in Fortaleza (SEC IV), a state capital in Northeastern Brazil. The nurses were interviewed between October and December 2013 using a semistructured questionnaire. The sociodemographic information was submitted to descriptive analysis while perceptions were analyzed with the collective subject discourse technique. The protocol was previously approved by the Research Ethics Committee of the Ceará State University (UECE) under entry #365.362. Aged 31-40 years, the interviewees had worked as nurses for 11-20 years. In Brazil, nursing remains a predominantly female occupation. Some of the interviewees were taking postgraduate courses, mainly related to primary care. The nurse was seen as the most important member of the immunization team and as best qualified to manage the immunization program at primary health care facilities. More attention to daily supervision, control of immunobiological products, educational practices and monitoring of local vaccination coverage was deemed desirable. In addition, the consistently excessive demands on FHP teams was felt to produce a negative impact on the quality of immunization services. The interviewees stressed that very little on-the-job training is offered in the context of permanent education and felt unprepared for this activity. Our findings highlight the nurse's crucial role in the immunization program and in providing solutions to everyday challenges faced by the FHP team, and confirm the need to strengthen basic preventive care. The study is meant as a contribution to the debate on immunization services offered by FHP teams. Immunization practices should be reviewed to solve current problems and ensure the population has access to relevant and good-quality services. Nurses should work in close collaboration with the National Immunization Program (PNI) and commit to improving their professional qualification and know-how in nursing.

Descriptors: Nursing; Vaccines; National Immunization Program.

LISTRA DE QUADROS

Quadro 1 –	Conferência de Promoção da Saúde: breve cronologia: 1986–2005.....	29
Quadro 2 –	Temáticas e categorias formadas com origem nas falas de 12 enfermeiros do ESF. Fortaleza-CE, Brasil	43
Quadro 3 –	Categoria e números de enfermeiros participantes da Temática 1. Atuação do enfermeiro da ESF na imunização. Fortaleza/CE, 2014.....	44
Quadro 4 –	Categoria e números de enfermeiros participantes da Temática 2. Desenvolvimento das ações de Enfermagem. Fortaleza/CE, 2014.....	49
Quadro 5 –	Categoria e números de enfermeiros participantes da Temática 3. Como o enfermeiro utiliza os conhecimentos acerca da imunização nas outras ações programáticas. Fortaleza/CE, 2014.....	53
Quadro 6 –	Categoria e números de enfermeiros participantes da Temática 4. Acompanhamento e monitoramento do programa de imunização. Fortaleza/CE, 2014.....	57
Quadro 7 –	Categoria e números de enfermeiros participantes da Temática 5. Dificuldades visualizadas no cotidiano das ações em imunização. Fortaleza/CE, 2014.....	60
Quadro 8 –	Categoria e números de enfermeiros participantes da Temática 6. As facilidades (potencialidades) visualizadas no cotidiano das ações em imunização. Fortaleza/CE, 2014	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AC - Ancoragem
APS - Atenção Primária à Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEMJA - Centro de Especialidade Médica José de Alencar
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CROA - Centro de Atendimento à Criança
CGPNI - Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização
DIAPS - Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia em Saúde da Família
DSC - Discurso do Sujeito Coletivo
ECH - Expressões-chave
ESF - Estratégia Saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC - Ideias centrais
NASF Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NOB/SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PITS - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNI - Programa Nacional de Imunização
PSF – Programa Saúde da Família
RF – Rede de Frio
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SER – Secretaria Executiva Regional
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIAPI – Sistema de Informação de Avaliação do Programa Nacional de Imunização
SUS - Sistema Único de Saúde
UAPS - Unidades de atenção primária à saúde
UNICEF – Fundo das Nações para Desenvolvimento da Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 Formulação do Programa Nacional de Imunizações – PNI: caminhos que se afirmam para construção potente.....	17
3.2 Da Atenção Primária à Saúde à Atenção Básica: foco nas questões coletivas.....	20
3.3 Estratégia Saúde da Família – ESF.....	22
3.4 Movimentos Antivacina: algumas reflexões acolhendo diferenças	24
4 MARCO TEÓRICO	26
4.1 A Integralidade da Atenção à Saúde	26
4.2 Promoção da Saúde	28
4.3 Cuidado em Enfermagem	30
5 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	33
5.1 Tipo e Abordagem do Estudo	33
5.2 O Local e os Sujeitos do Estudo	33
5.3 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados	36
5.4 Organização e Análise dos Resultados	37
5.5 Aspectos Legais e Éticos	39
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
6.1 Caracterização dos Participantes da Pesquisa	40
6.2 Apresentação dos Discursos Coletivos	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES.....	82
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	84
Apêndice B - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada	85
ANEXOS	86
Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UECE)	87
Anexo B – Mapas das Regionais de Fortaleza	91
Anexo C – Organograma	92

1 INTRODUÇÃO

A história da imunização teve início na Antiguidade. Ao perceberem que sobreviventes de um ataque de varíola não voltavam a sofrer da doença, muitos povos tentaram provocar a moléstia numa forma mais branda. Os primeiros registros desta prática, que recebeu o nome de “variolição”, remontam aos chineses e, esta foi levada para a Europa Ocidental. A prática da imunização de forma rotineira, no entanto, só foi implantada em todo o Mundo cerca de um século após a descoberta da vacina, por Edward Jenner, na Inglaterra, em 1796 (FEIJÓ; SÁFADI, 2006).

No Brasil, as primeiras experiências com vacinação datam de 1904, com a introdução da vacina antivariólica chefiada por Oswaldo Cruz, com o objetivo de controlar a varíola, que então dizimava boa parte da população do Rio de Janeiro, cuja população era atingida por doenças graves em razão da falta de compromisso do governo com a situação sanitária do País. Isto comprometia desde a saúde coletiva até mesmo ao comércio exterior, pois os empresários não permitiam mais que seus navios atracassem nos portos das cidades brasileiras (GRAZIELE; CASSIANO; FERREIRA, 2010).

Segundo Temporão (2003), as epidemias aumentaram substancialmente, ao ponto de reduzir os ganhos do País com o afastamento desses navios. Em razão dessas perdas, surgiu uma medida desesperada do então presidente do Brasil, Rodrigues Alves. Eram utilizadas ações autoritárias dos “guardas sanitários” - figuras marcantes do movimento intitulado Campanhista. A iniciativa de Oswaldo Cruz resultou em fracasso e em grave conflito. Os protestos contra a vacinação obrigatória foram crescendo até eclodirem na chamada Revolta da Vacina, que transformou as ruas da então Capital federal em verdadeiro campo de batalha, com barricadas. O conflito deixou mortos e feridos; a obrigatoriedade da vacinação foi revogada. Seguiu-se uma epidemia da doença, que resultou em milhares de vítimas.

Mesmo diante de toda a arbitrariedade que o movimento campanhista atribuiu aos seus serviços, suas ações serviram como modelo para o atual sistema de imunização, graças à diminuição dos casos das doenças que se propôs tratar (GRAZIELE; CASSIANO; FERREIRA, 2010).

De acordo com Santos (1993), até 1973, as atividades relativas às vacinas eram caracterizadas pela descontinuidade e pela forma isolada como aconteciam. Eram ações conduzidas em forma de programas especiais, como o da erradicação da varíola, controle da

tuberculose e da poliomielite. Não havia uma coordenação nacional, os programas eram desenvolvidos pelos governos estaduais.

Como forma de coordenar ações que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, caráter episódico e reduzida área de cobertura, em 1973, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Imunizações (PNI). Estas ações conduzidas dentro de programas especiais (erradicação da varíola, controle da tuberculose) e como atividades desenvolvidas por iniciativa de governos estaduais necessitavam de uma coordenação central que lhes proporcionasse sincronia e racionalização. A institucionalização do PNI aconteceu em 1975, em decorrência de uma soma de fatores. A experiência positiva da erradicação da varíola no Brasil, em 1973, foi um desses fatores. Outro acontecimento de grande importância foi a elaboração do Plano Decenal de Saúde para as Américas, o qual enfatizava a necessidade de controlar as doenças evitáveis por imunização no Continente (BRASIL, 1998).

O Programa Nacional de Imunização surgiu na tentativa de erradicar doenças que assolavam a população brasileira. Atravessou várias barreiras, desde a estruturação até a sua consolidação, às vezes por divergências políticas, outras pelas dificuldades de se implantar intervenções no plano nacional. A imunização por imunobiológicos que antes era prestada somente para doenças específicas, como a varíola e a febre amarela, foi então incorporada na rotina dos serviços de saúde.

Considerado um dos mais bem-sucedidos programas de saúde pública do Brasil, o Programa Nacional de Imunização é prestigiado e tem sua credibilidade junto à população, conquistada nos cem anos da ação de imunização humana no País. Os principais pilares dessa credibilidade são o controle da qualidade dos imunobiológicos oferecidos, a logística conduzida pelas quatro esferas de governo, e a preservação de sua qualidade em instalações frigoríficas, cuidadosamente projetadas, construídas e operadas (BRASIL, 2007).

A Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080, de 19 de setembro de 1990) possibilitou a descentralização dos serviços de saúde e a ampliação das responsabilidades municipais no tocante à saúde. Essa política descentralizadora, provavelmente, facilitou a realização e coordenação das atividades do Programa Nacional de Imunizações na contextura local, e seu maior impacto foi refletido na melhoria das taxas de cobertura vacinal. Questionar até que ponto as pessoas foram autônomas nesse processo é importante, mas não se pode negar o impacto que essa elaboração tem na produção da saúde da população.

Para Oliveira et al. (2009), a imunização representa uma das medidas mais efetivas na prevenção de doenças, principalmente na faixa etária de zero a cinco anos, pelo fato de reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis. Muitas das doenças que

assolavam o País nas quatro últimas décadas foram erradicadas ou estão sob controle, tais como a poliomielite, o sarampo, a varíola e a raiva humana, desde que adotadas estas medidas de imunização específica.

Torna-se cada vez mais evidente, no Brasil, o fato de que a vacina é o meio único para interromper a cadeia de transmissão de algumas doenças imunopreveníveis. O controle das doenças só será obtido se as coberturas alcançarem índices homogêneos para todos os subgrupos da população e em níveis considerados suficientes para reduzir a morbimortalidade por essas doenças. Essa é a síntese do Programa Nacional de Imunização, que, na realidade, não pertence a nenhum governo - federal, estadual ou municipal, pois é da sociedade brasileira. Também se ressalta, a importância do empoderamento de sujeitos para as escolhas e tomada de decisão que julguem necessárias.

A Saúde da Família é uma das principais estratégias específicas voltadas à transformação do modelo de atenção à saúde, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial incorporando os princípios do Sistema Único de Saúde, a partir da Atenção Básica (AB). Tendo como missão de reorganizar as unidades básicas de saúde para que se tornem resolutivas, estabeleçam vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, essa população passa a ser vista, cada vez mais, no seu todo, e as ações passam a ser dirigidas às pessoas, individual e coletivamente (BRASIL, 1997). Com isso, não se justifica um plano de vacinação isolado, o trabalho casa a casa ou a mobilização ou a montagem de operações de campo somente para vacinar. As oportunidades são potencializadas, oferecendo-se outros serviços identificados pela equipe local de saúde como necessários para aquela população determinada.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), a Estratégia Saúde da Família (ESF) demonstra sua importância na elaboração de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, sendo considerada estratégia prioritária de reorganização da Atenção Primária em Saúde (APS) e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Surge como forma de ampliar e qualificar o acesso as ações e aos serviços no âmbito da APS, oferta esta que perpassa por uma expansão ordenada e gradual das Equipes da Saúde da Família, na organização dos seus processos de trabalho, revitalização da Rede de Atenção, com a construção de novas Unidades Básicas de Saúde da Família e a reconversão dos antigos Centros e Postos de Saúde. A adoção dessa estratégia partiu do reconhecimento de que as iniciativas de mudanças no setor, com a implantação do SUS, apesar de seus avanços, tiveram resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços, exatamente por não promoverem alterações significativas no modelo assistencial (BRASIL, 2006).

Nas últimas décadas, a imunização ocupa espaços de reflexão importantes, pela incorporação tecnológica e consequentes avanços observados na área da saúde. O desenvolvimento da Ciência, Microbiologia, Farmacologia e da Imunologia se soma aos estudos de Epidemiologia e Sociologia, os quais evidenciam o grande impacto que as vacinas representam para a sociedade atual, significando um dos principais fatores de promoção de saúde e prevenção de doenças (FEIJÓ; SÁFADI, 2006).

De acordo com o entendimento de Porto e Ponte. (2003), a vacinação ocupa lugar de destaque entre os instrumentos da política de saúde pública no Brasil. Essa estratégia alcançou altos índices de eficiência e serve de parâmetro para iniciativas semelhantes em outros países. Exemplos como os das campanhas contra a varíola e a poliomielite, bem como a proximidade da erradicação do sarampo em nosso território, demonstram os bons resultados dos programas de cobertura vacinal coordenados pelo Ministério da Saúde.

O PNI recomenda que as atividades em sala de vacina sejam realizadas por uma equipe de Enfermagem capacitada e que seja preferencialmente composta por um enfermeiro e dois técnicos ou auxiliares de Enfermagem, para cada turno de trabalho. O enfermeiro tem efetiva participação no manejo dos imunobiológicos, com suas ações de supervisão e de treinamento em serviço (BRASIL, 2001a).

O Programa Nacional de Imunização surge como forma de coordenar as ações referentes à vacinação. É citado como referência mundial, estabelecendo cooperação técnica com inúmeros países. O Enfermeiro assume papel importante nesse processo.

Os benefícios diretos e indiretos gerados com ações de imunizações são inequívocos e surpreendentes: inúmeras evidências demonstram seu potencial de redução da mortalidade entre as crianças, melhoria das condições de saúde e bem-estar das comunidades, além de representar economia para a sociedade, tanto pela redução de custos com consultas, tratamentos e internações hospitalares decorrentes das doenças, como de menor absenteísmo escolar e de trabalho. Dessa forma, o grande desafio de todos nós é apoiar, mediante educação, informação e sensibilização do usuário, ações que promovam o alcance das imunizações a todas as comunidades (FEIJÓ; SÁFADI, 2006).

Inicialmente, meu interesse pelo estudo da percepção do enfermeiro nas práticas com os imunobiológicos é relativamente antigo.

Como primeira experiência na ESF, trabalhando no município de Crateús, e posteriormente no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) em 2001, nos municípios de Ararendá e Miraima. Experiências profissionais que oportunizaram conhecer esse mundo novo e despertar o gosto pelas atividades com vacinas, ampliando o olhar para

além das ações cotidianas no Programa de Imunização, focado numa dimensão nova e pouco percebida pelo profissional enfermeiro, os sentidos das práticas de enfermagem na imunização.

Refletindo acerca da experiência vivenciada como enfermeira da Estratégia Saúde da Família e por ter uma “familiaridade” com as vacinas, a temática surgiu na minha trajetória como responsável técnica das ações de imunização em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), vê a imunização como um campo de atuação significativo e de relevância à prática do profissional enfermeiro, sendo necessário estabelecer um conhecimento crítico e reflexivo a respeito das atividades desenvolvidas neste local. Na atualidade, faz-se necessária uma reaproximação do enfermeiro da ESF com essa temática, pois o enfermeiro precisa rever o quanto e como assumiu o compromisso da execução e análise nas diversas etapas preconizadas pelo PNI, despertando o verdadeiro saber-fazer-cuidar em Enfermagem.

Portanto, ante essa conjunção de problemas, surgiram os seguintes questionamentos: quais as percepções dos enfermeiros do ESF sobre o trabalho na imunização? As práticas de imunização nas UAPS têm acompanhamento e monitoramento do profissional enfermeiro do ESF? Como os enfermeiros percebem sua prática em imunização no cotidiano da saúde da família? Quais os sentidos produzidos nos itinerários de prática do enfermeiro de saúde da família sobre essa temática, especificamente?

O enfermeiro e a equipe de Enfermagem sempre foram os responsáveis pela execução do Programa de Imunização, assumindo essa responsabilidade mais do que outros profissionais. Nesse sentido, o enfermeiro tem papel fundamental no Programa de Imunização, porque é dele a responsabilidade de treinar/capacitar/formar e supervisionar o pessoal auxiliar para o desempenho das atividades de vacinação, não só de aplicadores de vacinas, mas também na formação de profissionais conscientes do cuidado à saúde, ampliando ainda seu campo de atuação para o âmbito educativo e a capacidade de escuta para dialogar sobre as necessidades dessa prática; e isso nos incentivou a pesquisá-lo mais profundamente.

O conhecimento produzido, com suporte nesta pesquisa, será decerto relevante cientificamente para a Enfermagem, pois possibilitará o entendimento acerca da percepção dos enfermeiros em sua prática de imunização no contexto do ESF, e, então, poderá possibilitar uma reflexão da forma como esta atividade é desenvolvida, permitindo aperfeiçoar a abordagem teórica e prática nesse programa, além de servir como instrumento norteador em pesquisas posteriores.

No âmbito social, o estudo possibilitará ampliar a visão dos profissionais enfermeiros, a diversidade de trabalhadores que estão inseridos na atenção básica e gestores de saúde, a fim de estabelecerem um planejamento que vislumbre melhorar a qualidade dos profissionais enfermeiros da ESF em suas práticas de imunização, conseqüentemente, uma melhoria na ação de cuidar da clientela.

Acreditamos que este estudo contribui para conhecer a realidade dos sentidos, valores e anseios dos profissionais enfermeiros da ESF referentes a sua pratica em imunização nas unidades de Atenção Primária à Saúde, promovendo uma discussão sobre o assunto e a proposição de ações que culminem numa produção no trabalho que, além de tudo, enxergue o trabalhador como ser potente e ativo nesse espaço.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Aprender a percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre a prática de imunização nas unidades de Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

Conhecer, sob a óptica do enfermeiro da ESF, o seu papel no programa de imunização.

Desvelar os sentidos produzidos com suporte na prática em imunização que desenvolvem no cotidiano.

Identificar as potencialidades e dificuldades encontradas por esses profissionais no desenvolvimento das ações do Programa de Imunização nas UAPS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

As vacinas representam uma das medidas mais custo efetivas na prevenção primária, medidas que objetivam a desenvolver uma saúde geral ótima pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente, aumentando a saúde e o bem estar gerais (BUSS, 2009). Tais medidas visam contribuir para a redução da morbimortalidade por doenças transmissíveis, e, conseqüentemente, para a redução da mortalidade infantil. No Brasil, são utilizadas para prevenção de doenças há mais de dois séculos (TEIXEIRA; DOMINGUES, 2013).

3.1 Formulação do Programa Nacional de Imunizações – PNI: caminhos que se afirmam para construção potente

Nas últimas décadas, a área da saúde passa por grandes avanços. As ações de imunização, especialmente, merecem destaque mundial pelo grande impacto do uso de vacinas na prevenção das doenças imunopreveníveis, fortalecendo a promoção da saúde e a prevenção de doenças (BRASIL, 2003a).

O Programa Nacional de Imunização foi formulado em 1973, por determinação do ministro da Saúde, como parte de um conjunto de medidas que se destinavam a redirecionar a atuação governamental no setor, tendo como meta cumprir o propósito da Organização Mundial da Saúde (OMS), de tornar os imunobiológicos acessíveis a todas as crianças – meta estabelecida na Assembleia Mundial da Saúde (BRASIL, 1998).

A institucionalização do PNI foi resultante de um somatório de fatores, de âmbito nacional e internacional, que convergiam para estimular e expandir a utilização de agentes imunizantes no País. Ao instituir o PNI, buscou-se a integralidade das ações de imunização realizadas no País, que eram então fortemente marcadas pela atuação de programas nacionais de controle de doenças específicas. Ao ser criado, o PNI tinha como missão coordenar em âmbito nacional, e agregando em uma só estrutura, as atividades de vacinação no País, antes descontínuas e dispersas em programas de controle de doenças e, geralmente, na forma de campanhas de vacinação em massa. Assim, o PNI passou a coordenar as atividades de imunização desenvolvidas rotineiramente na rede de serviços. A legislação específica sobre imunizações e vigilância epidemiológica - Lei nº 6.259, de 30/10/1975, regulamentada pelo Decreto nº 78.231, de 12/08/1976, institucionaliza o PNI e define competências que podem ser consideradas válidas até o momento (BRASIL, 2001a, p.13):

- implantar e implementar as ações do Programa, relacionadas com as vacinações de caráter obrigatório;
- estabelecer critérios e prestar apoio técnico e financeiro à elaboração, implantação e implementação do programa de vacinação [...];
- estabelecer normas básicas para a execução das vacinações;
- supervisionar [...] e avaliar a execução das vacinações no território nacional [...];
- [...] analisar e divulgar informações referentes ao PNI.

O PNI é prioridade nacional e efetivo como estratégia de saúde coletiva, com envolvimento das instâncias governamentais nos níveis federal, distrital, estadual e municipal. Desde o momento em que ocorre repasse de recursos financeiros, o município assume as atividades de atenção básica, incluindo o planejamento e organização de todas as ações de imunização, realizando-as pelos serviços básicos de saúde municipais (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2003a).

Para o desenvolvimento e organização do PNI, o Ministério da Saúde elaborou manuais técnicos, que devem ser seguidos por todas as instâncias responsáveis pela imunização no Brasil. Nesse manual estão a programação e a avaliação do programa de imunização, bem com as normas de armazenamento, conservação, transporte e administração dos imunobiológicos.

O Ministério da Saúde preconiza a supervisão das salas de vacinas de forma sistemática, para verificar as condições da área física e o cumprimento de normas que visam a garantir a qualidade dos imunobiológicos desde sua fabricação, conservação adequada e aplicação. Na atividade de supervisão, cabe salientar o papel da equipe de Enfermagem e a importância da informação por ela gerada na sala de vacinas, com a finalidade de planejar e implantar estratégias capazes de manter o controle das doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2001a).

O serviço de imunização transcende a delimitação de uma área para aplicação das vacinas, Barbosa et al. (2004) acrescentam ser preciso que se focalize a vacinação como um todo, de acordo com o princípio da integralidade, cujo objetivo é uma assistência humanizada e cidadã. O profissional enfermeiro atuante na prática de imunização tem privilégio de intervir no processo saúde-doença de forma eficiente, possibilitando ao cidadão a adoção de um comportamento saudável e participativo, além do acesso consciente a um direito adquirido, contribuindo para nova ação da Enfermagem na imunização, baseada no conceito de promoção à saúde.

Para redução da mortalidade infantil, Temporão (2003) informa que foram utilizadas estratégias de ações preventivas incentivando a vacinação, como as campanhas, e a busca ativa dos pais e/ou responsáveis nas unidades de Saúde da Família para a vacinação de rotina. Além disso, a redução da morbimortalidade decorre da ampliação da cobertura vacinal e da cobertura dos serviços de saúde da assistência básica, e também da implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança.

Essas doenças, até o século imediatamente passado, dizimaram milhões de crianças no mundo e particularmente nos países em desenvolvimento. Essa alta mortalidade, entretanto, foi reduzida consideravelmente em razão dos investimentos dos organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde, o Fundo das Nações para Desenvolvimento da Infância (UNICEF), erradicando as doenças imunopreveníveis por via da imunização maciça de todas as crianças do mundo, particularmente do Brasil (TEMPORÃO, 2003).

Como objetivo o PNI pretende contribuir para a manutenção do estado de erradicação da poliomielite, ajudar no controle ou erradicação do sarampo, da difteria, do tétano neonatal e acidental, da coqueluche, das formas graves da tuberculose, da rubéola – em particular a congênita – da caxumba, da hepatite B e da febre amarela, concorrer para o controle de outros agravos, coordenando o suprimento e a administração de imunobiológicos indicados para situações ou grupos populacionais específicos, tais como: vacina contra a meningite meningocócica tipo A, B e/ou C; vacina contra a febre tifóide; vacina contra pneumococos; vacina inativada contra a poliomielite; vacina contra o *Haemophilus influenzae* do tipo B; vacina contra a raiva humana – célula diplóide; Imunoglobulina anti-hepatite B; soro e imunoglobulina antirrábica; soro e imunoglobulina antitetânicos; soro e imunoglobulina antivaricela Zóster; e soros antipeçonhentos para acidentes provocados por serpentes, aranhas e escorpiões.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde – o SUS – redefinem-se as atribuições e competências dos quatro níveis de gestão. Estados, Distrito Federal e municípios assumem efetivamente o seu papel, responsabilizando-se pela estruturação e organização do sistema de saúde estadual e municipal. A vacinação, certamente, tem um espaço privilegiado no modelo da gestão e de atenção à saúde preconizada, explicitada na Norma Operacional Básica do SUS de 1996 – a NOB/SUS 96; um modelo da gestão descentralizado, com comando único em cada esfera de governo e com participação social; um modelo de atenção com enfoque epidemiológico, centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, e nas relações entre equipe de saúde e comunidade (BRASIL, 1998).

Atualmente o PNI é estruturado, além das campanhas nacionais, por calendários que preconizam requisitos básicos para a vacinação a qualquer período do ano, com vacinas disponíveis em todos os postos do Território Nacional e ainda nas equipes móveis que se deslocam para as áreas de acesso difícil quando se faz necessário. Desde 2004, o Ministério da Saúde adota, três calendários obrigatórios de vacinação: as vacinas que promovem a imunização de crianças, do adolescentes, e o do adulto e idoso a partir dos 60 anos de idade (BRASIL, 2007).

Homma et al. (2011) contudo, acrescentam que, nos últimos anos, é verificado uma grande mobilização internacional com aumento de investimentos em inovação tecnológica voltado para o setor das vacinas, resultando na introdução de novas vacinas nos programas nacionais de vacinação, proporcionando à população mais carente um aumento no acesso aos imunobiológicos com melhoria dos indicadores de cobertura vacinal, possibilitando, assim, a eliminação e a prevenção de doenças imunopreveníveis. Há, entretanto, uma preocupação com os países menos desenvolvidos, pois o acesso às vacinas poderá ser limitado pelo alto custo dos produtos.

3.2 Da Atenção Primária à Saúde à Atenção Básica: foco nas questões coletivas

Ao reconhecimento, por parte da Organização Mundial de Saúde, das crescentes iniquidades sociais e de saúde existentes em muitos países, instituiu-se um conjunto de princípios para constituir a base da atenção primária dos serviços de saúde, numa tentativa de aproximação e integração entre o trabalho em saúde e a população, dentro de um dado território.

A APS é, então, uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial (com valores, princípios e elementos próprios), por meio da qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços, e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população. Em seu modo mais desenvolvido, a atenção primária é expressa como a porta de entrada ao sistema de saúde, isto é, o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde das pessoas, suas famílias e da população ao longo do tempo e buscando proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2002).

Ainda de acordo com Starfield (2002), as evidências demonstram que a Atenção Primária à Saúde tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, abordando os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de cunho preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; na integração dos cuidados quando existem vários problemas de saúde; levando em consideração o contexto de vida da pessoa; e influenciando as respostas das pessoas os seus problemas de saúde.

A Conferência de Alma-Ata, promovida pela OMS, traz a definição de atenção primária à saúde – APS:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contacto de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OPAS, 1978, p.7).

Esta definição ressalta a importância da APS, que, por sua vez, reforça os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade do Sistema Único de Saúde.

O Brasil avançou decisivamente nas últimas três décadas em termos de equidade, em vista do expressivo impacto provocado nas condições de saúde das camadas mais pobres da população, até então as mais atingidas pelas doenças transmissíveis e excluídas da proteção vacinal (GADELHA; AZEVEDO, 2003).

A Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida em 2006, caracteriza a Atenção Básica como um nível de atenção responsável por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BAHIA, 2011, p.10).

A Atenção Básica oferece serviços de cunho preventivo e traz esses serviços de saúde o mais próximo possível ao local de moradia das pessoas. As ações de imunização aparecem como integradas, rotineiras dos serviços de saúde e mínimas necessárias para o desenvolvimento da APS, resultando em grande impacto nas condições gerais da saúde infantil, sendo uma das principais estratégias para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Não há dúvida de que a vacinação é uma medida de prevenção de doenças e/ou proteção específica de muita relevância na Atenção Primária, e que corresponde com a uma maior efetividade e melhor relação entre custo e benefício em Saúde Pública, sendo uma preocupação presente nas propostas das políticas do setor de saúde.

3.3 Estratégia Saúde da Família – ESF

No sentido da reestruturação dos serviços de saúde depois de instituído o SUS, foi implantada pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), que neste estudo é denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), nasceu em 1994, chegando ao fim em 2005 com mais de 24 mil equipes, das quais 12 mil contando com Equipe de Saúde Bucal, presentes em 90% dos municípios brasileiros e atendendo a 78 milhões de pessoas, o que representa 44% da população brasileira (BRASIL, 2006).

O Programa Saúde da Família – PSF, considerada estratégia prioritária de reorganização da atenção básica e consolidação do SUS, cuja missão é reorganizar as unidades básicas de saúde para que se tornem resolutivas e estabeleçam vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, no estabelecimento de um novo modelo assistencial de saúde, incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe (BRASIL, 2001c).

Como forma de ampliar e qualificar o acesso às ações e aos serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde, oferta esta que perpassa por uma expansão ordenada e gradual das Equipes da Saúde da Família, pela organização dos seus processos de trabalho, pela revitalização da Rede de Atenção, com a construção de novas Unidades Básicas de Saúde da Família e a reconversão dos antigos Centros e Postos de Saúde, elaborou-se pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia em Saúde da Família (DIAPS) o Plano de Reorganização da APS, para ser executado no período de 2007 a 2014.

Essa estratégia vem possibilitar a integração e promover a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

A ESF demonstra sua importância na formulação de um modelo de saúde mais resolutivo, humanizado, estabelecendo vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, com a finalidade de reorganizar a prática assistencial

em novas bases e critérios, conseqüentemente, melhorar a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos, priorizando ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral e contínua.

Nessa perspectiva, a família passa a ser o objeto precípua de atenção, entendida com origem no ambiente onde vive, sendo nesse espaço vivo que se constituem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (BRASIL, 1997).

A vacinação é uma ação integrada e rotineira dos serviços de saúde, pertencendo ao nível de atenção primária de elevada complexidade, pela necessidade de incorporação de práticas diversas para se concretizar e de grande impacto nas condições gerais da população, representando um dos grandes avanços da tecnologia na área da saúde nas últimas décadas, constituindo-se no procedimento de melhor relação custo e efetividade no setor saúde. O declínio acelerado de morbimortalidades por doenças imunopreveníveis nas décadas recentes, em nosso País e em escala mundial, serve de prova incontestante do enorme benefício que é oferecido às populações por intermédio das vacinas (STARFIELD, 2002).

Assim, compreende-se que a Estratégia Saúde da Família proporciona um campo muito proveitoso para operacionalizar ações voltadas para a educação e promoção da saúde, levando à população o conhecimento dos benefícios oferecidos pela imunização. Entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família, a equipe de Enfermagem é citada na literatura como a que tem profissional mais capacitado para gerenciar o Programa de Imunização ao nível local nas UAPS e na oferta de imunobiológicos à população adscrita (OLIVEIRA et al., 2009; MELO et al., 2010).

O profissional enfermeiro da ESF tem como atribuição intervir no processo saúde-doença de forma eficiente, possibilitando ao cidadão adotar práticas saudáveis e participativas, além do acesso consciente a um direito adquirido, contribuindo para um novo fazer da Enfermagem na sala de vacina, e na multiplicidade de territórios de atuação da equipe de Saúde da Família, respaldado na ideia de promoção à saúde (BARBOSA et al., 2004).

Para Buss (2009), a promoção da saúde se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, que tem por finalidade impactar favoravelmente a qualidade de vida, propondo a articulação de saberes técnico e popular e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Seria um grande desafio para o ESF, entretanto, obter profissionais para trabalhar dentro dessa lógica da Promoção da Saúde, visto que a formação desses profissionais refletia o atual modelo vigente, voltada para práticas hospitalocêntrica, biologicista, fragmentado.

3.4 Movimento Antivacina: algumas reflexões acolhendo diferenças.

Desde as primeiras campanhas de imunização, com a varíola no século XVIII, os Estados Unidos têm uma preocupação com a segurança das vacinas. Alguns pais de vários países estão aderindo a um movimento contra a administração em massa de algumas vacinas, decidindo por não vacinar seus filhos. No Brasil, esse movimento ainda é muito tímido, e o debate se dá muitas vezes em grupos de discussão online. Os principais motivos para a preocupação dos pais são o excesso de vacinas administradas no período da infância, desconfianças com suas possíveis reações colaterais e pressão da indústria farmacêutica (FREED et al., 2010).

Ainda corroborando esse pensamento, em seu estudo sobre preocupação de segurança da vacina, Freed et al. (2010) chegaram à conclusão de que a maioria dos pais concorda com a declaração de que as vacinas constituem boa maneira de proteção para sua criança contra doenças, e que eles geralmente seguem recomendações dos profissionais de saúde, contudo, mais da metade dos entrevistados também relatou estar preocupadas em relação a sérios efeitos adversos das vacinas.

A Saúde Pública vê com muita preocupação esse movimento. Com essa conduta dos pais, existe a possibilidade de reduzir à frequência nas unidades de saúde para vacinar seus filhos, e reduzindo-se a proteção do indivíduo às doenças, conseqüentemente, quando as taxas de imunização caem abaixo desses limites, aumentam os riscos de surtos.

Cientificamente, desde há muito, está demonstrado que as vacinas não só previnem as doenças para as quais são propostas, as estatísticas apontando que a incidência de algumas doenças infantis, que eram consideradas comuns, diminuiu ou desapareceu desde a introdução das vacinas, mas elas também podem causar as enfermidades que deveriam prevenir. Há riscos graves associados a cada vacinação e numerosas contraindicações que, para alguns, tornam as vacinas arriscadas para as crianças (JILLANI, 2005).

Assim, crescem as suspeitas de que as vacinas sejam responsáveis pelo grande aumento de doenças autoimunes onde os mecanismos de defesa do organismo não conseguem distinguir entre invasores estranhos e tecidos normais, como consequência, o organismo começa a se destruir. São consideradas doenças graves, como câncer, leucemia, artrite

reumática, esclerose múltipla, esclerose amiotrófica lateral, lúpus eritematoso e a síndrome de Guillain-Barré (JILLANI, 2005).

Alguns autores questionam o uso abusivo dos imunobiológicos em campanhas, Nogueira (2012) acrescenta que tal “não quer dizer que vacina causa doença, mas que não é um procedimento absoluto na promoção da saúde. Vacina tem que permanecer como agente da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Não pode se transformar em mercadoria de consumo, objeto de vantagens econômicas”. Essa observação precisa ser considerada quando falamos na integralidade da atenção e na relação existente com o ato de cuidar. É preciso fazer ofertas, mas aceitar a decisão do usuário.

No Brasil e em todo o Mundo, ainda segundo Nogueira (2012), o caminho da prevenção não deve ser centrado em profilaxia artificial de imunidade (vacina), mas no desenvolvimento das imunidades naturais (aleitamento materno), uma alimentação saudável. Aqui seguimos com essa questão: vacinar ou não? Por conta do impacto conferido à redução das taxas de mortalidade infantil, a vacinação entrou na pauta da prevenção de doenças, sobretudo em países em desenvolvimento. Que outros caminhos seriam possíveis para garantir os resultados que temos na contemporaneidade em relação à expectativa de vida no Brasil?

4 MARCO TEÓRICO

Para o desenvolvimento do estudo, utilizaremos alguns conceitos que nortearão o seu desenvolvimento. Estes constituirão os marcos teóricos deste trabalho.

Reflexões teóricas sobre os conceitos:

4.1 A Integralidade da Atenção à Saúde

Na perspectiva de Pinheiro (2003), a integralidade tem origem na própria história do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, que, durante as décadas de 1970 e 1980, abarcou distintos movimentos de luta por melhores condições de vida, trabalho na saúde e formulação de políticas específicas de atenção aos usuários. A integralidade aparece com a proposta da constituição de um Sistema Único de Saúde que contemplasse as ações de saúde de forma integrada e articulada entre os vários níveis do sistema.

No SUS, a integralidade aparece como uma das diretrizes fundamentais, segundo o Texto Constitucional

Art.198. As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- participação da comunidade (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, 1988).

Como bem lembra Mattos (2001, p.1), o Texto Constitucional não utiliza a expressão integralidade, ele fala em "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais". O termo integralidade, no entanto, é utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz.

A integralidade, como toda imagem-objeto, é polissêmica, ou seja, tem vários sentidos. Ela traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras a serem criadas. Mattos (2001) sistematizou três grupos de sentidos sobre a 'integralidade'.

Primeiro grupo: a "integralidade", como traço da boa Medicina, está relacionada às práticas dos profissionais de saúde no sentido de uma visão integral em relação às necessidades das pessoas, famílias e comunidades. Consiste em uma resposta ao sofrimento

do paciente que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste. A integralidade está presente no encontro, na conversa em que a atitude do profissional de saúde busca prudentemente reconhecer, transpondo as demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde; está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos.

Segundo grupo: a “integralidade” que se refere a elementos da organização de serviços e os processos de trabalho dos profissionais de saúde, como modo de organizar as práticas.

Por último, no Terceiro grupo: a “integralidade” relacionada às respostas governamentais aos problemas de saúde da população como política setorial, promovendo a organização do sistema de saúde.

A “integralidade” como definição legal e institucional, segundo Pinheiro (2003), se caracteriza por um conjunto articulado de ações e serviços de saúde encontrada nos níveis preventivos e curativos, com abordagens individuais e coletivas, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser constituído como ato em saúde nas vivências cotidianas dos usuários nos serviços de saúde, proporciona experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde se sobrepõem aos modelos idealizados para sua realização.

Ainda se faz necessária maior integração da vacinação ao conjunto das ações da atenção básica, principalmente no que diz respeito à avaliação da cobertura da população adscrita e a sua importância para os propósitos de controle, eliminação ou erradicação das doenças imunopreveníveis. No trabalho rotineiro da ESF, é preciso haver maior aproximação entre as práticas de imunização com os demais integrantes da equipe de saúde, inclusive no sentido de reduzir as ‘oportunidades perdidas de vacinação’, que se caracterizam pelo fato de crianças, gestantes, adolescentes e adultos serem atendidos em outros setores da Unidade de Saúde sem que seja verificada a situação vacinal ou encaminhados à sala de vacinação. (BAHIA, 2011).

Para articular a integralidade da atenção as práticas de imunização desenvolvidas nos territórios de atuação da equipe de Saúde da Família, é preciso extrapolar os limites da

sala de vacina, pois dos consultórios nos atendimentos individualizados às ações coletivas desenvolvidas na comunidade, assim como na própria visita domiciliária, atividade que se realiza muitas vezes em interface com outros saberes, com trabalhadores que atuam com práticas distintas da equipe de Enfermagem, as práticas de imunização vão se constituindo de relevância pelos significados e sentidos compartilhados por todos esses sujeitos implicados com o ato de cuidar.

Neste estudo, entendemos como integralidade algo que emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizam pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde dos grupos populacionais diversos, presentes no território de atuação de cada equipe de Saúde da Família. Tal ampliação não pode ser feita sem que se assumam uma perspectiva dialogal entre os vários sujeitos e entre seus variados modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (PINHEIRO, 2001). Daí a ideia de avançar nos modos de cuidar, articulando a noção de prática de prevenção de doenças a algo bem mais amplo como prática de promoção da saúde.

4.2 Promoção da Saúde

O conceito de promoção da saúde passou por mudanças significativas nos últimos 25 anos (desde Alma-Ata e Ottawa). Inicialmente era usado para caracterizar um 'nível de atenção' da medicina preventiva, passando a representar um conceito ampliado de saúde com um 'enfoque político e técnico' do processo saúde-doença-cuidado.

Várias conferências internacionais de saúde sobre o tema Promoção da Saúde foram realizadas, as quais estabeleceram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde (Quadro 1).

- 1986 – Carta de Ottawa sobre Promoção da saúde
1ª Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá)
- 1988 – Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis
2ª Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde (Austrália)
- 1991 - Declaração de Sundsval sobre Ambientes favoráveis à Saúde
3ª Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde (Suécia)
- 1993 - Carta do Caribe para a Promoção da saúde
1ª Conferencia de Promoção da Saúde do caribe (Trinidad y Tobago)
- 1997 - Declaração de Jacarta sobre Promoção da saúde no século XXI em diante
4ª Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde (Jacarta)
- 2000 - 5ª Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde (México)
- 2005 - 6ª Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde (Tailândia)

Quadro 1: Conferência de Promoção da Saúde: breve cronologia - 1986 – 2005.

Para tanto, Buss (2009) ressalta que essa evolução é decorrente do entendimento de que a saúde tem determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais mais amplos do que simplesmente a herança genética, a biologia humana e os fatores ambientais mais imediatos, existindo fortes evidências que demonstram a relação entre os estilos de vida das pessoas, sua posição social e econômica, suas condições de vida e seu estado de saúde. A grande valorização do conhecimento popular e da participação social consequente a este conhecimento está na base da formulação conceitual da Promoção da Saúde.

É importante ressaltar que a grande valorização do conhecimento popular e da participação social consequente a este conhecimento está na base da formulação conceitual da Promoção da Saúde.

Para trabalhar dentro da lógica da Promoção da Saúde e reorganizar as práticas de saúde, a ESF surge como um novo modelo de atenção à saúde, para o qual se torna necessária a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, focando o usuário no

contexto integrado da família, do domicílio e da comunidade, almejando a integralidade da assistência (BESEN et al., 2007).

Na perspectiva de Pedrosa (2004), ao tratar sobre o assunto, o entendimento de Promoção da Saúde é ampliado ao longo dos anos, dando ênfase ao papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, compreendendo não somente as características das pessoas, mas também as condições propiciadas pelo ambiente em que vivem e nos seus aspectos físicos, sociais, econômicos e culturais e a dimensão da subjetividade.

Sob esta concepção, Pedrosa (2004, p.618), acrescenta que: “as ações de promoção da saúde incluem os indivíduos, suas famílias, as condições de trabalho, renda, alimentação, estilos de vida, lazer e ações que decorrem da formulação de políticas públicas que possibilitem aos indivíduos e comunidades a realização de escolhas em prol da saúde”.

Para prevenção de várias doenças transmissíveis em crianças, principalmente no primeiro ano de vida, a imunização se mostra como fundamental, e constitui importante fator associado à redução da taxa de mortalidade infantil (BRASIL, 2006).

A imunização representa uma das ações básicas mais eficazes na Promoção da Saúde de uma população, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde uma das quatro atitudes básicas para melhorar as condições de saúde na infância nos países em desenvolvimento. Uma caderneta de vacina completa e atualizada é de suma importância para a Promoção da Saúde, já que esta tem como função o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde, nos planos individual e coletivo (FIGUEIRA; ALVES; MAGGI, 2001).

Como nos chama atenção Pedrosa (2004), no entanto, é crucial que os sujeitos sejam protagonistas de processos e não alienados a eles. A decisão por efetuar ou não uma vacina precisa ser tomada em diálogo, com a devida consciência e corresponsabilização pelo ato.

Por isso é preciso ser tratada como experiência que pode produzir bons encontros entre sujeitos (a mãe, a criança, o trabalhador de saúde) em territórios os mais diversos - uma prática de cuidado compartilhada.

4.3 Cuidado em Enfermagem

Ao longo dos tempos, o conceito de cuidar/assistir em Enfermagem se modifica, sendo influenciado por diversos fatores, dentre eles a crescente produção de conhecimento na

área de Enfermagem, uma percepção mais globalizada, uma inversão do modelo biomédico para uma valorização do cuidado.

Neste estudo, o ato de cuidar será abordado, buscando o seu sentido mais amplo: o cuidado como uma forma de ser, de se expressar, de relacionar-se consigo mesmo, com o outro ser e com o meio que o cerca (WALDOW, 2006).

Na enfermagem, o cuidar compreende os comportamentos e atitudes demonstradas nas ações que lhe são pertinentes e asseguradas por lei e desenvolvidas com competência no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. (WALDOW, 2006, p.87).

Para tanto, Waldow (2006) acentua que o cuidar se inicia de duas formas: como um modo de sobrevivência da pessoa e como expressão de interesse e carinho em relação com outro ser. O cuidado é um fenômeno existencial, relacional e contextual. É existencial porque é entendido como um modo de ser, que confere a condição de humanidade às pessoas; e é relacional porque ocorre em relação com outro ser, se revela na coexistência com outros seres; é contextual porque assume variações, intensidades, e diferenças nas maneiras e expressões de cuidar conforme o meio em que ocorre.

Podemos inferir que o cuidado de Enfermagem se opera no cotidiano das atividades realizadas por esses profissionais, em suas distintas dimensões e interações com os outros sujeitos que integram o processo de cuidar - indivíduo, família, comunidade e outros profissionais. A ação cuidadora encontra-se em constante movimento de elaboração e reelaboração, sendo revelada quando o enfermeiro utiliza instrumentos específicos de seu trabalho, como a vacinação, a consulta de Enfermagem e grupos educativos (FRIEDRICH; SENA, 2002).

É importante frisar ainda, quanto à importância do trabalho da equipe do ESF na prestação do cuidado, pois o enfermeiro não realiza sozinho esse cuidado, sendo este articulado à práxis dos demais trabalhadores da equipe de saúde.

Para Waldow (2006, p.89), o cuidado humano é compreendido como forma de viver, de ser e de se expressar: “consiste em uma postura ética e estética frente ao mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades, da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida.”

O ser humano é um ser de cuidado e, essa capacidade que pode ser desenvolvida, inibida e despertada. Portanto, todas as pessoas são capazes de cuidar e necessitam,

igualmente, de cuidado. Essa capacidade de cuidar e ser cuidado poderá ser desenvolvida com suporte nas circunstâncias vivenciadas por parte de cada um de nós, dependendo da forma como as pessoas foram cuidadas durante as diversas fases da vida. Fatores como o ambiente, a cultura, condição economia, política, a crença religiosa, entre outros podem interferir nesse processo (WALDOW, 2008).

Nesse mesmo contexto do cuidado em saúde, é importante inferir que a práxis da Educação Popular é uma estratégia singular para os processos que buscam o cuidado, a formação, a produção de conhecimentos, a intersectorialidade e a democratização do SUS.

Vasconcelos (2004) considera que a Educação Popular é uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social, com ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social, para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessários à sua superação. Busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

A valorização do saber popular, por via do diálogo entre a diversidade de saberes desvela possibilidades de estabelecer processos de cuidado dialogados, participativos e humanizados, incorporando os modos de sentir, pensar e agir dos grupos populares de forma compartilhada e integrando os saberes populares ao cotidiano dos serviços de saúde. A incorporação de trocas emocionais, como o afeto e a sensibilidade nas relações de cuidado, permite que esse vínculo afetivo se torne elemento estruturante da busca pela saúde. A morosidade encontrada nas relações afetivas de cuidado influencia a ação das pessoas, ampliando o compromisso, a compreensão mútua e a solidariedade, trazendo importantes percepções, motivações e intuições sobre a realidade para a produção da saúde (BRASIL, 2012).

5 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

5.1 Tipo e Abordagem do Estudo

Para o alcance dos objetivos, nos propomos realizar um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa. Descritiva, concordando com Gil (2010, p. 28), ao dizer que: “as pesquisas descritivas têm por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população.” Possibilita levantar a opinião e atitudes dos enfermeiros em relação às práticas de imunização realizada no seu cotidiano da Estratégia Saúde da Família. A pesquisa qualitativa busca a constituição da realidade estudada, trabalhando com o universo de significados, atitudes, valores, crenças e outros construtos das relações sociais, havendo no processo de investigação uma intencionalidade por parte do pesquisador (MINAYO et al., 2012).

Dentre os momentos pautados como de realização da referida pesquisa, temos o ‘Ciclo de Pesquisa Qualitativa’, que comporta momentos específicos: 1ª momento - denominado de exploratório, no qual se elabora o projeto e são organizados os procedimentos para a inserção em campo; 2º. Momento - a pesquisa propriamente dita, o trabalho de campo, que visa a levar para a prática empírica a elaboração teórica e; 3º. Momento – constitui-se de análise e tratamento do material empírico, no qual os dados são organizados e classificados, para que possam ser articulados com os referenciais teóricos que fundamentaram o projeto (MINAYO et al., 2012).

5.2 O Local e os Sujeitos do Estudo

O estudo foi realizado nas UAPS pertencentes à Secretaria Executiva Regional IV, do Município de Fortaleza-CE.

A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão da Administração Direta da Prefeitura de Fortaleza que gerencia a oferta de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. No modelo de descentralização da Administração Pública Municipal em Fortaleza, a Secretaria se articula diretamente com as seis secretarias executivas regionais por meio dos respectivos distritos de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde administra uma rede própria de serviços de saúde e mantém convênio com um sistema de hospitais e clínicas públicas, particulares ou filantrópicas. A rede própria é formada por 92 postos de saúde, dois Centros de

Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), duas farmácias populares, 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oito hospitais secundários, um hospital terciário, outro de atenção secundária e terciária e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). A rede conveniada é composta por clínicas e hospitais públicos, privados e filantrópicos credenciados, que prestam serviços de consultas, exames e internações.

A porta de entrada dos serviços de saúde são os postos de saúde ou centros de Saúde da Família, que oferecem a atenção básica ou primária à população, tendo como referência o Programa Saúde da Família. Os postos abrigam equipes da Estratégia de Saúde da Família, que reúnem médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde, contando com o suporte dos núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF), formados por outros profissionais, como fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas.

Dependendo da necessidade de cada usuário, no posto de saúde, o clínico geral pode encaminhar o paciente para consultas com especialistas ou para exames especializados, oferecidos nos centros especializados da rede pública municipal, como também nas clínicas credenciadas ao SUS. A atenção especializada é oferecida na rede própria – em alguns postos de saúde e hospitais, no Centro de Especialidades Médicas José de Alencar e nos centros de especialidades odontológicas – e na rede conveniada.

Os atendimentos de emergência e os tratamentos para problemas de saúde mais complexos são oferecidos na rede hospitalar pública municipal ou conveniados.

Além da oferta de serviços, a Secretaria Municipal de Saúde tem a atribuição de investigar a disseminação de doenças, por parte da Vigilância Epidemiológica, fiscalizar a comercialização de alimentos e produtos que podem afetar a saúde da população, por meio da Vigilância Sanitária, e prevenir a proliferação de doenças causadas por animais, por intermédio do Centro de Controle de Zoonoses.

Em algumas áreas da Secretaria Municipal de Saúde, as ações envolvem o trabalho de Educação em Saúde, mobilização social e comunicação, e acontecem de forma intersetorial e transversal, ou seja, perpassando variados setores e níveis de atenção, a exemplo da prevenção, do controle e do tratamento das doenças de transmissão sexual ou sanguínea, do cuidado com a saúde bucal, da atenção à saúde da mulher e da promoção da saúde mental. A assistência farmacêutica é ramificada pelos postos de saúde, CAPS, CEO, hospitais, além das farmácias populares, locais onde o usuário deve ter acesso aos medicamentos de que precisa.

A Secretaria Executiva Regional (SER) IV foi inaugurada em 25 de abril de 1997. Com área territorial de 34.272 km², a SER IV abrange 19 bairros e seu perfil socioeconômico é caracterizado por serviços, com uma das maiores e mais antigas feiras livres da cidade, a da Parangaba, além de vários corredores comerciais, entre eles o da Avenida Gomes de Matos, no Montese. São bairros desta área: São José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery. Sua população é de cerca de 280 mil habitantes, segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). O bairro mais populoso é o da Parangaba, com cerca de 32.840 mil habitantes; e o menos populoso é o Dendê, com apenas 2.480. A SER IV concentra 15 creches e 28 escolas de ensino infantil e fundamental. Já a rede de saúde é formada por 12 unidades de atendimento básico, além de três Centros de Atenção Psicossocial e um Centro de Atendimento à Criança (CROA). A Regional possui ainda a segunda maior emergência do Estado do Ceará, o Frotinha da Parangaba, que realiza uma média de 16 mil atendimentos por mês.

A escolha pelas referidas unidades ocorreu pelo fato de serem unidades de Atenção Primária à Saúde com equipes da Estratégia Saúde da Família, pertencentes a SER IV, e pelo critério de conveniência (proximidade geográfica e maior acessibilidade nessa a estes locais).

Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, pertencentes às unidades de Atenção Primária a Saúde da Secretaria Executiva Regional IV.

Como critério de inclusão, os enfermeiros devem trabalhar na ESF e pertencer a uma equipe completa, têm de ser concursados, precisam estar trabalhando na unidade há no mínimo dois anos e se disponibilizarem a participar da pesquisa.

Foram excluídos da amostra os enfermeiros que estavam de férias ou de licença no período da coleta.

O tamanho da amostra teórica foi determinado pela saturação teórica dos dados, sendo atingida com 12 entrevistas. Conforme proposto por Fontanela et al. (2011), ocorre a saturação quando se constata que não surgem elementos novos importantes em relação a uma determinada categoria para subsidiar a teorização almejada, ou que comecem a se repetir, significando que as relações entre as categorias estão bem estabelecidas e validadas.

5.3 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

As informações necessárias para a realização do estudo foram coletadas por uma só pesquisadora, mediante roteiro de uma entrevista semiestruturada, aplicado individualmente aos enfermeiros. O roteiro foi elaborado com vistas a orientar uma conversa, como o objetivo de apreender a visão dos sujeitos entrevistados sobre temas preestabelecidos, ou seja, permitido o livre discurso e, ao mesmo tempo, o delineamento da conversa, buscando manter a entrevista sintonizada com os objetivos da pesquisa.

As entrevistas, dentre outros objetivos, pretendem conhecer o que as pessoas pensam ou acreditam que os fatos sejam, e descobrir que fatores podem influenciar opiniões, sentimentos e condutas. Pretendemos com o estudo conhecer a percepção do enfermeiro em sua prática de imunização no cotidiano da ESF. De acordo com Marconi e Lakatos (2010, p.95), a entrevista “oferece maior oportunidade para avaliar atitudes, condutas, podendo o entrevistado ser observado naquilo que diz e como diz: registro de reações, gestos etc”.

Na lição de Tomar (2008), as principais vantagens das entrevistas semiestruturadas são as seguintes: possibilidade de acesso à informação além do que se listou; esclarecer aspectos da entrevista; gerar orientações e hipóteses para o aprofundamento da investigação e definir novas estratégias e outros instrumentos.

O roteiro de entrevista (Apêndice B) foi constituído por duas partes, a primeira das quais contém a caracterização do sujeito, e a segunda, com cinco quesitos abertos relacionados ao objeto de estudo, a saber: Fale-me sobre sua atuação na imunização como enfermeiro da ESF; Descreva o desenvolvimento das ações de Enfermagem referentes à imunização (enfermeiro) nas UAPS; Como você utiliza seus conhecimentos acerca da imunização nas outras ações programáticas desenvolvidas no cotidiano da Estratégia Saúde da Família? Como acontece o acompanhamento e monitoramento do programa de imunização pelo profissional enfermeiro da ESF? Que potencialidades e dificuldades você visualiza no cotidiano das ações em imunização do enfermeiro da ESF?

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de gravador do tipo MP4 mediante o consentimento dos participantes, a fim de garantir uma qualidade das informações, sendo em seguida transcritas e lidas cuidadosamente para que nenhuma informação fosse desconsiderada. É importante ressaltar, ainda, que o roteiro foi pré-testado com dois sujeitos antes da sua utilização definitiva. Este procedimento permitiu a averiguação da validade do instrumento, a fim de que pudesse atender aos objetivos do estudo.

5.4 Organização e Análise dos Resultados

Para proceder à análise dos dados empíricos, produzidos pela da entrevista semiestruturada junto aos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Lefèvre e Lefèvre (2005) ensinam que a metodologia do DSC representa um discurso-síntese elaborado com pedaços de discursos. Consiste, ainda, em uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, a qual resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa, porquanto permite, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades.

A metodologia do DSC propõe a utilização de quatro figuras metodológicas para ajudar a organizar depoimentos e demais discursos: a ancoragem, a ideia central, as expressões-chave e o discurso do sujeito coletivo. O DSC constitui técnica de pesquisa qualitativa criada para fazer uma coletividade falar, como se fosse uma só pessoa (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Ideia Central (IC) pode ser entendida como a síntese do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos. São as afirmações, negações e dúvidas a respeito da realidade baseada em fatos, bem como os juízos de valor sobre a realidade institucional e do contexto em que os sujeitos estão envolvidos (SIMIONI; LEFÈVRE; PEREIRA, 1997).

Expressão-chave (ECH) é a transcrição literal de trechos ou segmentos do discurso, contínuos ou descontínuos, que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo. Este momento da análise é crucial, pois a comparação das expressões-chave selecionadas com a integralidade do discurso e com as ideias centrais permite ao leitor julgar a pertinência da tradução dos depoimentos feita pelo pesquisador, o que imprime às expressões-chave o caráter de uma espécie de prova discursivo-empírica da veracidade da análise de conteúdo realizada (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A Ancoragem (AC), inspirada na Teoria da Representação Social, pode ser definida como a manifestação de uma dada teoria, ideologia ou crença que o autor do discurso professa e que é utilizada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), o DSC é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões-chave que possuem a mesma IC ou AC, considerada a principal dentre as figura metodológicas aqui expressas.

Simioni, Lefèvre e Pereira (1997) relatam que o DSC consiste em uma estratégia metodológica que objetiva tornar mais clara uma dada representação social. É a reunião, em

um só discurso-síntese, de vários discursos individuais emitidos como resposta a uma mesma questão de pesquisa demandada por sujeitos sociais que fazem parte de uma mesma cultura organizacional ou grupo social homogêneo. Os autores concluem que o DSC é, então, uma forma de expressar diretamente a representação social de um determinado sujeito social.

Essa técnica consiste basicamente em (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2000):

- leitura do conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas;
- leitura da resposta a cada pergunta em particular, marcando as expressões chave selecionadas;
- identificação das ideias centrais de cada resposta;
- análise de todas as expressões-chave e ideias centrais, agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneos;
- identificação e nomeação da ideia central do conjunto homogêneo, que será uma síntese das ideias centrais de cada discurso;
- construção dos discursos do sujeito coletivo de cada quadro obtido na etapa anterior; e
- atribuição de um nome ou identificação para cada um dos discursos do sujeito coletivo.

Os relatos obtidos nas entrevistas foram analisados para a identificação das expressões-chave, ou seja, trechos do discurso destacados pelo pesquisador que revelam sua essência de conteúdo e identificação das ideias centrais para posteriormente se formular a síntese única originária dos discursos. Os DSCs foram discutidos conforme literatura científica pertinente.

A operacionalização desta técnica, que desenvolvemos constituiu-se de três momentos, sendo o primeiro a seleção de expressões-chave com suporte no discurso de cada enfermeiro do estudo, ou seja, dos segmentos contínuos ou descontínuos de discurso que revelam o foco principal do seu conteúdo; o segundo momento caracterizou-se pela identificação da ideia central de cada uma das expressões-chave. Esse momento constituiu a síntese do conteúdo das referidas expressões; e, no terceiro momento, foram reunidas as expressões-chave referentes às ideias centrais, em um discurso-síntese, que retrata o Discurso do Sujeito Coletivo.

Assim, após a transcrição das entrevistas, os depoimentos dos sujeitos entrevistados foram organizados com a utilização das figuras metodológicas constitutivas da proposta do DSC: expressão-chave, ideia central e discurso do sujeito coletivo.

5.5 Aspectos Legais e Éticos

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará-UECE, sob número do Parecer 365.362. As entrevistas aconteceram no período de outubro a dezembro de 2013, em local reservado da própria Unidade Básica de Saúde. Os componentes legais e éticos estiveram presentes em todas as fases da pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos – *investigações in anima nobili*.

Aos enfermeiros convidados a participar do estudo, foi feito esclarecimento quanto aos objetivos, métodos, benefícios previstos ou potenciais riscos da pesquisa. Também foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aos sujeitos do estudo, informando a garantia do anonimato e a liberdade em participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Caracterização dos Participantes da Pesquisa

Para realização deste estudo, foram entrevistados 12 enfermeiros, de 12 unidades de Atenção Primária à Saúde, pertencentes à SER IV no Município de Fortaleza. Onze sujeitos do estudo eram do sexo feminino, e somente um enfermeiro.

Esses dados nos mostram a caracterização da Enfermagem como campo profissional, com a persistência da feminização na Enfermagem brasileira, que representa no setor da saúde o maior contingente de trabalhadoras, e reafirma a baixa inserção de homens no mercado de trabalho do cuidado de saúde.

Historicamente, a profissão da Enfermagem nasceu como um serviço organizado pela instituição das ordens sacras, impondo com essa marca das ordens religiosas seu exercício predominantemente feminino e caritativo, e associado à figura da mulher-mãe, vista como curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde. Ao longo dos anos, esse saber foi sendo transmitido de mulher para mulher, mostrando-se presente com o cuidado doméstico dispensado às crianças, aos doentes e às pessoas idosas. Assim, o entendimento de cuidado (de saúde à família), como ação concebida como atribuição feminina e oriunda das “qualidades naturais” das mulheres, que fornece atributos e harmonia ao seu exercício no espaço formal das relações de trabalho nos serviços de saúde, vai sendo ratificado por essas evidências (LOPES; LEAL, 2005).

Corroborando esse pensamento, Hirata e Kergoat (2007) conceituam a divisão sexual do trabalho como forma da divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos, sendo um fator prioritário para a sobrevivência desta relação. Constituída histórica e socialmente, a divisão sexual do trabalho associa os homens à esfera produtiva com apropriação das funções com maior valor social, enquanto às mulheres cabe a esfera reprodutiva. Acrescentam, ainda, a necessidade de dois princípios organizadores na divisão social do trabalho, o princípio de separação, que separa especificamente em trabalhos de homens e trabalhos de mulheres, e o princípio hierárquico, ao valorizar o trabalho do homem em relação ao da mulher.

As práticas de cuidado, historicamente, sempre estiveram associadas ao sexo feminino, e os estereótipos vinculados à prática do cuidado restringiram a participação dos homens na profissão da Enfermagem. Essas relações de gênero resultam de representações sobre mulheres e homens e que estão presentes no imaginário social com suporte nas

diferenças biológicas entre os sexos, trazendo para a Enfermagem essa abordagem singular (COELHO, 2005).

São na Enfermagem que as questões de gênero se tornam mais visíveis, intimamente ligadas à formação da categoria, pela reprodução dos modos de produção econômica e social, em que seu processo de trabalho constitui parte integrante da forma histórica da inserção feminina nessas esferas (TORRES, 1999).

De acordo com Waldow (2008), o cuidar é anterior à Enfermagem e, por meio da história, se constata que havia estreita ligação com a prática religiosa, no sentido de oferecer conforto, tanto físico quanto espiritual, aos necessitados (pode-se dizer que mais espiritual), além de abrigo e alimento.

A faixa etária dos participantes do estudo variou de 28 até mais de 50 anos, sendo que os intervalos de idade são de 31 a 40 anos (07), de 41 a 51 anos (4) e abaixo de 30 anos (1). São profissionais mais maduros encontrados na ESF do Município de Fortaleza, cuja média de idade revelada foi de 38,91 anos. Dados semelhantes foram encontrados por Canesqui e Spinelli (2006), em estudo sobre o perfil de enfermeiros e médicos da Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, cuja média de idade encontrada foi de 36,0 anos.

Em relação ao tempo de graduação desses sujeitos, oito enfermeiros se destacam com o maior percentual para o tempo de graduação de 11 a 20 anos, e dois enfermeiros abaixo de dez anos de formados, o que também possibilita verificar profissionais possivelmente com maior experiência e relativa maturidade profissional, o que favorece a implementação quanto à qualidade da mão de obra, dados esses que também se assemelham aos encontrados por Canesqui e Spinelli (2006), onde o tempo mediano de conclusão do curso encontrado somou 11,1 anos.

Quanto ao tempo de atuação dos enfermeiros no âmbito da Estratégia Saúde da Família, a pesquisa revelou que estão nesse programa: quatro atuam de seis a dez anos, quatro de 11 a 17 anos, e quatro de um a cinco anos de atuação na área. Portanto, pode ser considerado elevado o tempo de permanência dos enfermeiros no ESF, com oito profissionais de 6 a 17 anos de atuação. Observamos que os profissionais da ESF do Município de Fortaleza apresentam um tempo de experiência significativo na Estratégia, o que pode influenciar positivamente na qualidade da assistência prestada à clientela. Corroborando essas informações, Moura, Rodrigues e Silva (2003) relatam que esses achados indicam certa continuidade do profissional no Programa, nos últimos anos, talvez o fato de a oferta do mercado de trabalho se mostrar bem mais acessível.

No que concerne à titulação em cursos de pós-graduação, dos 12 enfermeiros entrevistados, todos já fizeram algum curso de pós-graduação, sendo que dez realizaram cursos de especialização e dois de mestrado. Dos enfermeiros com cursos de pós-graduação, dez dos cursos estão relacionados à Atenção Básica (Epidemiologia e Vigilância em Saúde (um), Gestão de SILOS (um), Saúde Pública (três), Saúde da Família (quatro), Nutrição e Saúde (um)). Mostrou-se elevada a frequência de enfermeiros com pós-graduação, principalmente em Saúde da Família, área de conhecimento que surgiu no Ceará em 1994. Esse fato demonstra o compromisso cada vez maior de enfermeiros que buscam o constante aperfeiçoamento no seu desempenho profissional com suporte em processos de formação após a graduação e, conseqüentemente, isso pode contribuir com a melhoria dos indicadores da saúde das comunidades nas quais atuam. Essas informações convergem com o que foi encontrado na literatura, mostrando preocupação dos enfermeiros da ESF em realizar pós-graduação (especialização, mestrado) na área (MOURA; RODRIGUES; SILVA, 2003).

Duas questões podem surgir, a primeira das quais se relaciona à oferta de empregos na área, e conseqüentemente, à necessidade de estar mais bem preparado para adentrar a disputa por emprego e a segunda ao fato de o profissional estar bem despreparado e sentir necessidade de se qualificar para assumir as atribuições de um enfermeiro de família.

Valente, Viana e Neves (2010) destacam que a especialização compõe um instrumento necessário à formação contínua do enfermeiro, uma vez que contribui com o desenvolvimento de competências para atuar num mercado de trabalho cada vez mais exigente e competitivo.

Os demais cursos de pós-graduação identificados na pesquisa foram: Médico-Cirúrgico (1) e Enfermagem Clínica (1).

A necessidade de busca por parte dos profissionais da Enfermagem de qualificação pode ser vista como um diferencial na hora da contratação, atendendo a necessidade de um mercado cada vez mais competitivo e que busca profissionais qualificados, e desenvolver habilidades e senso crítico no cuidado aos usuários que demandam os serviços de saúde.

6.2 Apresentação dos Discursos Coletivos

O Quadro 2 destaca as temáticas abordadas nas entrevistas e suas respectivas categorias (ideias centrais) formadas com suporte nas falas de 12 enfermeiros do ESF pertencentes à SER IV, no Município de Fortaleza/CE.

Quadro 02 – Temáticas e categorias formadas com origem nas falas de 12 enfermeiros do ESF. Fortaleza-CE, Brasil, 2014

TEMÁTICA	CATEGORIAS (IC)
01. Atuação do enfermeiro da ESF na imunização	01. Ações de supervisão e orientação sobre a situação vacinal dos usuários
	02. Manutenção e controle dos imunobiológicos
02. Desenvolvimento das ações de Enfermagem	01. Planejamento para imunização
	02. Responsável pela Formação/ Educação permanente da equipe
	03. Responsabilidade com o manejo adequado dos imunobiológicos na unidade de saúde
03. Como o enfermeiro utiliza os conhecimentos acerca da imunização nas outras ações programáticas	01. Práticas educativas de cuidado individualizado nas diversas fases do ciclo de vida
	02. Práticas educativas de cuidado coletivo nas diversas fases do ciclo de vida
04. Acompanhamento e monitoramento do programa de imunização	01. Acompanhamento e monitoramento: situação-limite a ser superada. Informações a partir do ACS e SIAB, criando e utilizando dispositivos locais
	02. Na transversalidade das ações de atenção que o enfermeiro realiza
05. Dificuldades visualizadas no cotidiano das ações em imunização	01. Precária infraestrutura, condições inadequadas de trabalho e (des)valorização do profissional enfermeiro
	02. Falta de uma política de formação permanente para o trabalhador
	03. Deficiência nos registros das vacinas na unidade de saúde
	04. Gestão local com ineficiências
06. As facilidades (potencialidades) visualizadas no cotidiano das ações em imunização	01. Área de conhecimento da enfermagem e na transversalidade das ações de atenção que o enfermeiro realiza
	02. Acesso fácil aos imunobiológicos e confiabilidade no serviço
	03. Envolvimento dos profissionais com o serviço e com a equipe de Enfermagem

Com base nas perguntas norteadoras da entrevista realizadas com os enfermeiros em estudo, os resultados da pesquisa foram divididos em seis categorias para melhor organizar a discussão dos resultados: Atuação do enfermeiro da ESF na imunização; O desenvolvimento das ações em imunização; Utilização dos conhecimentos acerca da imunização; O acompanhamento e monitoramento no programa de imunização; Dificuldades visualizadas no cotidiano das ações em imunização; e facilidades (potencialidades) visualizadas no cotidiano das ações em imunização. Algumas destas se transversalizam e as discussões se enriquecem pelo cotidiano expresso.

Com suporte nas falas dos enfermeiros acerca de sua atuação na imunização, foi possível identificar duas categorias que serão apresentadas e discutidas com os seus respectivos DSC. Neste sentido, a primeira pergunta dirigida aos sujeitos do estudo tentou reaver a percepção e o conhecimento destes sobre sua atuação na imunização.

Conhecer a atuação do enfermeiro da ESF na imunização é uma etapa importante na compreensão e reflexão, no sentido de que cada vez mais os profissionais de enfermagem têm um papel importante no Programa de Imunização (QUEIROZ et al., 2009). Neste sentido, a primeira pergunta dirigida aos sujeitos do estudo tentou recuperar o pensamento e o conhecimento destes sobre o assunto. Na temática 01 – verificam-se ações de gerência e de cuidado com os imunobiológicos, as quais serão discutidas com arrimo em duas categorias, conforme está no Quadro 03.

Temática 01 - Atuação do enfermeiro da ESF na imunização

Quadro 03 – Categoria e número de enfermeiros participantes da Temática 1. Atuação do enfermeiro da ESF na imunização. Fortaleza/CE, 2014

CATEGORIAS	Nº de Enfermeiros
01. Ações de supervisão e orientação sobre a situação vacinal dos usuários	8
02. Manutenção e controle dos imunobiológicos	8

A primeira categoria aborda sobre as ações de supervisão e orientação sobre a situação vacinal dos usuários. No DSC, há destaque para a descrição de uma das atuações do enfermeiro da ESF no Programa de Imunização e para a construção do DSC dessa categoria participaram oito enfermeiros (ENF01; ENF02; ENF03; ENF04; ENF05; ENF07; ENF08; ENF09).

Categoria 01 – Ações de supervisão e orientação sobre a situação vacinal dos usuários

DSC – “Nós enfermeiros trabalhamos muito mais na forma de orientação e supervisão, fazendo orientações sobre aquelas vacinas que são preconizadas pelo Ministério da Saúde, de está questionando e monitorando sobre a situação vacinal da população acompanhada na área, ações que já fazem parte da sistemática do atendimento do enfermeiro, eu acho super importante para o enfermeiro. A atuação do enfermeiro aqui no posto é bem limitada por conta que temos que cobrir todos os programas, então acaba sendo um trabalho de supervisão mesmo. Durante as campanhas de vacinação a gente tem uma participação ainda mais ativa nesse processo. A imunização é um campo que a enfermagem coordena, e que a gente não abre mão de maneira alguma.”

Nota-se nesse DSC a fala dos enfermeiros da ESF sobre sua atuação no Programa de Imunização. Suas ações estão mais direcionadas para as atividades de supervisão da sala de vacina e orientações sobre os imunobiológicos de uma maneira geral, destinadas aos usuários que procuram por esse atendimento especificamente e na transversalidade das ações de atenção que o profissional enfermeiro realiza. O enfermeiro que atua em Saúde da Família também exerce papel no gerenciamento da assistência na unidade de saúde, ficando envolvido com muitas ações burocráticas e administrativas, além de assumir ações dos programas de Atenção à Saúde realizadas diariamente, deixando que o auxiliar de Enfermagem da sala de vacina execute sozinho todas as atividades pertinentes às imunizações. Isto converge com achados presentes em diversos estudos desenvolvidos sobre imunização (MARCHIONATTI; DIAS; SANTOS, 2003; MELO et al., 2010).

Outro dado considerado no DSC foi o excesso de funções do enfermeiro, constituindo-se numa realidade deletéria da qualidade dos serviços de imunizações. Observa-se nas falas, no entanto, que até as ações de supervisão ao trabalho desse auxiliar ficaram comprometidas em decorrência do excesso de atribuições incorporadas ao cotidiano do fazer do enfermeiro. Aqui surge a necessidade de rever o processo de trabalho do enfermeiro em sala de vacina, para elaboração de estratégias de superação, com vistas a priorizar as ações de Promoção da Saúde, como a vacinação no seu cotidiano, no anseio de alcançar transformações nos espaços sociais em que a ESF está inserida, mediante atitudes mais críticas e reflexivas.

Para garantir a qualidade dos imunobiológicos em todo o processo até a sua aplicação, o Ministério da Saúde preconiza de forma sistemática a supervisão das salas de vacinas, para verificar as condições da estrutura física e o cumprimento de normas que visam

a garantir sua qualidade. Na atividade de supervisão, cabe reforçar o papel da equipe de Enfermagem e a importância da informação por ela gerada na sala de vacinas, com a finalidade de planejar e implantar estratégias capazes de manter o controle das doenças imunopreveníveis (VASCONCELOS; ROCHA; AYRES, 2012).

Pensar na perspectiva da Promoção da Saúde e da integralidade da atenção implica assumir o cuidado anterior, dialógico, que tenta encontrar reflexão e ação conjugadas, realizar gestão do cuidado com a produção de atos de criação e reinvenção do processo de trabalho. É preciso sair do campo da reprodução e criar outros modos de agir.

As atividades do Programa de Imunização vão além do simples ato de vacinar, e exigem do enfermeiro conhecimentos complexos que abrangem diversas disciplinas e análise da singularidade de cada usuário. Outra forte atuação do enfermeiro da ESF citado no DSC relaciona-se as orientações sobre as vacinas, realizadas individualmente ou mesmo no coletivo. Essas devem ser oferecidas de forma objetiva e clara; devem subsidiar as pessoas para realização de escolhas saudáveis para si, configurando-se como oportunidade para tomar decisões mais conscientes. A vacinação não deve ser obrigatória e os processos de educação precisam acontecer de modo a contribuir com o empoderamento dos sujeitos para realização de escolhas, que fazem sentido na produção da saúde de cada um.

No seu estudo, Marchionatti, Dias e Santos (2003) concluíram que o Programa de Imunizações ocupa espaço importante na literatura nacional de Enfermagem, demonstrando que o enfermeiro tem ciência da importância de seu papel nas ações desenvolvidas pelo Programa. A qualidade do Programa de Imunizações, no plano local de saúde, repercute na qualidade do trabalho da equipe de Enfermagem no dia a dia das salas de vacinação. A equipe de Enfermagem deve acolher as pessoas que procuram por vacinas, realizar orientações necessárias sobre cada vacina, administrar a vacina utilizando todas as técnicas preconizadas e orientar para o retorno. Cada contato com as pessoas deve ser aproveitado como oportunidade de desenvolver a Educação em Saúde, buscando contribuir com a Promoção da Saúde de cada território.

Há necessidade, nos serviços de saúde, de educação em serviço, com foco na imunização, o que é expresso em vários estudos (MARCHIONATTI; DIAS; SANTOS, 2003; QUEIROZ et al., 2009; MELO et al., 2010; LUNA et al., 2011; ARAUJO, 2013). Surge uma preocupação muito grande por parte da Enfermagem com essa temática, evidenciando a real necessidade de a equipe de Enfermagem, e prioritariamente o enfermeiro, estarem preparados para assumir funções no Programa Nacional de Imunizações.

Continua presente a necessidade das ações de supervisão realizadas na sala de vacina e do acompanhamento e treinamento continuamente do pessoal auxiliar/técnico atuante na temática. Porém se faz necessário implantar, de forma sistemática, a atividade de supervisão, monitoramento e avaliação nas salas de vacinas.

As atividades realizadas na sala de vacina devem ser desenvolvidas por uma equipe de Enfermagem capacitada. Depreende-se o papel relevante do enfermeiro como supervisor técnico nas salas de vacina e sua contribuição na organização do serviço de imunização, educação permanente do pessoal de enfermagem, vigilância epidemiológica, entre outros (VASCONCELOS; ROCHA; AYRES, 2012).

Categoria 02 - Manutenção e Controle dos Imunobiológicos

A Categoria 02, sobre a Manutenção e Controle dos Imunobiológicos, aborda sobre as atividades realizadas para manter os imunobiológicos em condições ideais para uso e o controle de doses através do uso de formulários e planilhas de controle. Para este discurso foram analisadas falas de oito enfermeiros (ENF03; ENF04; ENF05; ENF06; ENF07; ENF09; ENF10; ENF11).

DSC – “O meu vínculo com a imunização é mais nessa parte de está verificando os cartões de vacina e encaminhando pra sala de vacina, na organização das campanhas, de fazer busca ativa dos faltosos, por está orientando a técnica de enfermagem, pelo preenchimento dos mapas, na solicitação e monitoramento dos imunobiológicos mensalmente, fico responsável não só pela dinâmica da sala de vacina no dia a dia, mas também pelo consolidado, que é esse monitoramento de estocagem, é de saldo de pedidos, de registros. Aplicar a vacina, também faço esse papel.”

Além das atividades que envolvem o pessoal auxiliar, o enfermeiro também desempenha atividades ligadas ao planejamento das ações de imunizações, como estratégias de busca aos faltosos, organização de campanhas de vacinação, análise de coberturas vacinais, vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis, entre outras, convergindo com as informações encontradas por Marchionatti, Dias e Santos. (2003), uma vez que a qualidade do serviço prestado em sala de vacinas depende basicamente da forma de atuação dos enfermeiros e auxiliares de Enfermagem e, ao ampliarmos para o cotidiano da Estratégia Saúde da Família, também a diversidade de profissionais que desenvolvem ações no âmbito da atenção básica.

Com arrimo nesse DSC, percebemos que os profissionais de Enfermagem têm participação efetiva na manutenção e controle dos imunobiológicos, sendo necessários supervisão e treinamento do pessoal atuante em vacinação, continuamente.

A Rede de Frio (RF) é responsável pelo armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte das vacinas utilizadas nos programas de vacinação. Tem por objetivo assegurar o controle de qualidade de soros e vacinas, mantendo suas características imunogênicas. Corroborando esse pensamento, Melo et al. (2010) acrescentam que a segurança e a eficácia dos imunobiológicos administrados só serão asseguradas se os profissionais de saúde, especialmente os que atuam no manejo dos imunobiológicos na sala de vacinação, utilizarem os procedimentos corretos de transporte, manipulação e estocagem (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde preconiza que as atividades desenvolvidas em sala de vacina contarão com uma equipe de Enfermagem treinada e composta, preferencialmente, por um enfermeiro, o qual é responsável pela presença sistemática de um trabalho de supervisão e treinamento em serviço, e por um ou dois técnico-auxiliares de Enfermagem capacitado para o manuseio e operacionalização nos procedimentos de conservação das vacinas nas UAPS. O manejo dos imunobiológicos corresponde a uma ação complexa, e precisa ser assumida por profissional com formação de nível superior, isto é, o enfermeiro é o responsável nos serviços de saúde (MELO et al., 2010; QUEIROZ et al., 2009).

Para desenvolver as atividades adequadas em sala de vacinação, no entanto, Queiroz et al. (2009) acrescentam que a equipe deverá assumir responsabilidades, como orientar e prestar assistência à clientela com segurança, responsabilidade e respeito; prover periodicamente as necessidades de material e imunobiológicos; manter as condições ideais de conservação de imunobiológicos; manter os equipamentos em boas condições de funcionamento; acompanhar as doses de vacinas administradas de acordo com a meta; buscar faltosos; divulgar os imunobiológicos disponíveis; avaliar e acompanhar sistematicamente as coberturas vacinais; e buscar periodicamente atualização técnico-científica.

Temática 02 - Desenvolvimento das Ações de Enfermagem

A Temática 02, sobre o Desenvolvimento das Ações de Enfermagem, aborda sobre o planejamento das ações em Enfermagem, a importância das atividades de Educação e formação nos serviços de saúde, e a responsabilidade da equipe de Enfermagem com o manejo dos imunobiológicos, mantendo as condições ideais de uso e controle de doses.

Quadro 04 – Categoria e número de enfermeiros participantes da Temática 2. Desenvolvimento das ações de Enfermagem. Fortaleza/CE, 2014

CATEGORIAS	Nº de Enfermeiros
01. Planejamento para imunização	04
02. Responsável pela Formação/ educação permanente da equipe	04
03. Responsabilidade com o manejo adequado dos imunobiológicos na unidade de saúde	03

A Categoria 01 acerca das ações de Enfermagem a serem desenvolvidas no cotidiano do ESF, aborda o planejamento das atividades realizadas pelo enfermeiro com foco na imunização. Participaram quatro enfermeiros para a construção do seguinte DSC (ENF07; ENF09; ENF10; ENF11).

DSC – “Eu vou falar do desenvolvimento das ações de enfermagem no sentido de uma programação pra imunização, realizadas em cada programa da estratégia saúde da família, como: na consulta de puericultura, no pré-natal, na consulta do idoso, no acompanhamento das condicionalidades do programa bolsa família, no sentido de busca ativa, de levantamento dos vacinados da nossa área. Nós enfermeiros precisamos está sempre vendo se os cartões estão atualizados ou não, sempre que a gente tem oportunidade de está com o paciente, seja no pré-natal, seja com a mãe, com o filho, com o vô, com o adulto, com adolescente, a gente oferta a vacina porque tem disponível a vacina. Eu acho também importante estratégia com planejamento e programações com eventos pontuais de educação em saúde.”

Como o DSC mostra, a Estratégia Saúde da Família é um campo satisfatório para o desenvolvimento de ações de Educação e Promoção da Saúde dentro da temática de imunobiológicos, demonstrando à sociedade as evidências dos benefícios que a prática da imunização pode trazer. É disponibilizada à população assistência no âmbito da saúde da criança, da mulher, da saúde bucal, do controle da tuberculose, da hipertensão arterial e Diabetes Mellitus; e da hanseníase, na transversalidade das ações realizada por vários profissionais, entre os quais, o enfermeiro.

Essas são atividades do cotidiano desenvolvidas pelo enfermeiro, na unidade de saúde ou junto à equipe de Saúde da Família, e/ou na comunidade, apoiando e

supervisionando o trabalho dos agentes de saúde, bem como assistindo as pessoas que necessitam de atenção em Enfermagem.

O PSF (1994) surgiu como estratégias para reverter a forma de então na prestação da assistência à saúde, contribuindo no estabelecimento de um novo modelo de atenção integral à saúde das famílias, mediante a incorporação de ações programáticas. Logo, são estratégias voltadas para a reorganização das ações de atenção básica. É operacionalizada por meio da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 1997).

São atribuições do enfermeiro o planejamento, a organização, a supervisão e execução das atividades de Enfermagem referentes à imunização na Atenção Básica, e participar da elaboração nos programas multiprofissionais de saúde pública, direcionados à coletividade. Cabe também ao enfermeiro a avaliação do processo, com desenvolvimento de um trabalho de monitoramento e averiguação de resultados (FEITOSA; FEITOSA; CORIOLANO, 2010).

O planejamento das atividades realizadas pelo enfermeiro da ESF é um fator facilitador para o alcance de suas metas e objetivos propostos para a imunização, avaliando a efetividade das ações dispensadas e monitorando continuamente o estado vacinal da população em sua área adscrita. O DSC mostra que o enfermeiro realiza diariamente e tem uma apropriação das ações de Enfermagem citadas, pois estas já fazem parte de uma rotina em seu serviço de saúde.

A Categoria 02 aborda sobre a responsabilidade pela Formação/Educação permanente da equipe na Estratégia Saúde da Família, sendo que participaram quatro enfermeiros para a composição do seguinte DSC (ENF04; ENF07; ENF10; ENF12).

DSC – “O enfermeiro tem que ser o responsável pelo preparo da equipe que trabalha com imunização, do agente de saúde, que é quem faz captação desse pessoal e na questão da sensibilização dos profissionais de todos os setores dentro da unidade de saúde. O enfermeiro tem o papel de treinar a equipe, os auxiliares, os ACS, trabalhar em campanha, monitorar a população adscrita que somos responsáveis, e campanhas extramuros quando necessário. Mas, tem assim um pouco de falha nessa questão das ações coletivas, de educação em saúde, a gente não está sendo devidamente capacitado, atualizado, com relação às novidades das vacinas. Sempre que possível eu faço orientações, quando é a

vacinação das crianças, vacinação de adolescente nós utilizamos às atividades educativas, palestras, grupos na comunidade pra poder incentivar, explico o porquê, a importância da vacina na prevenção das doenças, tentamos fazer uma sala de espera divulgando as vacinas novas.”

Na sala de vacina, necessitamos de profissionais capacitados para operacionalizar suas atividades de maneira confiável, sem comprometer a credibilidade da assistência dispensada. Então, esses profissionais devem receber treinamentos e capacitações específicos e continuamente, visto que o conhecimento e os saberes tecnológicos se renovam na área de saúde em uma velocidade crescente, e com aplicação do aprendizado dessa capacitação na prática cotidiana.

Melo et al. (2010) ressaltam a importância da educação continuada em sala de vacina, uma vez que novas vacinas estão sendo incorporadas ao nosso calendário vacinal, somando-se a novos conhecimentos, tornando imprescindíveis a capacitação e o treinamento na prática cotidiana das salas de vacina. A importância de ações de educação continuada no ambiente de trabalho decorre do fato de se privilegiar as oportunidades educativas surgidas no cotidiano dos trabalhadores de saúde, privilegiando o enfrentamento e a solução de problemas.

O enfermeiro da ESF tem o privilégio de trabalhar diretamente com a população de uma área adscrita, onde ações educativas em saúde devem ser desenvolvidas em todo e qualquer contato com a população. Assim, as ações relacionadas à vacinação devem ser discutidas com a comunidade, despertando o seu interesse, de forma a possibilitar que as pessoas tomem consciência da relevância dos imunobiológicos no controle das doenças imunopreveníveis, sua importância na melhoria da saúde da população e mantenham as coberturas ideais de vacinação.

No que se refere à educação permanente em serviço, apesar do conhecimento do enfermeiro da necessidade de processos de educação dos trabalhadores da saúde, quando abordada esta temática, notamos que não há formação periódica de atualização sobre os imunobiológicos na rotina das equipes de Saúde da Família, e que eles não assumem realmente esta função. Depoimentos semelhantes com práticas limitadas de educação em serviço foram encontradas no estudo de Feitosa, Feitosa e Coriolano (2010) com auxiliares de Enfermagem em sala de vacina no Município de Iguatu/CE.

Ainda corroborando esse pensamento, Feitosa, Feitosa e Coriolano (2010) acrescentam que são observadas poucas iniciativas de cursos de atualização para os auxiliares

de Enfermagem, o que pode ter um efeito bastante prejudicial para modificação de práticas e rotinas instituídas. Esse achado pode prejudicar a qualidade da assistência prestada à clientela, já que nos serviços os auxiliares são os maiores responsáveis diretos pela prestação da assistência, como: aplicação de vacinas, organização da sala de vacinas, preenchimento dos mapas de controle dos imunobiológicos, e outras atividades de cunho essencialmente técnico, mas que exigem um conhecimento científico apropriado.

Conforme o DSC dos enfermeiros, a insuficiência de recursos humanos capacitados nos serviços de imunização e nas equipes que compõem o ESF pode ser vista como um fator que compromete o desempenho das atividades de manutenção e conservação das vacinas nas unidades de saúde, impactando na qualidade dos imunobiológicos e na assistência ao usuário que procura esses serviços.

A Categoria 03 aborda Responsabilidade com o manejo adequado dos imunobiológicos na unidade de saúde. No DSC dessa temática participaram três enfermeiros (ENF04; ENF07; ENF10).

DSC – “Enquanto enfermeiro, sou responsável pelo processo de manutenção adequada dos imunobiológico, como o controle diário dos imunobiológicos, da conservação, de validade, ao cuidado maior com a higiene local, ter pessoal exclusivo e capacitado para tal atividade. Ter uma sala que não pode ficar sem uma climatização. A gente tem sempre que ter um olhar especial para a imunização.”

Pelo discurso, pode ser percebido que o enfermeiro assume sua responsabilidade dentro do Programa de Imunização, como o profissional da equipe que possui maior competência para gerenciá-lo.

Corroborando essa discussão, Almeida et al. (1997) explicam que os enfermeiros atuantes em Saúde Pública sempre se apropriaram do setor de vacinação como de maior responsabilidade sua, mais do que de outros profissionais da saúde, exatamente por estarem diretamente ligadas às funções do enfermeiro, que incluem o treinamento e a supervisão dos auxiliares de Enfermagem, ações educativas desenvolvidas junto à população, do controle de estoque e conservação dos imunobiológicos.

Ainda de acordo com essa temática, a literatura nos mostra que, entre os profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família, a equipe de Enfermagem, mais especificamente o enfermeiro, é considerado o responsável pelo gerenciamento e manuseio de imunobiológicos, ofertando serviços de qualidade à população adscrita, o que nos remete à necessidade de acompanhamento diário do processo de trabalho nas salas de vacinas e o

posicionamento desses profissionais sobre o trabalho desenvolvido (ARANDA; MORAES, 2006; OLIVEIRA et al., 2009; MELO et al., 2010; LUNA et al., 2011).

O Ministério da Saúde (2001a) orienta no sentido de que, para a equipe de Enfermagem manter a qualidade do serviço no processo de manutenção adequada dos imunobiológicos e no alcance das metas propostas, não depende somente do quantitativo de trabalhadores em sala de vacina, mas também da participação em processos de educação que ofereçam à equipe aquisição de conhecimento teórico e habilidades técnicas para o desenvolvimento de atitudes que se mostraram satisfatórias na consolidação das normas de procedimentos do Programa de Imunização, contribuindo assim com a qualidade do serviço.

O processo de formação deve ser contínua, permanente, de preferência realizado no serviço, no próprio local de trabalho. Devem ser utilizadas metodologias ativas, usando a prática diária e a experiência dos profissionais em seu cotidiano da ESF (ANDRADE; MEIRELES; LANZONI, 2011). O Ministério da Saúde dispõe de instrumentos de capacitação, como o treinamento, em sala de vacina, de gerenciamento em rede de frio, em sistema de informação e vigilância de eventos adversos (BRASIL, 2001a).

Para Santos et al. (2006), um fator facilitador na realização e coordenação das atividades do Programa Nacional de Imunizações (PNI) no plano local, com grande avanço na qualidade da imunização, refletido na melhoria das taxas de cobertura vacinal alcançada em anos recentes, aconteceu com a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que promove a descentralização dos serviços de saúde e a ampliação das responsabilidades municipais no tocante à saúde.

Temática 03 - Como o enfermeiro utiliza os conhecimentos acerca da imunização nas outras ações programáticas

Quadro 05 – Categoria e número de enfermeiros participantes da Temática 3. Como o enfermeiro utiliza os conhecimentos acerca da imunização nas outras ações programáticas.

Fortaleza/CE, 2014

CATEGORIAS	Nº de Enfermeiros
01. Práticas educativas de cuidado individualizado nas diversas fases do ciclo de vida	08
02. Práticas educativas de cuidado coletivo nas diversas fases do ciclo de vida	05

A Categoria 01 acerca das práticas educativas de cuidado individualizado nas diversas fases do ciclo de vida aborda as ações educativas vistas como orientações individualizadas durante os atendimentos/consultas de Enfermagem, oito enfermeiros colaboraram para a construção deste DSC (ENF02; ENF03; ENF04; ENF05; ENF06; ENF07; ENF09; ENF12).

DSC – “Utilizo muito o meu conhecimento pra orientar durante as consultas de enfermagem, orientação individual da necessidade da vacina, por que da vacina, sua importância e encaminhamento pra imunização. Com o conhecimento que a gente tem da imunização, a gente vai passando a importância em cada fase da vida, principalmente em dois grandes momentos: que é a consulta de puericultura, e também na consulta de pré-natal, a gente também aproveita o programa do bolsa família, o grupo do hiperdia, os pacientes de Tb, hanseníase, adultos, passando essa importância da imunização. Hoje o que a gente está trabalhando mais é essa atividade face a face, de educação em saúde individual.”

É notório nesse DSC o fato de que as ações de imunização realizadas no cotidiano do ESF pelo profissional enfermeiro estão mais voltadas para o atendimento individualizado, focados na abordagem de educação em saúde, e realizadas durante as consultas diárias.

Corroborando esse pensamento, Almeida et al. (1997) explicam que, nos últimos anos, se nota, porém, que os enfermeiros ocupam menos tempo com o Programa de Imunizações, direcionando as ações ao atual modelo de organização tecnológica de muitos serviços de saúde, dando maior ênfase para as ações relacionadas às consultas eletivas e atendimento individual.

Segundo o Ministério da Saúde (2009) Educar em saúde é uma forma de transformar comportamentos pessoais, e é ato compreendido como a capacitação da comunidade em benefício da melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo sua participação no controle desse processo, repensando suas práticas diárias em saúde e fortalecendo sua capacidade de minorar a vulnerabilidade existente no cotidiano de suas vidas, da comunidade, no coletivo.

Na consulta de Enfermagem, o enfermeiro toma como objeto de sua intervenção a pessoa, sem deixar de lado o contexto macro, das relações no espaço onde vivem, assumindo atitude dialógica de reconhecimento, de intervenção no esquema vacinal da pessoa, durante atividades e abordagens individualizadas, buscando, assim, oferecer oportunidades na ampliação da capacidade de a pessoa em participar desse processo, na promoção e conquista

da autonomia necessária para a tomada de decisão sobre aspectos que afetam suas vidas e na conquista do controle sobre sua saúde e condições de vida.

Os enfermeiros participantes da pesquisa demonstram, em suas falas, que há muito a ser estabelecido para atuarem na perspectiva da Promoção da Saúde requerida pela ESF. Os discursos nos atendimentos de Enfermagem ainda estão mais voltados para uma relação muitas vezes verticalizada e impositiva, focalizando as doenças, e na tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, não dando oportunidade para este participar no controle sobre sua saúde e condições de vida.

Ante o exposto, é muito importante que o profissional de Enfermagem esteja preparado e qualificado para trabalhar a Promoção da Saúde, mediado pela Educação em Saúde, em seus atendimentos, tanto individual como no coletivo.

A Categoria 02 acerca das práticas educativas de cuidado coletivo nas diversas fases do ciclo de vida aborda as ações educativas vistas como ações grupais nas unidades de saúde e nos espaços sociais presentes na comunidade. Construída a partir da entrevista de cinco enfermeiros (ENF04; ENF07; ENF09; ENF10; ENF11).

DSC – “Pronto, a gente tem assim um pouco de falha nessa questão de ações coletivas, de educação em saúde, em relação à imunização, eu, acho que fica a desejar. Mas, nós realizamos atividades educativas na comunidade, através de palestras, grupos, trabalhando com adolescentes nas escolas, que é o SPE (saúde escolar) são normalmente programada ações na escola, ações em terminais de ônibus, e com os agentes comunitários de saúde. Dentro da pauta do grupo de gestante há alguns momentos que fazemos a atualização de alguns assuntos temáticos.”

A participação dos profissionais da equipe do ESF em momentos de Promoção da Saúde na comunidade permite uma aproximação com criação de vínculo e apropriação, por parte dos profissionais, das realidades locais, o que possibilita transformar essas vulnerabilidades existentes com o empoderamento dos sujeitos e valorização deles nesse processo. A interação comunidade e profissional da ESF, nos momentos de atividades no coletivo, têm por finalidade promover saúde no ambiente onde as pessoas vivem e se relacionam.

Alves (2005) acrescenta que a Educação em Saúde pode ser entendida como um conjunto de saberes e práticas voltadas para a prevenção de doenças e Promoção da Saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, e que atinge a vida cotidiana das pessoas. A

apropriação do conhecimento científico pela população favorece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde por meio da compreensão dos fatores condicionantes do processo saúde-doença. É reconhecido na atenção básica como espaço privilegiado para ações de cunho preventivo e promocional.

O DSC retrata que, com relação aos momentos educativos na coletividade, provavelmente, estão sendo desvalorizados pelos profissionais do ESF em seu processo de trabalho, visto que eles não estão sendo realizados ou o são de maneira não efetiva. Essa dificuldade encontrada pelos profissionais nas práticas educativas nos serviços de saúde pode ser pensada como um reflexo do modelo hegemônico de formação destes profissionais, fragmentado e centrado no profissional.

Cosoante Araujo et al. (2013), assim, vê-se reduzido o poder norteador da educação para as ações de saúde e sua contribuição no sentido de uma mudança de comportamentos e atitudes profissionais que respondam as necessidades reais encontradas.

A ESF surge como política para reorientação do modelo de saúde vigente, trazendo para a Saúde Pública outra perspectiva, até então focada no aspecto hospitalocêntrico, biologicista, fragmentado. Esse novo modelo necessita repensar as práticas de saúde voltadas para as atividades educativas com uma visão de Promoção da Saúde e na intenção da integralidade da assistência ao usuário, com abordagem no contexto familiar (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2009).

Torna-se necessário que o enfermeiro desenvolva ações educativas em saúde em todo e qualquer contato com a população, e devem-se elaborar estratégias para que as ações de vacinação devam ser abordadas e discutidas com a comunidade, despertando o interesse destes no conhecimento da importância dos imunobiológicos para as pessoas, de forma a possibilitar a produção de conhecimento delas ou de grupos para contribuírem na melhoria da saúde da população. É um exercício de produção de autonomias com base na cogestão daquilo que se sabe e daquilo que se vive. Fica muito evidente a importância dada ao saber de experiência feita, que Paulo Freire tantas vezes nos invoca em seus sábios escritos.

Cardoso et al.(2013) acrescentam que o trabalho do enfermeiro na ESF tem por objetivo realizar o atendimento das necessidades humanas básicas, seja no individual ou no coletivo, fator que desencadeia uma interação profissional-comunidade, dando oportunidade para uma gestão participativa em saúde e o desenvolvimento e fortalecimento de potenciais individuais. Esse profissional, fundamentado em um conhecimento clínico específico da Enfermagem, deve se encontrar capacitado para intervir mutuamente na complexidade dos

determinantes locais da saúde encontrados, assim, com melhores possibilidade de resolubilidade dos problemas locais.

Promoção da saúde no contexto da imunização é compartilhar, com a comunidade, conhecimentos importantes referentes aos imunobiológicos, promovendo um diálogo bidirecional, entre profissional e usuário, de tal maneira que o enfermeiro estimule a participação dos sujeitos no desenvolvimento de seus potenciais, capazes de provocar mudanças no contexto local, na sua saúde, por via do conhecimento e da transformação das vulnerabilidades e intervindo no seu modo de viver e sobreviver, com suas realidades locais.

Temática 04 - Acompanhamento e monitoramento do Programa de Imunização

Quadro 06 – Categoria e número de enfermeiro participantes da Temática 4. Acompanhamento e monitoramento do Programa de Imunização. Fortaleza/CE, 2014

CATEGORIAS	Nº de Enfermeiros
01. Acompanhamento e monitoramento: situação-limite a ser superada. Informações a partir do ACS e SIAB, criando e utilizando dispositivos locais	08
02. Na transversalidade das ações de atenção que o enfermeiro realiza	04

A Categoria 01 acerca do acompanhamento e monitoramento: situação-limite a ser superada. Informações a partir do ACS e SIAB, criando e utilizando dispositivos locais, como modos de monitoramento do Programa de Imunização. Para a construção do DSC dessa categoria participaram oito enfermeiros que deram origem ao seguinte discurso (ENF03; ENF04; ENF05; ENF06; ENF07; ENF08; ENF10; ENF11).

DSC – “A primeira ação que a gente faz é basicamente pela informação do ACS, através do consolidado SSA2, e no SIAB, onde a gente faz essa busca ativa dos faltosos, supervisão dos cartões espelhos, que é fornecido pelo agente comunitário de saúde todo mês, nós verificamos se a informação do cartão realmente bate. O principal instrumento para o nosso monitoramento é através do cartão de vacina do próprio usuário e o cartão espelho de vacina do ACS, de crianças até dois anos, todo mês eles são checados religiosamente. É um bom monitoramento. Temos também a cardernetazinha do idoso que a gente utiliza, e o livro de registro dentro da sala de vacina, que seria o antigo cartão de controle, o livro nos dá algo mais preciso. Pra gente está monitorando é muito complicado, só conseguimos fazer esse monitoramento nas crianças de até 2 anos das áreas que os agentes de saúde cobrem, mas o que é de área descoberta, que a gente tem muito, a gente não consegue

fazer esse acompanhamento. Nosso posto fica fora da nossa área de abrangência, a baixa cobertura de agente de saúde e a questão de muitas áreas descobertas são fatores de limitação para esse monitoramento e acompanhamento.”

O DSC revela que existem os instrumentos formais, instituídos, mas também outras possibilidades de, além de registrar, também seguir o monitoramento.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é um sistema de informações cujo objetivo é agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica (AB), usando como estratégia central a Estratégia de Saúde da Família. Compõe uma fonte rica de dados que propiciam informações importantes e abrangentes na área da saúde, auxiliando as ESF em seu processo de trabalho. Por meio através dessas informações que o Ministério da Saúde toma decisões da gestão da Atenção Básica na contextura nacional (BRASIL, 2003b).

Nas áreas adscritas das unidades de saúde, no plano local, são colhidas as informações primárias pelos ACS, e repassadas às ESF, que têm por finalidade traçar estratégias, definir metas e identificar intervenções que se fizerem necessárias na atenção da população das suas respectivas áreas de cobertura, bem como avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe. Constitui ferramenta muito importante no monitoramento e acompanhamento do estado vacinal de alguns grupos de maior vulnerabilidade.

A alimentação das informações não é ação exclusiva do enfermeiro, pois pode ser realizada por todos os profissionais da equipe, mas, na realidade das unidades de saúde, o enfermeiro é o profissional que assume a responsabilidade da qualidade do registro nos sistemas de informação da Atenção Básica.

O cartão-controle de vacinação seria mais um dispositivo importante no controle e monitoramento dos imunobiológicos, e possibilita a busca da clientela que faltou à aplicação da vacina previamente agendada. Embora deficiente o uso deste instrumento pelos ACS e nas UAPS, o uso do cartão-controle é utilizado mais comumente para crianças do que para os demais grupos-alvo do Programa, provavelmente em decorrência do maior investimento histórico na imunização de menores de cinco anos (ARAÚJO et al, 2013). A criança foi sempre assumida como foco principal no programa de imunização pelo controle rotineiro da mortalidade infantil. Essa é uma ação da cultura dos profissionais que realizam atendimentos a crianças no Brasil, um jeito de atuar na prevenção primária e influenciar positivamente na redução de vulnerabilidades individuais. Por isso, a importância do diálogo sobre a caderneta, que deve ser guardada ao longo da vida.

A Categoria 02, acerca da transversalidade das ações de atenção que o enfermeiro realiza como modos de acompanhamento e monitoramento do Programa de Imunização, nos trazem questões importantes para adentrarmos um debate sobre a integralidade da atenção. Foram utilizadas quatro entrevistas de enfermeiros para a construção do seguinte DSC (ENF01; ENF02; ENF07; ENF11).

DSC – “O Monitoramento acontece também durante os atendimentos em consultas de enfermagem, checando o cartão de vacina no programa bolsa família, no acompanhamento da puericultura, das gestantes na hora do pré-natal, na prevenção, nas consultas individuais, na hora do fechamento do mapa com os ACS, cada enfermeiro se responsabiliza pela sua área adscrita.”

Esse DSC retrata, de acordo com os enfermeiros, a ideia de que o acompanhamento e o monitoramento no Programa de Imunização podem ser realizados em outros atendimentos na UAPS como no acompanhamento da criança (no atendimento de puericultura), no pré-natal, e grupos de gestantes, no Programa Bolsa Família, em visitas domiciliares, dentre outros.

Relativamente à ação de Promoção da Saúde realizada pelos enfermeiros, Oliveira et al. (2009), corroborando essa discussão, acentuam que essa atividade não deve ser realizada exclusivamente na sala de vacinação, e complementam, dizendo que esse instrumento pode ser utilizado em outros atendimentos na UAPS como no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, grupos de gestantes e visitas domiciliares; e que esses trabalhos educativos devem ocorrer em todos os espaços, de modo que não seja limitados apenas à sala de vacina.

É importante ampliar a visão e transitar por além do preconizado. Pautar-se pela integralidade é ato que reafirma essa possibilidade. Por que só as crianças? Por que só os idosos num determinado período do ano? Mesmo com a profilaxia contra o tétano disponível gratuitamente nos serviços de saúde pública do País, observa-se no cotidiano a ocorrência com os índices aumentados de tétano em adultos- homens. No estudo de Feijão et al. (2007), verificou-se no Estado do Ceará a ocorrência de tétano acidental de maneira semelhante durante os anos avaliados. O sexo masculino foi o grupo mais atingido, pois não existe campanha de vacinação direcionada a tais pessoas na fase adulta. Que estratégias e ações de monitoramento podem ser pensadas para acolher a população em sua diversidade?

Neste contexto, os profissionais de saúde devem traçar estratégias e promover ações de mobilização social nos serviços de saúde para facilitar o acesso da comunidade aos serviços de imunoprofilaxia do tétano, independentemente de sexo, idade, ocupação ou zona de moradia, disponibilizar a vacina antitetânica nos programas de doenças crônicas (hipertensão e diabetes), e durante o controle de câncer ginecológico, além de outras ações de saúde mais permanentes.

Portanto, ainda nesse contexto, temos que refletir também a necessidade de reestruturação das práticas verticalizadas e fragmentadas presentes no atual modelo biomédico, hegemônico, de atenção a saúde na ESF, direcionando o foco de atenção para um atendimento pautado na integralidade da assistência com ações de promoção e prevenção.

Temática 05 - Dificuldades visualizadas no cotidiano das ações em imunização

Quadro 07 – Categoria e número de enfermeiros participantes da Temática 5. Dificuldades visualizadas no cotidiano das ações em imunização. Fortaleza/CE, 2014

CATEGORIA	Nº de Enfermeiros
01. Precária infraestrutura, condições inadequadas de trabalho e (des) valorização do profissional enfermeiro	07
02. Falta de uma política de formação permanente para o trabalhador	07
03. Deficiência nos registros das vacinas na unidade de saúde	03
04. Gestão local com ineficiências	04

A Categoria 01 acerca da Precária infraestrutura, condições inadequadas de trabalho e (des) valorização do profissional enfermeiro como dificuldades visualizadas no cotidiano das ações em imunização nos adverte sobre o âmbito macro, que precisa transversalizar o micro. Ressalta o quanto a estrutura e condições de trabalho são por demais significativas para que os processos ocorram de forma tranquila e revelem resultados que incorporem a dimensão do cuidado. Participaram sete enfermeiros na elaboração do seguinte DSC (ENF01; ENF02; ENF04; ENF05; ENF09; ENF11; ENF12).

DSC – “Eu vejo a questão da precariedade da infraestrutura, não temos uma sala adequada para o que é exigido, temos pouco espaço, é uma estrutura inadequada, trabalhando um pouco no improvisado, às vezes o ar condicionado quebra e também não se confia na rede elétrica da unidade. Acredito que, são essas coisas de insumo não tem papel toalha, a geladeira é velha, não é a ideal, é só tendo problema ou a temperatura tá

subindo, os termômetros que não são adequados, não funcionam da maneira adequada, falta pilha, falta bateria, as caixas térmicas que não trabalham com o termômetro adequado. Como aqui não temos o prontuário eletrônico, não podemos resgatar essas vacinas. A questão também de falta de alguns imunobiológicos e o desabastecimento de algumas vacinas no momento. Ainda mais, o enfermeiro tem uma sobrecarga de trabalho muito grande, ele é muito cobrado pela gestão, são muitos programas pra dá conta e pouca disponibilidade de tempo pra está atuando diretamente na sala de vacina. A não valorização do enfermeiro, profissionalmente e financeiramente, as condições de trabalho inadequadas e a questão da qualidade do serviço que está sendo prestado são outras dificuldades encontradas no nosso cotidiano.”

A sala de vacina, local destinado para administração de vacinas na Unidade de Saúde da Família, deve estar devidamente limpa e organizada, proporcionando à clientela assistência segura e de qualidade com prevenção de infecções.

É de competência das secretarias municipais de saúde, de acordo com a portaria da Atenção Básica, de outubro de 2011, garantir a estrutura física necessária que possibilite o funcionamento das unidades de saúde e para a execução do conjunto de atividades propostas, podendo contar ainda com apoio técnico e/ou financeiro das secretarias de estado da saúde e do Ministério da Saúde para a realização dessas ações (BRASIL, 2011).

No DSC dos enfermeiros, percebemos que as unidades de Atenção Primária à Saúde encontram-se com algumas limitações que envolvem a estrutura física, como precária conservação e higienização das unidades, iluminação insuficiente, salas não climatizadas, falta de material e insumos, espaços improvisados nesses estabelecimentos de atenção à saúde que não atendem às normas preconizadas para o funcionamento adequado dos serviços de saúde, aparecendo como obstáculo para as ações de imunização. São estes problemas relatados com muita frequência entre os profissionais e usuários do setor público.

A falta de alguns imunobiológicos é apontada no DSC como um dos fatores de perda de oportunidades na vacinação nas unidades de saúde, o que representa importante barreira para que se mantenham níveis de qualidade na assistência aos imunobiológicos. Desta maneira, torna-se fundamental repensar a organização dos serviços de saúde e o processo de trabalho para que limitações possam ser superadas com o intuito de oferecer uma assistência de qualidade e pautada na promoção da saúde e prevenção das doenças.

Outras estratégias para minimizar as dificuldades encontradas no acesso aos imunobiológicos seriam adequar os horários de atendimento dessas unidades às necessidades da população, promover a qualificação profissional para suprir a demanda que o serviço

exige, melhorar o planejamento e gerenciamento das ações referentes à imunização nas unidades de saúde, oferecer informações à comunidade quanto aos serviços de saúde e como utilizá-los, dentre outras.

Um dado considerável foi expresso por Marchionatti, Dias e Santos (2003) ao referir, que o excesso de funções do enfermeiro, associado ao número insuficiente de profissionais em Saúde Pública, com conhecimento em imunobiológicos, constitui realidade prejudicial na qualidade dos serviços de imunizações. Vários estudos produzidos na década de 1980 demonstram que a assistência de Enfermagem foi objeto de pesquisa muito frequente pelos enfermeiros, sempre mostrando a preocupação com a necessidade de organização do Programa de Imunizações, de maneira a oferecer qualidade nos serviços de vacinação.

Percebemos no DSC que a sobrecarga de atividades burocráticas (ações de registro e preenchimento de formulários, protocolos, consolidado diário e mensal das atividades realizadas etc.) está presente no cotidiano das atividades do ESF e constitui fator dificultador do cuidado. Com efeito, Trevizan et al. (2006) complementam, dizendo que há privilégios e compromisso com os objetivos organizacionais em detrimento do cuidado de Enfermagem propriamente dito, o que desencadeia quadros de tensões, desmotivação e descrenças no âmbito do processo de trabalho da ESF.

Corroborando esse pensamento, Araújo (2005) acrescenta que os papéis desempenhados pelo enfermeiro na ESF se contrapõe a indefinição existente em outros espaços de trabalho, marcados pelas diversas atividades, em muitas situações não compatíveis com a sua formação profissional, com indefinição de papéis, o desprestígio social e a falta de autonomia desse profissional.

A Categoria 02 diz respeito à Falta de uma política de formação permanente para o trabalhador como dificuldades visualizadas no cotidiano das ações em imunização, e para a construção do DSC dessa categoria, participaram sete enfermeiros (ENF04; ENF05; ENF06; ENF07; ENF09; ENF10; ENF11).

DSC – “Eu acho que nós enfermeiros, precisamos de melhores capacitações, sinto essa necessidade, tanto do profissional enfermeiro do ESF como também do profissional auxiliar de enfermagem. Na imunização temos novidades quase todo dia, então temos essa necessidade de nos mantermos atualizados. As capacitações quando são oferecidas só é contemplado o profissional responsável pela sala de vacina, os outros profissionais não participam desse momento, é só quem é responsável pela sala de vacina, então assim, infelizmente é uma dificuldade encontrada.”

De acordo com a proposta do Ministério da Saúde (2009), a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais com uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. É realizada a partir de problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm, e que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações.

Verifica-se, por meio do DSC, quando abordada a temática Educação Permanente dos trabalhadores da saúde da atenção básica, mais especificamente da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, nota-se nas falas dos profissionais a insatisfação com essa política de formação, por não ter recebido a devida atenção por parte dos gestores quanto à prática de Educação Permanente.

Os profissionais de Enfermagem, segundo o DSC, referiram que não participam de treinamentos dentro da temática vacina há muito tempo. Em virtude das grandes mudanças e avanços científicos e tecnológicos nessa área na contextura mundial, com a inclusão de novas vacinas, torna-se imprescindível instrumentalizar os profissionais do ESF. Entende-se, contudo, que as atualizações em vacinação devem ser realizadas de maneira contínua, pois, para oferecer um serviço de qualidade e eficaz, é necessário manter os profissionais atualizados.

Com o número insignificante de cursos/capacitações/treinamentos em serviço sobre atualizações e manuseio de vacinas na rotina das equipes de Saúde da Família, os trabalhadores de saúde relatam o despreparo para atuar nessa temática, visto que novas vacinas e outros conceitos em imunização surgiram, ficando imprescindível a capacitação deles. Isto não está de acordo com a portaria da Atenção Básica, pois é papel da Secretaria de Saúde desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de Educação Permanente aos profissionais da ESF (BRASIL, 2011).

Os processos de Educação Permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. É realizada com nos problemas vivenciados no cotidiano, mediante a problematização do processo de trabalho, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem, também são consideradas as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, e que sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009).

Consoante Ceccim e Feuerwerker (2004), uma discussão muito presente nos dias de hoje é a necessidade de transformação das práticas de saúde que orientam a formação, práticas essas ainda hegemônicas com abordagem biologicista, “medicalizante” e procedimento-centrado, fragmentando as pessoas em especialidades. Essa mudança necessita de uma abordagem do processo saúde-doença pautada na integralidade da atenção, princípio norteador da formulação de políticas de saúde e a formação para a área de saúde; só assim produz profissionais capazes de realizar nas suas práticas em saúde ações relativas à integralidade.

No que se refere à Educação Permanente em serviço, no entanto, também são observadas poucas iniciativas de atualização para os profissionais de nível médio, vemos que o enfermeiro, responsável pela equipe e cabendo-lhe a supervisão do auxiliar de Enfermagem na orientação da atividade profissional de forma ideal, também não assume integralmente esta função na Atenção Básica, o que pode ser um importante fator limitador para modificação de práticas e rotinas instituídas nos serviços de saúde.

Corroborando esse pensamento, Feitosa, Feitosa e Coriolano (2010) acrescentam que esse fato pode prejudicar a qualidade da assistência prestada à comunidade, já que os auxiliares de Enfermagem estão sendo responsáveis diretos pela prestação dos serviços no Programa de Imunização, como a aplicação de vacinas, organização da sala de vacinas e outras atividades de cunho essencialmente técnico, mas que exigem um conhecimento científico apropriado.

A proposta de Educação Permanente supõe que o conhecimento surge na identificação das necessidades no próprio espaço dos serviços de saúde e na busca de solução para os problemas. Para isso, são aceitos tanto o conhecimento científico como os produzidos a partir da vivência dos profissionais, e a atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida de seu saber real, determinando, desta maneira, sua aprendizagem (LOPES; PIOVESAN; MELO, 2007).

A Categoria 03 acerca da Deficiência nos registros das vacinas na unidade de como dificuldades visualizadas no cotidiano das ações em imunização. Participaram três enfermeiros para a construção do seguinte DSC (ENF03; ENF05; ENF12).

DSC – “Encontramos deficiências nos registros das vacinas, pela dificuldade encontrada com o instrumento como o prontuário eletrônico, pra gente poder registrar, resgatar essas vacinas quando necessárias, ou devido muitas vezes à inexistência de um ponto pra poder conectar o computador na rede ou mesmo a falta do próprio computador. O registro no

papel é realizado de maneira ineficiente, os profissionais não registram direito, tem o des controle dessa vacina quando vai fazer o mapa, não tem uma referência, um registro às vezes errado, às vezes esquece, às vezes não sabe da importância, e quando necessitar fazer uma busca ativa, é impossível na verdade. Nós utilizamos um instrumento todo mês, e que é checado religiosamente é o cartão sombra das crianças até dois anos. É verificado na avaliação, no nosso consolidado, o SIAB, como é que está o cartão da criança? Está em dia ou se precisa que o ACS traga aquela criança que está com a vacina atrasada pra unidade de saúde. Mas eu particularmente não confio, porque eu sinto que o Agente de Saúde não faz aquela visita, quando ele vem para a avaliação não passa com segurança que ele realmente acompanhou aquelas crianças, que ele viu, então assim, fica a desejar, eu acho que essa parte não bate, se você for pegar mesmo o PNI, for pegar o SIAB, as informações com certeza vão estar desencontradas.”

A informatização do PNI em todo o País encontra-se organizada no Sistema de Informação de Avaliação do Programa Nacional de Imunizações (SIAPI), e tem como objetivo acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de chamar atenção para os índices de cobertura e taxas de abandono nos âmbitos federal, estadual, distrital e municipal. São utilizados instrumentos padronizados nacionalmente, como o Boletim Diário de Doses Aplicadas, consolidado no Boletim Mensal de Doses Aplicadas. A informação segue o fluxo ascendente, no sentido do nível local ao nível nacional e com alimentação mensal (BRASIL, 2001b; DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Os problemas relacionados à qualidade da informação nos registros é sentido nos serviços de imunização, como é expresso no DSC, portanto, sente-se a necessidade, nas unidades de saúde, de melhor instrumentalização das equipes do ESF e da equipe que trabalha diretamente em sala de vacina, em relação aos registros. São desafios a serem enfrentados pela equipe, mais especificamente, pelo enfermeiro, como supervisor que, é no sentido de fornecer dados de melhor qualidade para avaliação. Estes contribuirão substancialmente para informações compatíveis com a realidade, no sentido de evidenciar verdades presentes nesse território. Mais do que dados são necessários que constitua matéria-prima para planejamento e realização de ações singulares.

Para avaliarmos a “efetividade” das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, utilizamos instrumentos e informações disponíveis nos serviços. A efetividade de uma intervenção de Promoção da Saúde é reconhecida quando seus resultados são favoráveis ou exitosos, e se a intervenção serve para o que foi criada, quando funciona sob condições reais (SALAZAR, 2004).

O cartão-controlê ou cartão-espelho de vacinação é um importante instrumento de controle no plano local e que possibilita ao ACS realizar a busca da clientela que não procurou os serviços de saúde e encontra-se faltoso à aplicação da vacina. Aqui precisamos, por exemplo, pensar que também é um instrumento de libertação, pois muitas vezes um usuário deixa de ser revacinado porque guardou seu cartão e a informação que carrega consigo impede revacinação sem necessidade. Tem-se aí um monitoramento estabelecido pelo próprio vacinado e suas anotações.

Os enfermeiros entrevistados relataram que o uso, por parte do ACS, do cartão-controlê utilizado no acompanhamento, mais comumente das crianças menores de dois anos de idade do que para os demais grupos-alvo do Programa, ainda é muito deficiente, com cartões-controlê desorganizados, informações incompletas e até ausência destes, o que podemos constatar no DSC. Estes resultados demonstram a importância da realização de monitoramento contínuo nos instrumentos de acompanhamento para a manutenção do estado vacinal e, conseqüentemente, o controle de doenças imunopreveníveis.

Outra dificuldade encontrada pelo enfermeiro no registro dessas informações, segundo o DSC, está na forma como são realizados, informações ainda não informatizadas e registradas de maneira arcaica, grande quantidade de informações em forma manuscrita, e dificuldade em reaver informações anteriores.

Ações propositivas necessitam ser implementadas no intuito de manter um controle efetivo por meio do cartão-controlê do ACS e demais instrumentos disponíveis, com registros fidedignos e que possibilitem mostrar a realidade local.

Concluimos, entretanto, que o registro do enfermeiro constitui ferramenta fundamental para o monitoramento e acompanhamento das ações de imunização dentro do ESF, uma vez que, com tais informações obtidas, o enfermeiro poderá elaborar um plano de ação que possa atender as reais necessidades da população adstrita ao seu território.

A Categoria 05 diz respeito à gestão local com ineficiências, como dificuldades visualizadas no cotidiano das ações em imunização, para a composição do seguinte DSC participaram 03 enfermeiros (ENF04; ENF05; ENF07).

DSC – “Eu acredito que falte um pouco de gestão, de gerencia, de cobrança, é que os imunobiológico nunca foram prioridade, pelo menos não dentro do nosso serviço, nosso serviço, que eu digo a prefeitura, a secretaria municipal de saúde de Fortaleza, no sentido do apoio, fornecendo insumos, cartão espelho, treinamentos e capacitações. As decisões

são muito verticalizadas, a gestão, ela quer saber que está fazendo, ela não quer saber em que circunstância, eu reconheço também na falha nossa quanto enfermeiro, então isso desestimula.”

Com a Lei 8080/1990, foi descentralizada a atenção à saúde, ampliando as responsabilidades municipais e transferindo a gerência das unidades que realizam a vacinação para os municípios. Assim, facilitou a realização e a coordenação das atividades do PNI no nível local (SANTOS et al., 2006). Com a descentralização das ações, podemos verificar o impacto na situação epidemiológica das doenças imunopreveníveis. Mais do que dividir responsabilidades, cogestar processos é fundamental para o alcance das questões planejadas. Esse é um ponto assumido pela Estratégia Saúde da Família, planejamento local com foco nas necessidades reais de cada comunidade. O alcance de bons resultados relaciona-se a trabalho que as equipes desenvolvem ao longo dos tempos.

Araújo et al. (2013) acrescentam que cabe aos municípios a responsabilidade de organização e gestão da Rede de Atenção à Saúde em sua área de abrangência, conseqüentemente, de forma a vacinar sua população. Assim, a articulação dos quatro poderes (governos federal, estadual, distrital e municipal) torna-se fundamental para compatibilizar atividades, necessidades e realidades, em um esforço conjunto, que tem por objetivo implantar a imunização nos serviços de saúde.

Em seu estudo, Fernandes et al. (2010) garantiu que a Enfermagem é uma das categorias da saúde mais mobilizadas para o gerenciamento das unidades básicas de saúde, e que, juntamente com os demais profissionais da unidade de saúde, assumem o compromisso da viabilização do SUS, motivando a participação da equipe na organização e produção de serviços de saúde no atendimento das necessidades dos usuários, trabalhadores e instituição.

Dificuldades na gestão das atividades no Programa de Imunização também impedem a prática adequada. A ausência de procedimentos operacionais padronizados (“procedimentos padrão”) enseja essas dificuldades na gestão. Tais procedimentos devem ser verificados e monitorados mediante um trabalho de supervisão, permitindo assim o controle das atividades e a minimização da dicotomia teoria e prática (MELO et al., 2010).

São várias as dificuldades encontradas no cotidiano dos gerentes nas unidades de saúde. Desse modo, é necessário repensar formas de superar essas situações, para que não se tornem uma circunstância corriqueira nos serviços de saúde. Há uma necessidade premente de reinventar processos de produção da saúde.

Assim, é importante que os gestores em saúde busquem de forma permanente e bem-sucedida a solução de problemas, superação de desafios com base no trabalho em equipe e no comprometimento mútuo entre gestores e trabalhadores de saúde, avaliando o impacto de intervenções em saúde pública e de atenção à saúde na melhoria das condições sanitárias da população (ARAUJO; SILVA; FRIAS, 2009; PORTO et al., 2013).

Temática 06 - As facilidades (potencialidades) visualizadas no cotidiano das ações em imunização

Quadro 08 – Categoria e números de enfermeiros participantes da Temática 6. As facilidades (potencialidades) visualizadas no cotidiano das ações em imunização. Fortaleza/CE, 2014

CATEGORIA	Nº de Enfermeiros
01 - Área de conhecimento da Enfermagem e na transversalidade das ações de atenção que o enfermeiro realiza	05
02 - Acesso fácil aos imunobiológicos e confiabilidade no serviço	06
03 - Envolvimento dos profissionais com o serviço e com a equipe de Enfermagem	08

A Categoria 01 concerne à Área de conhecimento da Enfermagem e na transversalidade das ações de atenção que o enfermeiro realiza como facilidades (potencialidades) visualizadas no cotidiano das ações em imunização. No DSC dessa temática participaram cinco enfermeiros (ENF06; ENF07; ENF08; ENF09; ENF11).

DSC – “A imunização é algo que ainda é de conhecimento e detenção realmente do enfermeiro, é um legado exclusivo da enfermagem, a gente procura não deixar a população sem esse serviço, não deixar de executar as ações. Eu acho que a imunização é um campo maravilhoso para todo profissional da enfermagem, em particular o enfermeiro, é quem realmente está por dentro dos imunobiológicos, e nós não podemos de modo algum perder esse espaço, quanto de doença o uso de imunobiológicos pode está controlando. Vejo ainda a necessidade de ter um enfermeiro exclusivo responsável pela sala de vacina, até porque a vacina é uma coisa do enfermeiro, não adianta a gente querer questionar isso. E ainda temos como ponto positivo as ações que são desenvolvidas aqui, no programa da criança e puericultura, no pré-natal, no bolsa família, até com o adulto. Criando-se um vínculo com as mães a partir do pré-natal e fortalecendo pra que essa criança seja mantida com a vacina em dia.”

Identifica-se, conforme o DSC dos enfermeiros, que a equipe de Enfermagem é promotora da ação de imunização, estando o enfermeiro como responsável técnico pelo serviço. Assim, resta claro, a importância dos profissionais de Enfermagem para o controle e manutenção da qualidade dos serviços do PNI, seja estando no papel de gestores, de educadores ou de agentes ativos da Promoção da Saúde durante campanhas de vacinação ou atividades com a comunidade.

Na realidade local dos serviços de saúde das equipes do ESF, os enfermeiros, por muitas vezes, delegam as atividades de assistência aos imunobiológicos a outras categorias de Enfermagem, como os auxiliares e técnicos, e sem supervisão direta do enfermeiro, o que pode comprometer a qualidade da assistência prestada. Como estratégia, sugerimos a priorização dessa supervisão e trabalhos continuados de Educação em Serviço, seguindo orientações aos profissionais responsáveis pela assistência em imunobiológicos, com a temática do processo de vacinação.

É importante frisar a importância do trabalho em equipe com o envolvimento de todos os profissionais da unidade de saúde, no sentido de proporcionar uma acolhida à clientela que procura os serviços de imunização nas UAPS.

Corroborando esse pensamento, Oliveira et al. (2009) acrescentam que é necessária uma atuação do enfermeiro mais efetiva voltada para a supervisão diária na sala de vacinas, com tempo dedicado integralmente a essa atividade, uma vez que o manejo dos imunobiológicos (indicação, contraindicação, monitoramento das reações adversas, registros) corresponde a uma ação complexa a ser realizada por esse profissional.

Ainda sobre essa questão, esses profissionais também devem trabalhar sob a óptica de agentes multiplicadores da importância e necessidade da imunização na rotina dos serviços de saúde.

Cabe ao enfermeiro planejar, organizar, supervisionar e executar as atividades de Enfermagem referentes à imunização na Atenção Primária à Saúde, bem como fazer parte da elaboração de programa multiprofissional em saúde pública, direcionado à coletividade e de responsabilidade de saúde. É também atribuição do enfermeiro a avaliação do processo, com desenvolvimento de um trabalho de monitoramento e averiguação de resultados (FEITOSA; FEITOSA; CORIOLANO, 2010).

Este estudo aponta para a importância da necessidade de o enfermeiro supervisionar dentro de sua equipe da ESF a situação vacinal da população adscrita, utilizando os instrumentos disponíveis e disponibilizados pelos ACS, como o cartão-espelho,

e, nas unidades de Atenção Primária à Saúde, incrementar a supervisão diária na sala de vacina com monitoramento dos mapas diários.

É importante acrescentar quanto à importância da participação dos outros trabalhadores da Estratégia Saúde da Família no Programa de Imunização, que no seu cotidiano encontram oportunidades para refletir junto aos pacientes sobre a necessidade das vacinas, no sentido de proporcionar uma acolhida à clientela que procura os serviços de imunização nas UAPS. Sabemos, por exemplo, da importância do dentista nesse contexto de infecções por hepatite B.

A Categoria 02 diz respeito ao acesso fácil aos imunobiológicos e confiabilidade no serviço como facilidades (potencialidades) visualizadas no cotidiano das ações em imunização. Categoria construída a partir das entrevistas de seis enfermeiros (ENF01; ENF02; ENF04; ENF07; ENF08; ENF09).

DSC – “Eu vejo que o ministério da saúde se preocupa muito em oferecer novas vacinas, com uma diversidade maior disponível para a população, chegando cada vez mais, com mais facilidade, com mais rapidez para essa clientela. A importância que os imunobiológicos têm dentro da prevenção das doenças, dentro da promoção da saúde, é visto pela população de maneira positiva e confiante no serviço, trazem as crianças pra vacinar porque confiam, vai vendo o resultado da imunização. Quanto ao acesso aos imunobiológicos, aqui até que sempre tem, quando necessitamos é só pedir, que eles enviam, e sempre tendo na unidade facilita para a população.”

Esse DSC retrata a evolução, nos últimos anos, do Programa de Imunização, com a introdução de novas vacinas nos programas nacionais de imunização e oferta de uma gama cada vez maior de imunobiológicos na Saúde Pública de forma universal à população em geral, e a eliminação e prevenção de doenças imunopreveníveis.

Quando nos referimos à acessibilidade, estamos atribuindo à facilidade que a população adscrita da unidade de saúde ou qualquer pessoa que necessite de assistência com imunobiológicos, de ser atendida em suas necessidades. Assim, o acesso ao posto de vacinação contribui positivamente como facilidade encontrada pelos profissionais em estudo no cotidiano das ações em saúde, contribuindo também para a manutenção do calendário atualizado.

A vacinação representa um dos grandes avanços no setor saúde nas últimas décadas, e de melhor relação custo e efetividade. É uma ação encontrada rotineiramente dos

serviços de saúde, no nível de atenção primária de baixa complexidade e de grande impacto nas condições gerais da saúde infantil. É observado nas últimas décadas um declínio acelerado de morbimortalidades por doenças imunopreveníveis, tanto em nosso País como em escala mundial, servindo de prova incontestada do grande benefício que é oferecido às populações (GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009).

De acordo com Domingues e Teixeira (2013), ao longo desses anos, o PNI avança em vários aspectos, com destaque para o aumento na variedade de imunobiológicos ofertados na rede pública de saúde e a ampliação do público-alvo beneficiado pelas vacinas. Podemos observar claramente a evolução desses produtos oferecidos pelo Programa, de quatro vacinas oferecidas na rede pública de saúde em 1977 para 15 vacinas em 2012, 12 delas ofertadas na rotina das aproximadamente 34 mil salas de vacinas que compõem a rede de vacinação. O Brasil é um dos países que disponibilizam o maior número de imunobiológicos, de forma gratuita, aos grupos populacionais-alvos (BRASIL, 2003a).

Atualmente, no País, são ofertados 44 produtos, entre vacinas, soros e imunoglobulinas, de acordo com a relação de produtos disponibilizados pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) para 2013 (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013). Isto revela o quanto se investe nessa ação.

Depoimento semelhante é encontrado no estudo de Homma et al. (2011) sobre atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. Nos últimos anos, uma grande mobilização internacional é verificada sobre vacinas e vacinações, tendo como resultado a introdução de novas vacinas nos programas nacionais de vacinação, com o aumento do acesso à vacinação de populações carentes, consequentemente, com um aumento da cobertura vacinal e a eliminação e prevenção de doenças imunopreveníveis em patamares jamais atingidos.

A Categoria 03 diz respeito ao envolvimento dos profissionais com o serviço e com a equipe de Enfermagem como facilidades (potencialidades) visualizadas no cotidiano das ações em imunização. Para a construção do DSC participaram oito enfermeiros que deram origem ao seguinte discurso (ENF02; ENF05; ENF06; ENF07; ENF08; ENF09; ENF11; ENF12).

DSC – “Eu acredito que uma das potencialidades nossa seria os recursos humanos, as auxiliares e técnicas de enfermagem, como eu falei, são muito capacitadas, tentam fazer da melhor forma possível e se envolvem muito com o trabalho na imunização, assim de organizar o serviço de imunização. Na unidade temos muitos profissionais enfermeiros bons e que gostam de trabalhar com imunização, eles se envolvem mesmo, participam das campanhas, participam de tudo, então a potencialidade aqui é o profissional de saúde, e o

envolvimento da equipe da ESF, até a dentista quando ela vai atender, ela pede pra olhar o cartão de vacina, a médica dá mesma forma.”

O enfermeiro da ESF é o responsável pela equipe, cabendo-lhe a função de supervisão do auxiliar de Enfermagem e, muito, além disso, cogestão do processo de trabalho na unidade de saúde, que assume a imunização como tarefa importante do cotidiano, orientando para que realize sua atividade profissional de forma ideal, sem causar prejuízos ou danos à saúde da clientela, com foco na produção do cuidado.

Com isso, percebe-se que, nas ações da equipe de Saúde da Família, é importante que haja uma comunicação entre o enfermeiro, os profissionais que atuam na atenção básica e o auxiliar de Enfermagem, no esclarecimento de dúvidas que surjam no trabalho. Neste relacionamento, a comunicação constitui instrumento imprescindível utilizado pelos profissionais de Enfermagem como um meio para realizar suas tarefas em equipe, haja vista que este trabalho se fundamenta na interação coletiva dos seus integrantes (FEITOSA; FEITOSA; CORIOLANO, 2010).

Apesar dos relatos encontrados na literatura, onde é situado o enfermeiro como o profissional da área da saúde que mais se identifica com as ações de imunização, é importante referir também a importância da participação da equipe multidisciplinar nesse processo. Podemos verificar, no DSC, referência à importância do envolvimento multiprofissional do ESF em ações que envolvem a imunização, em que pacientes são abordados sobre seu estado vacinal nas diversas consultas e por vários profissionais da área de saúde, para atuação em parceria na promoção e incentivo à imunização. O trabalho em conjunto dos profissionais da equipe permite estabelecer a confiança do usuário nas medidas de proteção e Promoção da Saúde (BRASIL, 2001a).

Como expresso no DSC, várias situações foram encontradas no cotidiano das atividades do ESF que favorecem o trabalho dos sujeitos em estudo, como: mantém boas relações com os profissionais da equipe ESF, mostrando um grau de comprometimento com o serviço, presença de vínculo com a comunidade, sendo essa integração da equipe fundamental para bom andamento do ESF.

Nesse contexto, é fundamental que o enfermeiro busque parcerias com os demais profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família. Trabalhar com imunobiológicos requer um monitoramento multidisciplinar, com abordagem ao usuário em qualquer oportunidade tida pelo profissional, com o objetivo de empoderar esse sujeito na realização do seu cuidado, conhecendo a importância de se manter com o esquema vacinal em dia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desta pesquisa teve como objetivo geral apreender a percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre a prática de imunização nas unidades de Atenção Primária à Saúde da SER IV, no Município de Fortaleza-Ce. Priorizamos os enfermeiros da ESF como campo de estudo, pelo fato de esses profissionais estarem relacionados intimamente com os procedimentos da sala de vacina.

Com esse estudo a pesquisadora entende que para o controle das doenças imunopreveníveis, será necessário que as coberturas alcancem índices preconizados para todos os subgrupos da população e que sejam considerados suficientes para reduzir a morbimortalidade por essas doenças. Então, faz-se necessário dialogar com a população sobre a prática de imunização, a fim de que esta assuma o protagonismo no seu processo de cuidar e então compreenda a importância de manter o calendário vacinal atualizado.

Na trajetória deste estudo, foi possível perceber a importância da atuação do enfermeiro da ESF nas práticas de imunizações, e que merecem algumas considerações. É observado que os enfermeiros têm participação relevante na manutenção e controle dos imunobiológicos e também assumem um grande quantitativo de atividades de cunho burocrático, administrativo e assistencial no cotidiano das atividades do ESF, levando a segundo plano ações pertinentes às imunizações, no que diz respeito à sua área adscrita e na UAPS, como: ausência de supervisão na sala de vacina, delegando atividades para o auxiliar de Enfermagem que executa na maioria das vezes sozinho os procedimentos, controle ineficiente dos instrumentos de monitorização e acompanhamento do esquema vacinal. A qualidade do serviço prestado à população, contudo, está intensivamente ligada à forma de atuação da equipe de Enfermagem no cotidiano de suas ações.

Sente-se, todavia, a necessidade de uma aproximação do enfermeiro para uma atuação mais efetiva nas ações do Programa de Imunização, ocupando realmente o seu espaço no planejamento das ações, na supervisão e treinamento da equipe de Enfermagem, acompanhando e avaliando os índices de cobertura vacinal em sua área, realizando trabalhos na comunidade, fazendo Educação em Saúde, para que a população se empodere da necessidade e dos benefícios das imunizações, ajudando na melhoria da saúde da comunidade.

Importante é mencionar que o estudo também apontou para fragilidades, quanto à referida estrutura física das unidades de saúde, falta de insumos e materiais/equipamentos necessários para cumprir as recomendações técnicas do PNI, aparecendo como um fator dificultador no processo de trabalho da equipe. Ressalta o quanto a estrutura é por demais

significativa para que os processos ocorram de forma tranquila e revelem resultados que incorporem a dimensão do cuidado. A interação entre os profissionais que compõem a equipe da ESF, porém, parece influenciar positivamente no andamento das atividades diárias ofertadas à população e, na visão dos participantes do estudo, favorece um trabalho de qualidade.

Contudo, os sujeitos da pesquisa apontam para a importância da participação de outros trabalhadores que fazem parte da equipe Saúde da Família, sob a ótica de agentes multiplicadores da importância e da necessidade dos imunobiológicos na rotina dos serviços de saúde, que é revelado em seu cotidiano, onde encontram oportunidades para refletir junto aos pacientes sobre a necessidade das vacinas.

A necessidade de Educação Permanente focalizada na organização do processo de trabalho da equipe em sala de vacina e nas equipes do ESF é revelada neste estudo. Os trabalhadores de saúde relatam o despreparo para atuar nessa temática, visto que novas vacinas e outros conceitos em imunização surgiram, ficando imprescindível a capacitação deles. Devem ser consideradas e aproveitadas as oportunidades educativas que surgem nesses espaços de trabalho para a formação dos profissionais de saúde. Ainda podemos recomendar, com substrato nesta pesquisa, a necessidade de rever o processo de trabalho em salas de vacinas das UAPS, para garantir a oferta desse serviço relevante, visto que é a equipe de saúde que assegura a qualidade da imunização ofertada à população.

Percebemos fragilidades relacionadas à qualidade das informações geradas nos registros do cartão-controle, o qual ainda é realizado de maneira muito deficiente, desorganizadamente, com informações incompletas e/ou ausência destas. Sente-se, portanto, a necessidade nas unidades de saúde de uma melhor instrumentalização das equipes do ESF e da equipe que trabalha diretamente em sala de vacina.

É importante ressaltar que as dificuldades na gestão das atividades no Programa de Imunização parecem também refletir na prática adequada. Assim, é percebido pelos sujeitos da pesquisa a necessidade de busca de solução para problemas do cotidiano, superando os desafios com base no trabalho em equipe e no comprometimento mútuo entre gestores e trabalhadores de saúde.

Notamos que a oferta cada vez maior dos imunobiológicos e o acesso facilitado das vacinas nas unidades de saúde, de forma universal à população em geral, parecem contribuir positivamente como facilidades encontradas pelos profissionais nas ações de Promoção à Saúde e prevenção as doenças.

Esperamos que os resultados e considerações deste estudo possibilitem reflexões que apontem para a importância das ações dos profissionais da ESF nas unidades de Atenção Primária à Saúde nos programas de imunização, no enfrentamento das dificuldades encontradas pela equipe de saúde no seu cotidiano, como os problemas relacionados à estrutura física, à assistência prestada aos usuários, e capacitação dos profissionais de saúde. Nossa expectativa é que essa investigação possibilite reflexões sobre as ações desenvolvidas nos processos de trabalho da equipe, questionando e avaliando a qualidade dos serviços prestados. Por outro lado, os resultados obtidos reafirmam a necessidade de incrementar ações preventivas básicas.

Notamos que essa pesquisa proporcionou aos enfermeiros em estudo, reflexões a respeito das práticas realizadas no cotidiano da ESF sobre sua atuação no programa de imunização. Reconhecemos que esse breve momento contribuiu para refletir criticamente acerca do cuidado que está sendo prestado aos usuários em ações programáticas desenvolvidas por essa categoria, ora em momento individualizado ora no coletivo.

A partir do momento que o enfermeiro se conscientiza de sua responsabilidade enquanto gestor de cuidados em saúde e não simplesmente, aplicador de vacinas, acredita-se que essa atividade será realizada com mais qualidade. Daí a ideia de avançar nos modos de cuidar articulando a ideia de prática de prevenção de doenças a algo bem mais amplo como prática de promoção da saúde.

Torna-se um imperativo realizar um maior investimento nos processos formativos destes profissionais e permanência dos mesmos, aliando o conhecimento científico ao cotidiano do trabalho para uma atuação mais fortalecida e humanizada do cuidado em saúde.

Recomendamos também um encontro com todos os enfermeiros sujeitos da pesquisa, para uma reflexão no coletivo, com ênfase nos achados do estudo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev., 2005.
- ANDRADE, S.R.; MEIRELLES, B.H.S.; LANZONI, G.M.M. Educação permanente em saúde: atribuições e deliberações à luz da política nacional e do pacto de gestão. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n.4, p.373-381, 2011.
- ARANDA, C.M.S.S.; MORAES, J.C. Rede de frio para a conservação de vacinas em unidades públicas do município de São Paulo: conhecimento e prática. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v. 9, n. 2, p.172-185, 2006.
- ARAÚJO, A.C.M.; SILVA, M.R.F.; FRIAS, P.G. Avaliação da Rede de Frio do Programa Municipal de Imunização do Distrito Sanitário IV do Município do Recife. **Rev. APS**, v. 12, n. 3, p. 238-242, jul./set., 2009.
- ARAÚJO, A.C.M. e Colaboradores. Avaliação das salas de vacinação do Estado de Pernambuco no ano de 2011*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 255-264, abr./jun., 2013.
- ARAÚJO, M.F.S. O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: prática profissional e construção de identidade. **Rev. Conceitos**, n.12, p.39-43, 2005.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual de Imunizações. **Manual de procedimento para vacinação**. Salvador: DIVEP, 2011.
- BARBOSA, M. A., et al. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Rev. Eletron. Enferm.**, Goiânia, DF, v.6, n.1, p. 9-15, 2004. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/fl_coletiva.pdf. Acesso em: 10 Jan. 2013.
- BESSEN, C.B. et al. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.57-68, jan/abr., 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Promulgada em 5 de outubro de 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimento para vacinação**. 4. ed. Brasília, FUNASA, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de rede de frio**. 4. ed. Brasília, MS: FUNASA, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - Avaliação do Programa de Imunizações**. Brasília, 67 p. 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de imunizações: PNI 25 anos**. Brasília; Secretaria de Vigilância a Saúde, 2. ed., FUNASA, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: PNI 30 Anos**. Brasília: Secretaria de Vigilância a Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, 1. ed., 4. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participação. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** /Brasília: Ministério da Saúde, 64 p., 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília, MS: 2006.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília-MS; 2006.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 19- 42.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M.A.S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, 2006.

CARDOSO, L.S. et al. Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados. **Rev. bras. enferm.** [online]. v. 66, n. 6, p. 928-934, 2013.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out., 2004.

COELHO, E.A.C. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n.3, p.345-348, mai./jun. 2005.

DOMINGUES, C.M.A.S; TEIXEIRA, A.M.S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do programa nacional de imunizações. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 22, n. 1, p. 9-27, jan./mar., 2013.

FEIJÃO, A.R. et al. Tétano acidental no Estado do Ceará, entre 2002 e 2005. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 40, n. 4, p. 426-430, jul./ago., 2007.

FEIJÓ, R. B.; SÁFADI, M. A. P. Imunizações: três séculos de uma história de sucessos e constantes desafios. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n.3, p.1-3, 2006.

FEITOSA, L.R.; FEITOSA J.A.; CORIOLANO, M.W.L. Conhecimentos e práticas do auxiliar de enfermagem em sala de imunização. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 695-701, Out./Dez., 2010.

FERNANDES, M.C. et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Ver. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n.1, p. 11-5, jan./fev., 2010.

FIGUEIRA, F.; ALVES, J.G.B.; MAGGI, R.S.B. **Diagnóstico e tratamento em pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2001.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011.

FREED, G.L., et al. Parental vaccine safety concerns in 2009, **Pediatrics**, v. 125, n. 4, p. 654-659, abr. 2010.

FRIEDRICH, D.B.C.; SENA, R.R. Um novo olhar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em unidades básicas de saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 772-779, nov./dez., 2002.

GADELHA, C.; AZEVEDO, N. **Inovação em vacinas no Brasil**: experiência recente e constrangimentos estruturais. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, v. 10 (suplemento 2), p. 697-724, Rio de Janeiro, 2003.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas. In: **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 25-44.

GRAZIELE, L.; CASSIANO, M.; FERREIRA, V. **Imunização no Brasil: história e conceitos sob a ótica da enfermagem**, 2010. Disponível em: <http://www.slideshare.net/NetoPontes/imunizacao-no-brasil-histria-e-conceitos-sob-a-tica-da-enfermagem>. Acesso em: 26 jan. 2013.

GUIMARÃES, T.M.R.; ALVES, J.G.B.; TAVARES, M.M.F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 868-876, abr., 2009.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez., 2007.

HOMMA, A., et al. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 445-458, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Primeiros Resultados do CENSO 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 05 jan. 2013.

JILLANI, L.K. **Investigating Immunizations: A Parent's Obligation**. PAVE. Charlotte, North Carolina, EUA. **2005**.

LEFÈVRE F.; LEFÈVRE A.M.C. **O Discurso do Sujeito Coletivo: Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, p. 105-125, Jan./jun., 2005.

LOPES, S.R.S.; PIOVESAN, E.T.A.; MELO, L.O. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**, v. 18, n. 2, p. 147-55, 2007.

LUNA, G.L.M. et al. Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. **Cienc Saude Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 513-21, fev., 2011.

MARCHIONATTI, C.R.E.; DIAS, I.M.Á.V.; SANTOS, R.S. A produção científica sobre vacinação na literatura brasileira. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 57-68, abr., 2003.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa. In: ____ **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 157-197.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos**. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 39-64. 2001. Disponível em:

http://www.uefs.br/pepscentroleste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf. Acesso em: 18 jun. 2013.

MELO, G.K.M. et al. Aspectos relacionados à conservação de vacinas nas unidades básicas de saúde da cidade do Recife – Pernambuco. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 1, n.19, p. 25-32, jan./mar., 2010.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MOURA, E.R.F.; RODRIGUES, M.S.P.; SILVA, R.M.. Perfil de enfermeiras que atuam no programa saúde da família em uma microregião do Ceará, Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.7, n. 1, abr., 2003. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127717968006>. Acesso em: 24 fev. 2014.

NOGUEIRA, R. **Atenção às Vacinas**. Nação do Sol. 132 p, 2012.

OLIVEIRA, V.C. et al. Práticas da enfermagem na conservação de vacinas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 6, p.814-818, nov/dez., 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**. 1978

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v.9, n.3, p. 617-626, 2004.

PINHEIRO R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.65-112.

PORTO, M.A. et al. Análise das desigualdades socioeconômicas na cobertura da vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DTP)/ tetravalente para menores de 1 ano de idade no Rio Grande do Sul, 2000-2009*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 579-586, out./dez., 2013.

PORTO, A.; PONTE, C. F. Vacinas e campanhas: imagens de uma história a ser contada. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 10 (suplemento 2), p. 725-742, 2003.

QUEIROZ, S.A. et al. Atuação da equipe de enfermagem na sala de vacinação e suas condições de funcionamento. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n.4, p. 126-135, out./dez., 2009.

SALAZAR, L.D.E. Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud, Guia de Evaluacion Rápida. **CEDETES**, Universidad del Valle, Cali, Colômbia. 2004.

SANTOS, A.R. Imunização. In: ROUQUARIOL, M.Z. **Epidemiologia & saúde**, 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. cap. 7, p. 209-237.

SANTOS, D.M. et al. Avaliação normativa da ação programática Imunização nas equipes de saúde da família do Município de Olinda, Estado de Pernambuco, Brasil, em 2003.

Epidemiol. Serv. Saúde, v. 15, n. 3, p. 29-35, 2006.

SIMIONI A.M.C.; LEFÈVRE F.; PEREIRA I.M.T.B. **Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva**: considerações teóricas e instrumentais. São Paulo: EDUSP, 1997.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, A.M.S.; DOMINGUES, C.M.A.S. Monitoramento rápido de coberturas vacinais pós-campanhas de vacinação no Brasil: 2008, 2011 e 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.4, n. 22, p.565-578, out/dez. 2013.

TEMPORÃO, J. G. O Programa Nacional de Imunização (PNI): origens e desenvolvimento. **Hist. Ciênc. Saúde**, RJ, v. 10, n. 2, p. 601-617, 2003.

TOMAR, M. S. **A Entrevista semiestruturada**. Mestrado em Supervisão Pedagógica (Edição 2007/2009) da Universidade Aberta. Disponível em: <http://mariosantos700904.blogspot.com.br/2008/05/matriz-do-guio-de-uma-entrevista-semi.html>. Acesso em: 15 dez. 2012.

TORRES, R.A.M. **Gênero e trabalho de Enfermagem**: inserção e condição dos enfermeiros do sexo masculino. 1999. 93 f. Dissertação (Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará). Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 1999.

TREVIZAN, M. A. et al. Gerenciamento do enfermeiro na prática clínica: problemas e desafios em busca de competência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 457-60, jun., 2006.

VALENTE, G.S.C.; VIANA, L.O.; NEVES, I.G. As especialidades e os nexos com a formação contínua do enfermeiro: repercussões para a atuação no município do Rio de Janeiro. **Enferm. glob.** [online]. 2010, n.19, p. 1-12. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200022&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 15 jan. 2014

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67- 83, 2004.

VASCONCELOS, K.C.E.; ROCHA, S.A.; AYRES, J.A. Avaliação normativa das salas de vacinas na rede pública de saúde do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil. 2008-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 167-176, jan./mar., 2012.

WALDOW, V.R. Atualização do cuidar. **Aquichan**, v. 8, n.1, p. 85-96, 2008.

WALDOW, V.R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESF SOBRE A PRÁTICA DE IMUNIZAÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**, que tem como objetivo: Apreender a percepção dos enfermeiros da ESF sobre a prática de imunização nos centros de Saúde da Família pertencentes a Secretaria Executiva Regional IV. O (a) Senhor (a) foi selecionado (a) para participar da pesquisa por ser enfermeiro do ESF. Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento pode **recusar-se** a responder a qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual trabalha. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista. A entrevista será gravada para posterior transcrição – que será guardado a gravação por cinco (05) anos e incinerada após esse período. O Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Saúde da Família. O Sr(a) receberá uma cópia deste termo, onde constam o telefone/e-mail da pesquisadora responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Dirigi-se, no caso, ao Comitê de Ética em Pesquisa da UECE: (85) 31019890 e/ou comunique-se com a responsável pela pesquisa, Maria Aglair Braz Mota (85) 9986 04 03.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Nome: _____ Telefone: _____

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Este documento será emitido em 2 vias, ficando uma com o participante e a outra com os pesquisadores.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**Nº DE ORDEM:** _____**Caracterização do sujeito****1. IDENTIFICAÇÃO**

- 1.1. Nome
- 1.2. Sexo F () M ()
- 1.3. Estado civil () casado () solteiro () união estável () divorciado () outros
- 1.4. Idade _____ anos
- 1.5. Tempo de formado
- 1.6. Instituição formadora:
- 1.7. Tempo de serviço na ESF: _____
- 1.8. Titulação: Especialização () Mestrado () Doutorado ().
Especificar _____

Roteiro de entrevista

1. Fale-me sobre sua atuação na imunização como enfermeiro da ESF.
2. Descreva o desenvolvimento das ações de Enfermagem referentes à imunização (enfermeiro) nas UAPS.
3. Como você utiliza seus conhecimentos acerca da imunização nas outras ações programáticas desenvolvidas no cotidiano da Estratégia Saúde da Família?
4. Como acontecem o acompanhamento e o monitoramento do Programa de Imunização pelo profissional enfermeiro da ESF.
5. Que potencialidades e dificuldades visualiza no cotidiano das ações em imunização do enfermeiro da ESF?

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-UECE)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE 

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A PRÁTICA DE IMUNIZAÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Pesquisador: MARIA AGLAIR BRAZ MOTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17294913.7.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 365.362

Data da Relatoria: 19/08/2013

Apresentação do Projeto:

Nas últimas décadas, a imunização vem ocupando espaços de reflexão importantes, pela incorporação tecnológica e consequentes avanços observado na área da saúde. Evidencia-se um grande impacto para a sociedade atual, significando um dos principais fatores de promoção de saúde e prevenção de doenças. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), foi criado em 1971, como forma de coordenar as ações referentes à vacinação. O enfermeiro assume papel importante nesse contexto e tem privilégio de intervir no processo saúde-doença de forma eficiente, possibilitando ao cidadão a adoção de um comportamento saudável e participativo, além do acesso consciente a um direito adquirido, contribuindo para um novo fazer da enfermagem em imunização, baseada no conceito de promoção à saúde. O objetivo desta pesquisa é apreender a percepção dos enfermeiros da ESF sobre sua prática de imunização nos Centros de Saúde da Família. Para o Ministério da Saúde (1997), com o surgimento de estratégias específicas voltadas à transformação do modelo de atenção à saúde, como o Programa de Saúde da Família e o Programa de agentes comunitários de saúde, cuja missão é reorganizar as unidades básicas de saúde para que se tornem resolutivas, estabeleçam vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, essa população passa a ser vista, cada vez mais, no seu todo e as ações passam a ser

Endereço: Av. Paranjana, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** diana.pinheiro@uece.br

Página 01 de 05

Continuação do Parecer: 365.362

dirigidas às pessoas, individual e coletivamente. Com isso, não se justifica um plano de vacinação isolado, o trabalho casa a casa ou a mobilização ou a montagem de operações de campo somente para vacinar. As oportunidades são potencializadas, oferecendo-se outros serviços identificados pela equipe local de saúde como necessários para aquela população determinada. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (1997), a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem demonstrando sua importância na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, sendo considerada uma estratégia prioritária de reorganização da atenção primária e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A adoção dessa estratégia partiu do reconhecimento de que as iniciativas de mudanças no setor, a partir da implantação do SUS, apesar de seus avanços, tiveram resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços, exatamente por não promoverem alterações significativas no modelo assistencial. Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa, a população da pesquisa será constituída por enfermeiros da ESF dos Centros de Saúde (CSF) pertencentes à Secretaria Executiva Regional (SER) IV do Município de Fortaleza-CE. A escolha pelas referidas unidades dá-se pelo fato de serem centro de saúde com equipes da estratégia saúde da família (ESF), pertencentes a regional 4, e pelo critério de proximidade geográfica e maior acessibilidade, atuação da pesquisadora nesta Regional e o acesso a estes locais. Os sujeitos da pesquisa serão enfermeiros da estratégia saúde da família, pertencentes aos Centros Saúde da Família da Ser IV. Como critério de inclusão os enfermeiros devem trabalhar na ESF e pertencerem a uma equipe completa, serem concursados, precisam estar trabalhando na unidade há no mínimo dois anos e se disponibilizarem a participar da pesquisa. Serão excluídos da amostra os enfermeiros que estiverem de férias ou de licença no período da coleta, e aqueles terceirizados. Técnicas e instrumentos de coleta de dados - As informações necessárias para a realização do estudo serão coletadas por um único pesquisador, mediante roteiro de uma entrevista semiestruturada que será aplicado individualmente aos enfermeiros. O roteiro foi elaborado no sentido de orientar uma conversa, tendo em vista apreender a visão dos sujeitos entrevistados sobre temas preestabelecidos, ou seja, permitir-se-á o livre discurso Utilizaremos a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados e para proceder a análise dos dados empíricos, produzidos a partir da entrevista semiestruturada junto aos enfermeiros da estratégia saúde da família, utilizaremos a Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

UF: CE

Telefone: (85)3101-9890

Município: FORTALEZA

Fax: (85)3101-9906

CEP: 60.714-903

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 365.362

Aprender a percepção dos enfermeiros da ESF sobre a prática de imunização nos Centros de Saúde da Família.

Objetivos Secundários:

- Conhecer, sob a ótica do enfermeiro da ESF, o seu papel no programa de imunização. - Desvelar os sentidos produzidos a partir da prática em imunização que desenvolvem no cotidiano. - Identificar as potencialidades e dificuldades encontradas por esses profissionais no desenvolvimento das ações do programa de imunização nos CSF.
- Desenvolver tecnologia para dialogar com os trabalhadores sobre os resultados do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os sujeitos da pesquisa poderão se sentir constrangidos, quando os mesmos estarão falando dos seus sentimentos, sentidos e percepções a respeito do objeto em estudo. O pesquisador estará apto para manter uma condução satisfatória durante o processo de coleta de dados, visando diminuir os possíveis riscos.

Benefícios:

O conhecimento produzido, a partir dessa pesquisa, será relevante cientificamente para a enfermagem, pois possibilitará o entendimento acerca da percepção dos enfermeiros em sua prática de imunização no contexto do ESF, e a partir disso, possibilitar uma reflexão da forma como esta atividade é desenvolvida, permitindo aperfeiçoar a abordagem teórica e prática nesse programa, além de servir como instrumento norteador em pesquisas posteriores. No âmbito social, o estudo possibilitará a ampliação da visão dos profissionais enfermeiros e gestores de saúde, a fim de estabelecer um planejamento que vise melhorar a qualidade dos profissionais enfermeiros da ESF em suas práticas de imunização, consequentemente uma melhoria na ação de cuidar da clientela. Acreditamos que esse estudo contribuirá para conhecer a realidade dos sentidos, valores, anseios dos profissionais enfermeiros do ESF referentes a sua prática em imunização nas unidades básicas de saúde, promovendo uma discussão sobre o assunto e a proposição de ações que culminem numa produção no trabalho que além de tudo enxergue o trabalhador como ser potente e ativo nesse espaço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante e de impacto direto às ações de enfermagem na saúde pública destinado às grandes populações no que diz respeito a imunização. De natureza qualitativa, busca aperfeiçoar formas e processos de trabalho da enfermagem com imunobiológicos na secretaria municipal de saúde de Fortaleza. O projeto também demonstra a efetiva colaboração de um projeto de

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinho@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 365.362

dissertação de mestrado na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários dos serviços de atenção básica à saúde. Estudo poderia ter espectro maior de enfermeiros da rede participantes, mas entende-se que o tempo é fator limitador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos obrigatórios:

Folha de Rosto - preenchida e assinada. ADEQUADA

TCLE adequado, segue os preceitos da resolução 446/2012.

Constam riscos e benefícios ADEQUADOS.

Termo de Anuência devidamente assinado pela SMS de Fortaleza/CE. ADEQUADO

Corpo do projeto apresenta cronograma e orçamento ADEQUADOS.

Roteiro de entrevista - presente e adequado aos objetivos da pesquisa

Recomendações:

Sugere-se rever método de análise DSC, número 15 de participantes inadequado para o uso do software e para construção de um Discurso Coletivo. Indica-se Análise de Discurso.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa é relevante e poderá trazer retorno aos participantes e atende aos preceitos éticos recomendados pela Resolução 466 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente.

FORTALEZA, 20 de Agosto de 2013

Assinador por:

DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

UF: CE

Município: FORTALEZA

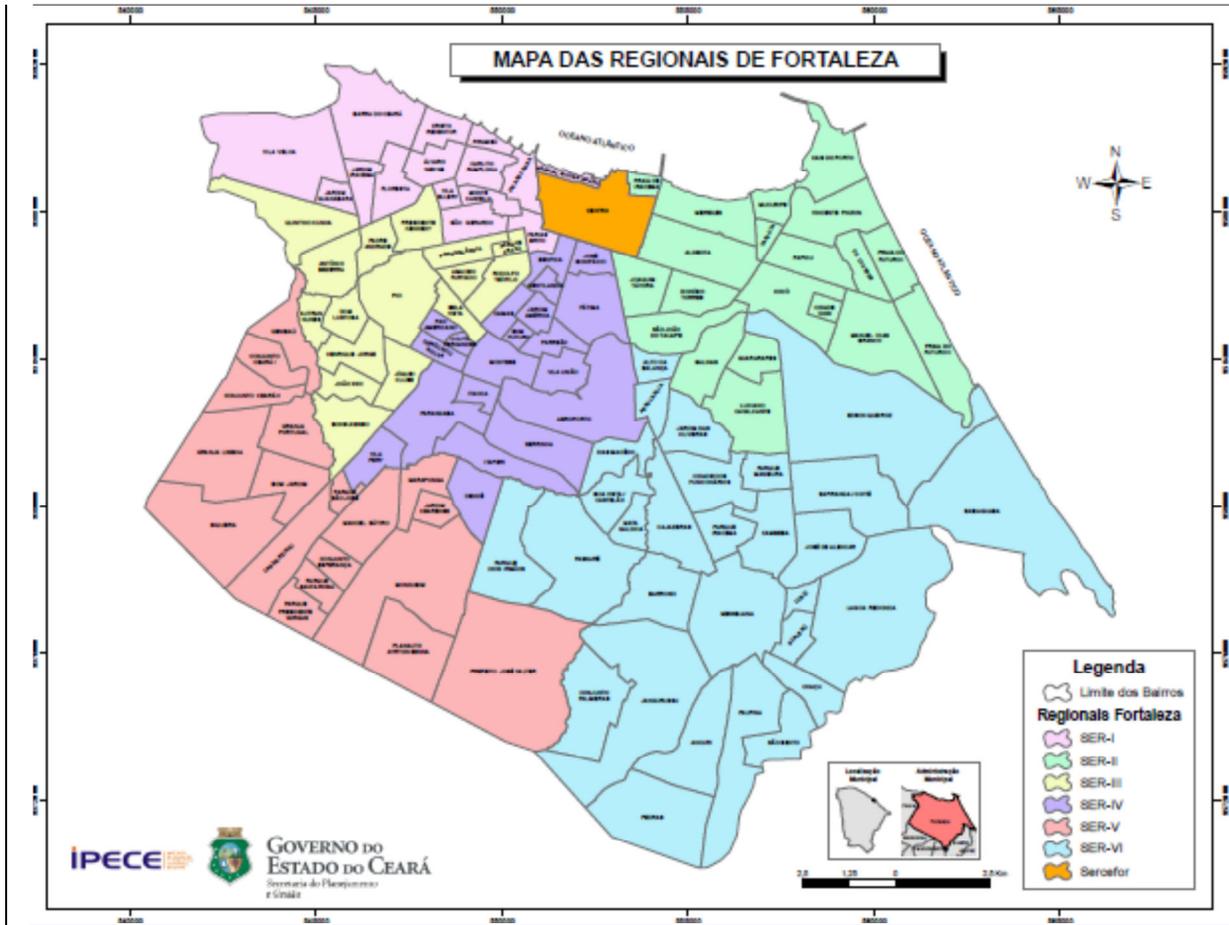
Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

CEP: 60.714-903

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

ANEXO B – MAPAS DAS REGIONAIS DE FORTALEZA



ANEXO C - ORGANOGRAMA

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA

