

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Louise Cândido Souza

O alcance das coberturas vacinais nas unidades de saúde da família: a ótica da equipe de enfermagem

Juiz de Fora
2019

Louise Cândido Souza

O alcance das coberturas vacinais nas unidades de saúde da família: a ótica da equipe de enfermagem

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Denise Barbosa de Castro Friedrich

Juiz de Fora
2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Souza , Louise Cândido.

O alcance das coberturas vacinais nas unidades de saúde da família: a ótica da equipe de enfermagem / Louise Cândido Souza . - 2019.

75 f.

Orientadora: Denise Barbosa de Castro Friedrich

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2019.

1. Vacinação. 2. Coberturas Vacinais. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Saúde da Família. 5. Enfermagem . I. Friedrich, Denise Barbosa de Castro, orient. II. Título.



LOUISE CÂNDIDO SOUZA

**O ALCANCE DAS COBERTURAS VACINAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: A ÓTICA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 24 / 06 / 2019

Prof.^a Dr.^a Denise Barbosa de Castro Friedrich
Universidade Federal de Juiz de Fora
Orientador(a)

Prof.^a Dr.^a Valéria Conceição de Oliveira
Universidade Federal de São João Del Rei
1º Avaliador(a)

Prof.^a Dr.^a Geovana Brandão Santana Almeida
Universidade Federal de Juiz de Fora
2º Avaliador(a)

Dedico este trabalho aos meus pais, Paulo e Rosângela.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me permitiu, através de uma grande perda, ressignificar minha vida e ingressar no mestrado onde vivi um processo de transformação pessoal e profissional.

Aos meus pais, Paulo e Rosângela, amores da minha vida e grandes incentivadores.

À minha irmã, Thaize, que sempre me inspirou a percorrer os caminhos da saúde.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Denise Friedrich, que mesmo sem me conhecer, confiou no meu trabalho e me deu a oportunidade de ser sua orientanda. Obrigada pela acolhida, pelas palavras de carinho, incentivo e conhecimento compartilhado, tornando essa trajetória o mais leve possível sempre.

À Prof.^a Dr.^a Valéria Conceição de Oliveira e Prof. Dr.^a Geovana Brandão Santana Almeida, membros da minha banca examinadora, por terem aceitado tão prontamente o convite, além de serem inspiração na construção de uma saúde pública de qualidade.

Às professoras da Faculdade de Enfermagem, Ms. Maria Tereza Bahia e Ms. Izabela Palitot, que me encorajaram a participar do processo de seleção do mestrado e se tornaram grandes conselheiras ao longo de minha trajetória profissional.

Às ex-professoras da Faculdade Estácio de Sá de Juiz de Fora, Ms. Graziela Lonardoni e a Doutoranda Luciane Ribeiro, jamais me esquecerei do carinho de suas aulas e as contribuições para minha evolução acadêmica e profissional.

Aos coordenadores do Mestrado em Enfermagem da UFJF, Prof.^a Dr.^a Nádia Sanhudo e Prof. Dr. Fábio Carbogim, e a todo o corpo docente do programa pela participação neste processo construtivo. Em especial, as Prof.^a Dr.^a Cristina Arreguy, pela compreensão e apoio dado em meu processo de afastamento para cursar o mestrado. À Prof. Dr.^a Beatriz Farah pela admiração que tenho e pelos valiosos conhecimentos repassados na busca pela consolidação do SUS.

A todos os funcionários e servidores da Faculdade de Enfermagem da UFJF.

Aos amigos do NUVEAST: Schirley, Glênia, Terezinha, José Mauricio, Roseli, Dr.^a Ana Flavia, Dr.^a Marcos L'hotellier, Dr. Paulo Tavares, Dr.^a Lucia e Dr.^a Adriana que entenderam minhas ausências e estiveram sempre de mãos estendidas para me ajudarem nesta trajetória. E aos demais servidores da SRS – Juiz de Fora, em especial aos funcionários da Rede de Frio que me ajudam todos os dias qualificar a imunização regional e a atender toda a demanda neste período de tantas atribuições. A Eliana Fioravante, pela disponibilidade e carinho que teve comigo ainda na organização dos documentos para o processo de seleção.

Ao Ex-Superintendente da SRS-JF, Oleg Abramov Jr., por me incentivar na continuidade deste projeto e por atender tão prontamente minha solicitação de afastamento para cursar o mestrado.

À minha amiga Maria do Rosário (*in memoriam*) que partiu tão jovem, durante meu percurso no mestrado. Guardarei para sempre suas doces palavras e os gritos/abraços dados no dia em que fui comunicada sobre o deferimento do meu pedido de afastamento, obrigada pelo breve convívio.

Aos meus amigos Letícia, Rita, Glauber, Felipe pelo ombro amigo disponível nos momentos mais difíceis e pelas risadas, confidências e saídas compartilhadas. Amo vocês!

À minha dupla de orientação, Anna Karla, não poderia ter existido melhor. Obrigada pela sua amizade!

Ao Lucas, amigo-irmão, com quem dividi as angústias e comemorei as vitórias deste processo. Obrigada por toda paciência e escuta!

Às amigas, Thainara e Thais pela disponibilidade e prontidão com que compartilham nossa amizade.

Aos amigos da turma Diamante, vocês são demais! A convivência com vocês não poderia ter sido melhor, a união da nossa turma tem sido fundamental.

E, por último, a todos os amigos e familiares, que mesmo de longe contribuíram de alguma forma para que se chegasse até aqui.

Não foi fácil, não tem sido fácil e também acredito que não vai ser. Pois viver é isso, se equilibrar entre dias bons e ruins, e entre as dificuldades que a vida nos impõe. É adaptar o nosso olhar para enxergar as pequenas coisas, como caminho para as maiores. É ser grato pelo sorriso do outro, por levantar e ter a chance de fazer de novo. Hoje, só posso agradecer por enxergar a vida como uma possibilidade de transformação de nós mesmos e a DEUS, meus pais e meus amigos por serem guia e apoio nessa trajetória e nesta conquista!

“Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas, ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência”.
(MARX, 1985, p.135)

RESUMO

A vacinação é uma medida de baixa complexidade e de grande impacto para saúde da população. No Brasil, seus impactos são notórios desde a instituição do Programa Nacional de Imunizações que sempre apresentou taxas crescentes de coberturas vacinais, essenciais para seu sucesso. Entretanto, nos últimos anos as coberturas vacinais vêm apresentando quedas, acompanhadas da ocorrência de doenças imunopreveníveis até então controladas. Este estudo tem por objetivo geral analisar o alcance das coberturas vacinais sob a ótica da equipe de enfermagem de unidades de saúde da família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritivo, com análise dos dados à luz do referencial metodológico da hermenêutica-dialética a partir do qual surgiram duas categorias: o fazer da equipe de enfermagem para alcance das coberturas vacinais e o alcance das coberturas vacinais além do fazer da enfermagem. Os resultados apontaram que os profissionais se servem das bases do programa de imunizações para construção de suas práticas, aplicando sua subjetividade e criando novas estratégias que contribuem para o alcance das coberturas vacinais, além de valerem-se do desenvolvimento de outras funções nas unidades de saúde da família para difundirem a importância da vacinação. Descobriu-se que fatores como o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde, o contexto e o comportamento de indivíduos/famílias, a comunicação e a intersetorialidade podem interferir no alcance das coberturas vacinais. O estudo sinaliza que, apesar das coberturas vacinais serem deixadas a cargo da equipe de enfermagem, esta atribuição não pode ser exclusiva destes profissionais, devendo os demais profissionais de saúde também serem envolvidos, bem como os diversos setores da sociedade, os canais de comunicação e todo contexto sócio, histórico, político para o encontro de resultados satisfatórios. Nosso estudo ainda aponta que a vacinação é um ato que sofre interferência de diversos aspectos que não podem ser pensados somente no aspecto procedimental e que a presença dos serviços e autoridades de saúde figura-se como um determinante do alcance das coberturas vacinais que não terão sucesso se trabalharem de forma isolada.

Palavras-chave: Vacinação. Coberturas Vacinais. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Enfermagem.

ABSTRACT

The vaccination is a measure of low complexity and of great impact on the health of the population and its impacts are notorious in Brazil since the institution of the National Immunization Program (in Portuguese PNI – Programa Nacional de Imunização) which has always presented increasing rates of vaccine coverage, essential to its success. However, in the last years the vaccine coverings has been presenting falls, accompanied by the occurrence of immune-preventable diseases previously controlled. This study aims to analyse the scope of vaccination coverage from perspective of the nursing team of Family Health Program. This is a qualitative research of the descriptive type with analysis of the data in the light of the methodological reference of the hermeneutic-dialectic. Two categories emerged the working of the nursing team for reaching vaccine coverage and the reaching vaccine coverage beyond nursing. The results showed that the professionals use the bases of the immunization program to construct their practices, applying their subjectivity and creating new strategies that contribute to the reach of vaccination coverage, as well as making use of the development of other functions in the Family Health Program to spread the importance of vaccination. It has been found that factors such as the work process of community health agents, the context and behaviour of individuals and families, communication and intersectoriality may interfere with the coverage of vaccination coverage. The study indicates that, although vaccination coverage is left to the nursing team, this assignment cannot be exclusive to these professionals, and other health professionals should also be involved, as well as the various sectors of society, communication channels and social and the politicians for the achievement of satisfactory results. Our study also points out that vaccination is an act that is interfered with in several aspects that cannot be thought only in the procedural aspect and that the presence of health services and authorities is a determinant of the reach of vaccine coverage that will not succeed if they work in isolation.

Keywords: Vaccination. Vaccination. Vaccine coverages. Primary Health Care. Family Health. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	– Características socioeconômicas, demográficas, epidemiológicas e atenção primária dos municípios polos das microrregiões.....	34
Quadro 2	– Caracterização dos participantes da pesquisa.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacilo Calmette-Guerin
CRIE	Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais
CV	Cobertura vacinal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DTP	tríplice bacteriana
EAPV	eventos adversos pós-vacinação
EPGS	Especialistas em Políticas e Gestão da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
MRC	Monitoramento Rápido de Coberturas Vacinais
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAI	Programa Ampliado de Imunizações
PBF	Programa Bolsa Família
PNI	Programa Nacional de Imunizações
SAGE-WG	Strategic Advisory Group of Experts Working Group on Vaccine Hesitancy
SES	Subsecretaria de Gestão Regional
SI-API	Sistema de Informação de Avaliação do programa de Imunização
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SV	Sala de vacinação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VOP	Vacina Oral contra Poliomielite
VORH	Vacina Oral do Rotavírus Humano

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	TRAJETÓRIA DA IMUNIZAÇÃO: HISTÓRIA E ORGANIZAÇÃO.....	17
2.2	COBERTURAS VACINAIS: INDICADOR DE QUALIDADE E PROTEÇÃO DA POPULAÇÃO.....	21
3	OBJETIVOS.....	30
3.1	OBJETIVO GERAL.....	30
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
4	PERCURSO METODOLÓGICO	31
5	RESULTADOS.....	37
5.1	O FAZER DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA ALCANCE DAS COBERTURAS VACINAIS.....	38
5.1.1	NS 1 – O fazer a partir de instrumentos do PNI.....	39
5.1.2	NS 2- O fazer a partir da subjetividade.....	40
5.1.3	NS 3- O fazer a partir das ações propostas para a ESF.....	40
5.2	O ALCANCE DAS COBERTURAS VACINAIS ALÉM DO FAZER DA ENFERMAGEM	41
5.2.1	NS 1 – O Agente Comunitário de Saúde.....	40
5.2.2	NS 2 – A responsabilização da não vacinação.....	42
5.2.3	NS 3 – A comunicação no processo de vacinação.....	42
5.2.4	NS 4 – A intersetorialidade como facilitador da adesão à vacinação.....	43
6	DISCUSSÃO	44
6.1	O FAZER DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA ALCANCE DAS COBERTURAS VACINAIS.....	44
6.2	O ALCANCE DAS COBERTURAS VACINAIS ALÉM DO FAZER DA ENFERMAGEM.....	47
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICE A – Roteiro das Entrevistas.....	69
	APÊNDICE B – Sínteses.....	70
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	74

1 INTRODUÇÃO

A vacinação é uma medida de baixa complexidade e de grande impacto na saúde da população sendo reconhecida como uma das intervenções de saúde pública mais bem-sucedidas, principalmente na relação custo-efetividade. Constituindo-se como uma ação de extrema importância para a proteção individual da população, a vacinação é importante, de igual maneira, para a proteção coletiva por auxiliar na redução da circulação de agentes infecciosos, além de contribuir para a queda na morbimortalidade por doenças preveníveis por imunização e para a melhoria de diversos indicadores de saúde, como as taxas de mortalidade infantil (SANTOS *et al.*, 2017; TURNER; THWAITES; CLAPHAM, 2018; CASTRO; CABREIRA, 2017).

No Brasil, o impacto da vacinação é notório desde a erradicação da varíola na década de 70 e da instituição do Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 1973. Ao longo de seus mais de 40 anos, o PNI tornou-se uma inegável conquista de saúde pública com adoção de diferentes estratégias de vacinação por meio de frequentes mobilizações da população para as campanhas, aumento constante de salas de vacinas e imunobiológicos ofertados, criação de um sistema de informações e articulação com as políticas de atenção primária à saúde como forma de implementar, expandir e consolidar as ações do programa. O PNI conta hoje com uma alta oferta de imunobiológicos e um calendário nacional de vacinação que atinge desde os recém-natos até os idosos (HOCHMAM, 2011; DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013; CASTRO; CABRERA, 2017).

Desde sua instituição, o PNI sempre apresentou taxas crescentes de cobertura vacinal (CV), obtendo êxito no controle de doenças e reconhecimento internacional pela política desenvolvida. Os importantes avanços, na vacinação de rotina e/ou nas campanhas, contribuíram para que as CVs saltassem de 50%, entre os anos 80 e 90, para mais de 95%, principalmente na população menor de um ano; e, de igual modo, ajudaram a mudar o perfil de morbimortalidade das doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2014; DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Entretanto, nos últimos três anos, as CVs vêm apresentando quedas acentuadas que representam um declínio de cerca de 10 a 20 pontos percentuais, acompanhado da ocorrência de surtos e epidemias por doenças preveníveis por imunização e do aumento da mortalidade infantil e materna (SATO, 2018). Essa alarmante situação das CVs é descrita nos achados de um estudo de classificação do risco de transmissão de doenças imunopreveníveis, o qual demonstra que a maioria dos municípios brasileiros não apresentam coberturas vacinais

adequadas, sendo mais de 50% deles classificados como de alto risco de transmissibilidade de doenças e com altas taxas de abandono (BRAZ *et al.*, 2016).

Contraditoriamente, esse cenário pode estar atrelado ao sucesso do programa e à inclusão de um número expressivo de vacinas em seu calendário de vacinas, que o tornam mais complexo e impõe novos desafios, como a manutenção de elevadas coberturas vacinais, a equidade no acesso e a segurança das vacinas. Assim, o controle das doenças tende a diminuir a percepção da população com relação aos riscos de não se vacinar (WALDMAN; SATO, 2016; BRAZ *et al.*, 2016; LEVI, 2016).

Para Sato (2018), vários são os fatores que podem estar levando a esta redução. O autor aponta como possíveis causas a desestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS); aspectos técnicos do PNI, como a adoção de um novo sistema de informação, aspectos sociais e culturais que interferem na adesão as vacinas, bem como a ampliação e consolidação de movimentos antivacinas e da hesitação vacinal.

Para tanto, é importante compreender que a cobertura vacinal (CV) é um indicador definido pela proporção da população alvo vacinada, supostamente protegida, para uma determinada doença (BRASIL, 2014). O percentual da cobertura vacinal é expresso através da quantidade de pessoas vacinadas com uma vacina específica, em determinado espaço geográfico e em determinado período. Estima-se, a partir desse indicador, o nível de proteção da população contra doenças imunopreveníveis, mediante o cumprimento dos esquemas de vacinação específicos. Portanto, figura-se como um importante instrumento de avaliação da qualidade do trabalho nas salas de vacinas e do impacto dessas ações no PNI (SILVA; FLAUSINO, 2017).

A CV constitui-se como o principal indicador, para avaliar o alcance dos objetivos do PNI, sendo considerado um indicador universal, ou seja, seus resultados sofreram interferência de todos os processos ocorridos nas salas de vacinas, estando seu alcance ligado a uma série de ações e ao seu planejamento que inclui desde a gestão e estrutura da unidade até a administração e avaliação das atividades de vacinação (SANTOS *et al.*, 2015; BARROS *et al.*, 2015).

Neste sentido, é salutar conhecer em cada contexto socioeconômico, cultural e histórico as crenças, valores e informações que interferem na postura de profissionais de saúde e da população frente à vacinação as quais também contribuirão no alcance das coberturas vacinais (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013; CASTRO; CABRERA, 2017).

Meu envolvimento com as atividades de vacinação aconteceu ainda na graduação em Enfermagem participando voluntariamente de campanhas de vacinação, o que me despertou

um grande interesse pelas ações de enfermagem desenvolvidas no campo da saúde coletiva e da saúde pública. Posteriormente, após aprovação em concurso público, exerci concomitantemente as funções assistenciais e gerenciais de uma unidade de saúde da família (USF) do município de Três Rios – RJ. Como enfermeira, presenciei os desafios impostos à Estratégia de Saúde da Família (ESF), principalmente, como proposta de rompimento do modelo biomédico hegemônico, vivenciando ainda, durante a atuação em uma USF, uma forte valorização das práticas curativas em detrimento das ações de prevenção e promoção da saúde como a vacinação.

Após quase dois anos de atuação na Atenção Primária à Saúde (APS), fui aprovada no concurso público da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) onde passei a fazer parte do quadro de Especialistas em Políticas e Gestão da Saúde (EPGS) e a colaborar com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS/JF). A SRS/JF tem por finalidade, em âmbito regional, implementar as políticas estaduais de saúde, assessorar e organizar os serviços de saúde da região, bem como coordenar, monitorar e avaliar as atividades de saúde dos 37 municípios sob sua jurisdição.

No desenvolvimento do meu trabalho na SRS/JF, no qual assumo a função de referência técnica em imunização, a análise das coberturas vacinais e a situação das doenças transmissíveis, principalmente pela marcante experiência do surto de Febre Amarela nos anos de 2017 e 2018, sempre me despertou a necessidade de investigar os fatores que contribuíam para o alcance de taxas satisfatórias.

O surto de Febre Amarela e o grande número de óbitos pela doença, descortinou a situação das CVs demonstrando que os baixos índices não eram apenas quantitativos, mas que, de fato, a população estava desprotegida. Tal situação estava contribuindo para o aumento no número de casos e requeria a tomada de medidas de emergência, como a intensificação vacinal, a fim de conter rapidamente o avanço da doença.

Levantando uma série de discussões sobre como o trabalho na sala de vacinação poderia estar interferindo no número de vítimas, o fato de haver um alto número de não vacinados era apenas uma questão própria da população, da sociedade contemporânea e/ou o negligenciamento acerca da importância da avaliação das coberturas vacinais e a tomada de decisão a partir destas.

Desta maneira, motivada pelas experiências com vacinação, assim como com a responsabilidade assumida na gestão do componente regional do PNI (função semelhante ao nível estadual: coordenação do componente estadual, provimento e distribuição de insumos e

imunobiológicos, consolidação e análise dos dados municipais inseridos no sistema de informações) e pela convicção de que é primordial conhecer a realidade para poder transformá-la, a questão do alcance das coberturas vacinais tornou-se uma grande inquietação na minha vida profissional, me conduzindo às seguintes indagações: Quais são as ações e estratégias desenvolvidas no nível local para o alcance das coberturas vacinais? Quais fatores podem interferir neste alcance?

Neste sentido, considerando a equipe de enfermagem como protagonista na execução das atividades de vacinação, responsável por todo esse processo, desde o planejamento, administração das vacinas até a avaliação e monitoramento das atividades de vacinação (BRASIL, 2014), o atual contexto das coberturas vacinais e o potencial de ação desses profissionais em nível local, é fundamental analisar o alcance das coberturas vacinais sob a ótica dos profissionais da enfermagem. Partindo desse ponto, trago essa pesquisa com a intenção de promover reflexões, debates e desenvolver ações e estratégias que contribuam para melhoria das coberturas vacinais através da mudança em processos de gestão, formação, trabalho diário e educação permanente e para qualidade do cuidado prestado nas salas de vacina.

Assim sendo, para o desenvolvimento desta investigação, buscou-se o seguinte percurso: descrever a trajetória da imunização em sua história e organização e as coberturas vacinais como um indicador de qualidade e proteção da população. Em seguida, descrever os objetivos traçados e o percurso metodológico perseguido para alcançar os dados, recolhidos a partir da fala dos participantes, e os resultados apresentados nessa pesquisa compreendidas através da hermenêutica-dialética. Por fim, apresentaremos as considerações finais provenientes dos resultados obtidos, subsidiando reflexões acerca do alcance das coberturas vacinais a partir do olhar da equipe de enfermagem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A revisão da literatura possibilitou compreender questões relevantes para o desenvolvimento deste estudo, como a história e a organização da imunização no Brasil e o atual contexto das coberturas vacinais, sendo este um indicador de qualidade e proteção da população.

2.1 TRAJETÓRIA DA IMUNIZAÇÃO: HISTÓRIA E ORGANIZAÇÃO

A trajetória da imunização no Brasil inicia-se, em 1804, com a chegada da primeira vacina contra Varíola – chamada vacina humanizada devido à sua produção diretamente no organismo humano. Posteriormente, cem anos após a tentativa de introdução desta vacina no país, a mesma é protagonista de outro grande marco, a conhecida “Revolta da Vacina” (FERREIRA, 1999; HOCHMAM, 2011). Graças ao crescente número de hospitalizações por Varíola e à baixa adesão da população à vacina, iniciou-se, com anuência do congresso, uma medida para vacinação obrigatória. A campanha de vacinação contra varíola, em moldes militares, com o emprego de força e truculência, foi realizada na cidade do Rio de Janeiro, gerando na população um sentimento negativo frente à vacina que culminou na revolta (FERREIRA, 1999; HOCHMAM, 20011; RIO DE JANEIRO, 2006).

Após este episódio, a desobrigação da vacina levou centenas de pessoas a se vacinarem na Campanha de Erradicação da Varíola (1966-1973), a qual gerou ao país o certificado de erradicação da Varíola e contribuiu para que a população desenvolvesse um novo olhar sobre a vacinação (HOCHMAN, 2011).

Destaca-se a vacinação contra varíola por esta ser fator preponderante para compreensão das atuais políticas públicas e da relação entre população e vacinas. Mas, anteriormente à uniformização das políticas públicas de imunização, outras vacinas já eram ofertadas no país. Estas vacinas eram ligadas à programas de controle de doenças como o da Tuberculose, Poliomielite, dentre outras (SILVA; FLAUSINO; GONDIM, 2017).

Por diversas vezes, as vacinas apresentavam baixas coberturas vacinais por estarem nesta conformação, com adoção de diferentes estratégias definidas por cada programa e grande centralidade a nível nacional, marcadas por estratégias campanhistas, ou seja, as ações de vacinação eram realizadas em campanhas de vacinação esporádicas e mediante a emergência epidemiológica. Não havendo uma continuidade da vacinação, as vacinas não

eram incorporadas como parte da rotina dos serviços de saúde (SILVA; FLAUSINO; GONDIM, 2017).

Neste caminho, instituiu-se o PNI a fim de uniformizar as ações de vacinação no país e agrupar as vacinas em uma política única, rotineira e contínua nos serviços de saúde, regulamentado pela Lei Federal nº 6.259 de 30 de outubro de 1975 (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014). O sucesso do PNI advém da constante incorporação de novas tecnologias, introdução de novas vacinas e grupos alvos e o fortalecimento dos laboratórios públicos para uma produção autossustentável, garantindo a manutenção das coberturas vacinais, prevenindo desabastecimentos de insumos e subordinação às leis do mercado (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013; BRASIL, 2013).

Atualmente, o país oferta, em toda sua extensão territorial, 45 imunobiológicos, divididos entre vacinas, soros e imunoglobulinas nas mais de 36 mil salas de vacina do país e nos centros de referência de imunobiológicos especiais (CRIE), as quais, para sua inclusão ou exclusão, passam por um processo de avaliação técnico-científica e de custo efetividade, além dos destaques epidemiológicos, segurança, eficácia e capacidade de transferência de tecnologia para laboratórios nacionais visando a sustentabilidade da estratégia (BRASIL, 2016; DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Os calendários nacionais de vacinação balizam o conhecimento técnico dos profissionais e normatizam esquemas de vacinas, número de doses, pessoa a ser vacinado, tipo de vacina e estratégias a serem utilizadas. O primeiro calendário foi publicado em 1977, através da portaria nº 452/77 do Ministério da Saúde, contando com apenas quatro imunobiológicos: 1) tríplice bacteriana (DTP) contra difteria, tétano e coqueluche; 2) vacina Bacilo Calmette-Guerin (BCG) contra tuberculose; 3) vacina monovalente contra sarampo; e 4) vacina oral contra poliomielite (VOP). Avançamos em 2004 para a publicação de um calendário estratificado por períodos de vida: criança, adolescente, adultos e idoso. Vigorando, hoje, a portaria nº 1533/2016 que define o calendário nacional de vacinação da população em geral, e um, em específico, para os povos indígenas, além das campanhas anuais de vacinação (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

A estratégia de vacinação na rotina, aliada às estratégias especiais (intensificação, campanhas e vacinação de bloqueio), tem ampliado a oferta e o acesso aos imunobiológicos, além da garantia do alcance da população alvo do calendário básico de vacinação (BRASIL, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2015). O desenvolvimento tecnológico dos imunobiológicos tem proporcionado constantes alterações no calendário básico de vacina, aumentando substancialmente o número de doses administradas nas salas de vacina, o que pode favorecer

a elevação do número de eventos adversos pós-vacinação (EAPV) que, quando não acompanhados, podem gerar riscos ao vacinado e diminuição da taxa de adesão da população (BRASIL, 2014; BISETTO; CIOSAK, 2017).

Desta forma, o programa incorporou um sistema de vigilância dos EAPV, normatizando as condutas após sua ocorrência, conhecendo sua natureza e identificando possíveis falhas no transporte, armazenamento, manuseio ou administração (erros de programáticos) que resultam em um evento inesperado. O objetivo principal dessa medida é o de que tais eventos não interfiram na aceitação da população e não coloquem em risco o controle das doenças imunopreveníveis por queda nas coberturas vacinais (BRASIL, 2014; BISETTO; CIOSAK, 2017).

Com o avanço das ações de vacinação, emergiu ainda a necessidade de se obter dados sobre as doses aplicadas e o trabalho realizado pelas salas de vacina. Os primeiros dados foram coletados através de planilhas, elaboradas manualmente, por tipos de vacinas, o que resultou a primeira estimativa de coberturas vacinais que ficou em torno de 40% (TEMPORÃO, 2003). Na década de 90, foi desenvolvido o Sistema de Informação de Avaliação do programa de Imunização (SI-API), substituído, em 2012, pelo Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI), que fornece informações sobre o registro de vacinados, movimento de imunobiológicos, eventos adversos pós-vacinação e relatórios em um único sistema, diferentemente do SI-API que era composto por vários subsistemas (BRASIL, 2014).

O SIPNI permite o registro nominal e informatizado de cada dose aplicada nos serviços de saúde. O Sistema criado em 2010, segundo o boletim informativo do PNI, tem sido alimentado por grande parte das 36.604 salas de vacinas ativas no ano de 2017 em suas versões desktop e web (online). O sistema agrupa além do registro nominal das doses aplicadas, o módulo de movimentação de imunobiológicos, de Eventos Adversos pós Vacinais (EAPV) e diversos relatórios que permitem o acompanhamento das atividades de vacinação, como lista de faltoso, aprazamento, doses aplicadas e acompanhamento da situação vacinal de cada indivíduo inserido no sistema (BRASIL, 2014).

As responsabilidades do PNI ocorrem de forma compartilhada entre as três esferas de governo, com competências diferenciadas em cada nível, mantendo constante diálogo sobre normas, metas e resultados, respeitando os princípios do SUS de integralidade, equidade e universalidade sendo prioridade para o programa o acesso de todos à vacinação diminuindo as inequidades sociais e regionais, chegando às áreas mais remotas e de difícil acesso do país (BRASIL, 2014; CASTRO; CABRERA, 2017).

Dentro desta lógica, o PNI é organizado no SUS por uma rede descentralizada, articulada, hierarquizada e integrada que preza pela participação popular através de organizações e sociedades de classe, ligadas à área de imunização nas permanentes discussões realizadas para elaboração de normas, metas e avaliação de resultados, além da sua modernização e operacionalização nas esferas de governo (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013; DOMINGUES *et al.*, 2015).

Neste sentido, o direito a saúde para todos, institucionalizado pela constituição de 1988, e o advento do SUS, em 1990, influenciaram também na organização do PNI; passando o programa a incorporar os princípios e diretrizes do sistema, tornando, cada vez mais descentralizado, as esferas locais e uma das maiores estratégias de alcance de todas as classes sociais e econômicas nos diversos territórios (CASTRO; CABRERA, 2017).

A consolidação do SUS, enquanto sistema, propiciou a readequação do modelo assistencial, havendo uma tentativa de rompimento com o modelo biomédico e hegemônico até então, além da construção de um modelo pautado na lógica da vigilância em saúde, priorizando ações de promoção e prevenção da saúde abarcando o conceito ampliado de saúde (SILVA; FLAUSINO; GONDIM, 2017).

O modelo proposto coloca a atenção primária, a saúde como centro das ações e norteadora de toda a rede de cuidados, organizando as práticas de saúde, visando à integralidade do cuidado por meio do reconhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população (CASTRO; CABRERA, 2017). Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família constitui-se importante política para fortalecimento da APS e incorporação dos princípios do SUS e da vigilância em saúde, tornando-se a principal entrada do sistema que presta assistência ao indivíduo e a família em todas as suas fases de vida.

Com essa mudança de paradigma, como fortalecimento da promoção e prevenção, as ações de imunização ganharam ainda mais protagonismo, tendo sido incorporadas na rotina dos serviços de saúde e guiadas pelo contexto da vida cotidiana, na qual a ESF trabalha. Essa mudança ainda permite o exercício de práticas que considerem as singularidades e propiciem maior aproximação com os problemas de saúde daquele território, reforçando a lógica de criação do PNI que previa que a imunização não ficasse limitada apenas às campanhas, mas fosse uma ação continuada (CASTRO; CABRERA, 2017).

A proposta do PNI, de organizar a vacinação na APS, contribui para que as salas de vacina, em sua maioria, estejam inseridas na atenção primária à saúde, em unidades tradicionais e com estratégias de saúde da família. Nas unidades que possuem a saúde da família à integração entre as equipes e profissionais permite a busca ativa de faltosos, a

análise da situação de saúde daquele território, o encaminhamento da população para a vacinação e evita a perda de oportunidades de vacinação. O aumento e o acesso à atenção primária à saúde têm permitido altas coberturas inclusive nas camadas mais pobres da população. Demonstrando a importância do fortalecimento da atenção primária à saúde e de seus profissionais para o alcance das coberturas vacinais (ARAÚJO *et al.*, 2013; FERNANDES *et al.*, 2015).

Considerando a APS como o contato preferencial do usuário com o sistema de saúde, a porta de entrada para o SUS, a aproximação com o usuário e as singularidades com o qual este nível de atenção trabalha, bem como os objetivos com o PNI, a vacinação não pode ser pensada fora desta lógica, da atenção primária à saúde. Conceber a vacinação nesta perspectiva é imprescindível a todos os envolvidos, em especial a equipe de enfermagem pelo seu papel de protagonismo em ambas as políticas de saúde.

2.2 COBERTURAS VACINAIS: INDICADOR DE QUALIDADE E PROTEÇÃO DA POPULAÇÃO

De acordo com a breve exposição sobre CV na introdução deste trabalho, vimos que elas se constituem como um indicador chave para mensurar e avaliar os resultados e a qualidade das atividades de vacinação. A obtenção de níveis satisfatórios de CV requer a reunião de uma série de fatores que envolvem desde a autossuficiência na produção de imunobiológicos até a promoção do acesso e do atendimento à toda população, principalmente pelo aumento no número de salas de vacinas (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

As salas de vacinas – nível local – podem ser definidas como espaços destinados à aplicação de imunobiológicos através da ação da equipe de enfermagem que, para atingir sua finalidade – proteção da população – faz uso de instrumentos, ferramentas e da tecnologia. Destaca-se como principais ações: a preservação das condições de conservação dos imunobiológicos desde a sua chegada na unidade até a sua aplicação; o planejamento da vacinação e a informação de seus dados. Além dessas funções, acrescenta-se outras políticas públicas de saúde, ações intersetoriais e diálogo com a sociedade (SILVA; FLAUSINO, 2017).

Os sujeitos executantes das ações na sala de vacinação, enfermeiros e técnicos de enfermagem tem uma atribuição no trabalho da sala de vacina, as atribuições de cada membro da equipe está resguarda pela lei do exercício profissional da enfermagem. Durante a jornada

de trabalho na SV, é preconizado à presença de pelo menos dois vacinadores para cada turno de trabalho, considerando que tal dimensionamento deve considerar o porte do serviço, a população a ser atendida e que um vacinador pode administrar com segurança 30 doses de vacinas injetáveis ou 90 doses de vacina oral por hora de trabalho (BRASIL, 2014).

O enfermeiro é responsável pela supervisão e monitoramento das atividades desenvolvidas na sala de vacina e pela educação permanente de sua equipe (BRASIL, 2014). O desenvolvimento de tais funções está respaldado pela Resolução nº 0509 de 2016, do Conselho Federal de Enfermagem e pelas legislações do exercício profissional, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, as quais encarregam o enfermeiro responsável técnico pelo planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliações dos serviços de saúde que atua.

O indicador de CV é o mais utilizado, uma vez que seus resultados são influenciados por todos os processos ocorridos nas salas de vacinas e em seu contexto, garantindo não somente altas coberturas, mas também a qualidade da vacina administrada através de conservação adequada e preservação da potência imunogênica, afiançando a proteção e a segurança da população (BRASIL, 2013; SANTOS *et al.*, 2017).

Sabe-se que a manutenção de elevadas coberturas vacinais é fator primordial para a redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis. Segundo Ettiene (2018), os programas de vacinação infantil tiveram grande impacto na redução do adoecimento e morte de crianças menores de cinco anos em todo o mundo. Na América Latina e Caribe, quase 174.000 mortes de menores de cinco anos foram evitadas entre 2006 e 2011 de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que de dois a três milhões de óbitos são prevenidos anualmente por conta da imunização, por isso incentiva os países a implementarem programas de imunização, apoiando-os por meio do Programa Ampliado de Imunizações (PAI), o qual, na América Latina, foi preponderante para o aumento da cobertura vacinal de 50%, nos anos setenta, para 80% no ano de 1992; crescimento que propiciou o alcance de importantes conquistas como: primeira região das américas a eliminar a poliomielite (1994) e declarada livre do sarampo (2015), rubéola e síndrome da rubéola congênita (2016) e do Sarampo (2016), além do tétano neonatal em 2017 (ETTIENE, 2018).

O Brasil, pioneiro, na América Latina, na implantação de uma política pública de imunização anterior ao PAI desde a década de setenta, aumentou seus índices de cobertura vacinal erradicando e controlando uma série de doenças dentro de seu território, como a Poliomielite e a Rubéola. Conforme o preconizado pela OMS, o país adota como meta

coberturas vacinais acima de 95% para todas as vacinas do calendário nacional de vacinação, com exceção das vacinas Papiloma Vírus Humano (HPV), Influenza Sazonal, Bacilo Calmette e Guérin (BCG) e Rotavírus Humano (VORH), na quais os índices adotados são de 80% para a vacina HPV e 90% para as demais.

Porém, entre 2016 e 2017, as coberturas vacinais vêm apresentando significativa redução e tendência de queda, principalmente nas vacinas ofertadas no primeiro ano de vida. Os dados do Ministério da Saúde/PNI (2018) demonstram a redução de mais de 20% para algumas vacinais. A Poliomielite caiu de 98,3% para 79,5%; Rotavírus de 95,4% para 77,8%; Pentavalente de 96,3% para 79,2%; Hepatite B ao nascer (<1 mês de idade) de 90,9% para 82,5%; Meningococo C de 98,2% para 81,3%; Pneumocócica de 94,2% para 86,3% e 1ª dose de tríplice viral de 96,1% para 86,7%.

Os índices de cobertura vacinal e sua tendência de queda nos últimos anos vêm requerendo cautela e vigilância de gestores e profissionais (BRAZ *et al.*, 2016; SATO, 2018), uma vez que as consequências de tal situação são visíveis, tal qual a reemergência de doenças como a Febre Amarela e o Sarampo, por exemplo. A título de exemplificação, poderíamos citar os 1.376 casos confirmados de febre amarela e 483 óbitos no período de sazonalidade 2017/2018 e, até a outubro de 2018, o país já havia confirmado 2.192 casos de Sarampo com 12 óbitos (BRASIL, 2018). No caso do Sarampo, a junção entre baixas coberturas vacinais, movimento migratório e a entrada de inúmeros estrangeiros, principalmente Venezuelanos, contribuíram para a reintrodução do vírus.

A queda das CVs requer o desenvolvimento de estratégias de incentivo à vacinação e o planejamento de ações baseadas em evidências que apontem as principais causas desta queda e os múltiplos fatores que a influenciam. Nesta perspectiva, a OMS, em 2012, propôs a criação de um grupo de especialistas, o *Strategic Advisory Group of Experts Working Group on Vaccine Hesitancy* (SAGE-WG) para definir uma das causas preditivas para o não alcance de coberturas vacinas, a hesitação vacinal. Objetivando além da definição, entender a magnitude e os fatores que a influenciavam e reunir sistematicamente seus determinantes. Desta maneira, após diversas deliberações do SAGE-WG optou-se pela seguinte definição:

A hesitação da vacina refere-se ao atraso na aceitação ou recusa da vacinação, apesar da disponibilidade dos serviços de vacinação. A hesitação da vacina é complexa e específica do contexto, variando ao longo do tempo, local e vacinas. É influenciado por fatores como complacência, conveniência e confiança (MACDONALD, 2015).

A partir do estudo de MacDonald (2015), buscou-se, nos próximos três parágrafos, explicar os fatores citados na definição de hesitação vacinal e descrever a matriz dos determinantes na tentativa de compreender a magnitude deste comportamento no alcance das coberturas vacinais.

Dentre os fatores citados, adotou-se o modelo “3Cs”, proposto pela OMS em 2011, que define a confiança em três pontos: 1) eficácia e segurança das vacinas; 2) sistema que o fornece, incluindo confiabilidade e competência dos serviços de saúde e profissionais de saúde e 3) as motivações dos formuladores de políticas que decidem sobre as vacinas necessárias.

A complacência da vacina existe onde há baixa percepção dos riscos de ocorrência de doenças imunopreveníveis e a vacinação não é considerada uma ação preventiva. Em geral, apesar da diversidade de fatores que a influenciam, pode estar relacionada com a responsabilidade que cada indivíduo ou grupo tem com sua saúde. É comum que este fator esteja presente em locais onde os programas de vacinação obtiveram êxito no controle das doenças, como no Brasil.

E, por último, a conveniência que é um fator relacionado à disponibilidade física ou de pagar por um imunobiológico, o acesso geográfico, a capacidade de compreensão e a forma como os serviços de imunização convocam a população. Ainda neste sentido, a qualidade do serviço (real ou percebida), bem como a forma como este é oferecido podem também afetar a decisão do indivíduo em se vacinar e levar à hesitação vacinal.

Dentro desta lógica, após o levantamento dos fatores acima citados, o SAGE-WG desenvolveu uma matriz de determinantes que foram agrupadas em três grupos: contextuais (histórico, sociocultural, ambiental, sistemas de saúde e institucionais, econômicos ou políticos); individuais e grupais (percepção pessoal da vacina e do ambiente social ou pares) e vacina/ vacinação (questões específicas, diretamente relacionadas à vacina e/ou a vacinação).

Contudo, chama a atenção o fato de que, ao contrário dos determinantes sociais da saúde, onde melhores níveis educacionais levam a melhores resultados de saúde, os determinantes da hesitação vacinal, como educação e status socioeconômico não influenciaram em nenhuma direção, conforme corroborado por outros estudos que não conseguiram definir em qual direção estes fatores influenciava podendo oscilar para a vacinação ou não (MACDONALD, 2015; PONCE-BLANDÓN *et al.*, 2018; BARATA *et al.*, 2012).

Segundo estudo brasileiro, são, ao menos, nove os motivos que contribuem para a diminuição das coberturas vacinais e corroboram com os determinantes propostos por MacDonald (2015). Citamos a seguir:

1. Percepção da população de que não é mais necessário se vacinar porque as doenças desapareceram;
2. Desconhecimento dos imunobiológicos ofertados no calendário nacional de vacinação;
3. Medo da ocorrência de eventos adversos pós-vacinação;
4. Insegurança com relação ao número de vacinas aplicadas e uma possível sobrecarga do sistema imunológico;
5. Horário de funcionamento das salas de vacina;
6. Orientação médica;
7. Circulação de notícias falsas;
8. Movimentos antivacina;
9. Mudança no sistema de informação do programa nacional de imunização (SIPNI).

Levi (2016), em seu livro “Recusa de Vacinas: causas e consequências”, confirma os fatores descritos acima com a sugestão de que a queda nas coberturas vacinais pode ser atribuída ao próprio sucesso das vacinas, uma vez que o desaparecimento de algumas doenças fez com que elas ficassem esquecidas pela população que passou a temer mais os possíveis eventos adversos da vacina, sua segurança, do que as consequências e sequelas da doença. Verifica-se que há uma inversão de valores: o medo do EAPV em face da doença faz com que pais e responsáveis deixem de vacinar seus filhos, embasando-se em justificativas não fundamentadas cientificamente, como a relação autismo x vacinação (BARATA *et al.*, 2012; LEVI, 2016), por exemplo.

O encontro de baixas coberturas vacinais pode estar associado a fatores socioeconômicos como pobreza, escolaridade, dificuldade de acesso e número de filhos. As crenças filosóficas, religiosas, insegurança no imunobiológico e a confiança na contraindicação de profissionais são as principais motivações dos movimentos antivacinas que vêm aumentando diariamente em todo o mundo e contribuindo para ocorrência de diversos surtos e epidemias (BARATA *et al.*, 2012; FERNANDES *et al.*, 2015; LEVI, 2016).

Em seu estudo sobre o acesso à sala de vacinação nos serviços de atenção primária à saúde, Ferreira *et al.* (2017) descreveram os entraves que implicam na exclusão do usuário do serviço de imunização e que, quando analisados, podem auxiliar na reorganização das

atividades, chamando atenção aos fatores organizacionais como horário de funcionamento das unidades, disponibilidade dos imunobiológicos, profissional capacitado, controle de faltosos, indicação da vacina e utilização do sistema de informação os quais corroboram com outros estudos (FERNANDES *et al.*, 2015; BARROS *et al.*, 2015).

A mesma pesquisa revelou ainda entraves geográficos e socioculturais como a dificuldade dos moradores da zona rural para chegar até a sala por e a não preservação do cartão de vacinas, o que vai ao encontro do estudo produzido por Barros *et al.* (2015) em que o comparecimento à sala de vacina sem o cartão era motivo para a maioria dos vacinadores retornarem com pais e responsáveis (FERREIRA *et al.*, 2017; BARROS *et al.*, 2015).

Diante do indiscutível papel da imunização e os inúmeros fatores que levam a adesão ou não da população, é primordial o monitoramento e a avaliação contínua e regular dos seus resultados, devendo essa atividade ser uma rotina nas diversas esferas de gestão do PNI, como forma de aperfeiçoar os serviços de saúde (BRAZ *et al.*, 2016) fornecendo subsídios sobre o trabalho, o contexto e a situação de saúde da população, permitindo a reorganização, a correção, ajustes e mudanças que consolidem as ações de vacinação, assim como monitorar o impacto por ele produzido, estabelecendo estratégias que promovam o alcance dos objetivos (SILVA; FLAUSINO, 2017).

Neste sentido, é importante compreender que as CVs demonstram, além do número de pessoas protegidas, o resultado dos processos de trabalho na sala de vacinação e se estes se encontram de acordo com o que é preconizado pelo PNI e/ou planejado pela equipe de vacinação (BRASIL, 2014). O encontro de baixas coberturas vacinais pode sugerir a ocorrência de diferentes fatores, inclusive a inadequação dos processos de trabalho.

Processos de trabalho inadequados podem contribuir para o fortalecimento de movimentos antivacinas e para a hesitação vacinal o que reforça a necessidade de avaliar o trabalho nas salas de vacinas a fim de promover atividades, estratégias que incentivem o comparecimento da população e reforcem sua confiança nas atividades de vacinação (FRADE *et al.*, 2017). A ausência de supervisão, monitoramento nas salas de vacinas ou sua realização incipiente também podem comprometer o alcance das coberturas vacinais e o êxito do PNI, pois fatores determinantes não são identificados. O usuário não acolhido e/ou orientado inadequadamente sobre a ocorrência de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV) tendem a se afastar do serviço e evitar as próximas doses tanto por medo de novas reações como pela insegurança no vacinador (SANTOS *et al.*, 2017; BISSETO *et al.*, 2016; FERNANDES *et al.*, 2015).

Atividades como a triagem permitem que sejam feitos adiamentos, contraindicações e desmistificações de falsas contraindicações, pesando o risco benefício da vacinação e levando em consideração que não vacinar um indivíduo traz riscos não somente para este, mas para toda à população (MOURA *et al.*, 2015). Faz-se necessário que esse momento se torne um espaço para produção de orientação, educação em saúde em que a população seja informada sobre os esquemas vacinais, o impacto das vacinas para o indivíduo e sociedade, já que quanto mais informações o usuário receber, irá sentir-se seguro e retornará aos serviços de saúde (ABUD; GAVA, 2014).

Indicação de vacinas em situações que se caracterizavam como contraindicação, adiamentos com base em falsas contraindicações, problemas logísticos, como a falta de imunobiológicos, podem estar atrelados ao processo de trabalho adotado nas salas de vacinas e comprometerem a sua execução quando ocorrem mediante problemas nas instâncias superiores, tornando-se uma das justificativas mais frequentes para não vacinação de crianças (BARROS *et al.*, 2015; FERNANDES *et al.*, 2015). Neste sentido, ainda que a adoção de práticas corretas reflita na segurança do produtor do imunobiológico, da instituição que o adquire, do profissional que o utiliza e do usuário que recebe o produto, é evidente o reflexo das práticas corretas no comportamento dos indivíduos e na adesão à vacinação (BRASIL, 2014).

A repercussão da vacinação pode se dar de duas formas: individual e coletiva. Na primeira, basta que o indivíduo vacinado se torne imunizado, isto é, a vacina aplicada deve apresentar condições que preservem sua eficácia e, ao indivíduo, condições de saúde que permitam o desenvolvimento da imunidade induzida, considerando que a resposta imunológica é individual e depende da vacina, do vacinado e da administração. Na segunda forma, é necessário além das condições já mencionadas, coberturas vacinais altas e homogêneas, em que pelo menos 95% ou mais dos indivíduos desenvolvam imunidade (MORAES *et al.*, 2003).

Desta maneira, a CV é calculada com a utilização, no numerador, do total daquelas doses que contemplam o esquema vacinal e, no denominador, da estimativa da população-alvo, multiplicando-se por 100 (BRASIL, 2014). Utiliza-se como numerador o número de doses aplicadas, registradas no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI), servindo-se para esquemas multidoses, a última dose do esquema básico que se dividem em doses recebidas e oportunas, sendo estas as doses que são aplicadas na faixa etária correta, sem ocorrência de atraso vacinal (TAUIL *et al.*, 2017).

Quanto aos menores de um ano, os dados que serão utilizados como denominador para cálculo das coberturas vacinais são recolhidos por meio do registro de nascidos vivos no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Para as demais populações, são utilizadas estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE) disponíveis no departamento de informática do sistema único de saúde (DATASUS) (BRAZ *et al.*, 2016).

Os resultados deste indicador refletem a eficiência e efetividade do PNI em todos os níveis e tanto o numerador quanto o denominador utilizado devem ser frutos de informações precisas, fidedignas, capazes de refletir a situação real de cada local, por isso há a necessidade de se dispor de instrumentos de coleta de dados e registros padronizados e adequadamente preenchidos (BRAZ *et al.*, 2016; BRASIL, 2014).

Ao analisar os registros das unidades de um município baiano, cujos dados estão informados na base de dados do sistema de informação, verificou-se que existiam doses realizadas sem registro no sistema e inconsistências que após intervenção geraram expressivo incremento nas coberturas vacinais (RODRIGUES, 2016). Neste sentido, o PNI propõe a metodologia de vigilância das coberturas vacinais como uma ferramenta para buscar a qualidade dos dados produzidos pelos serviços de saúde e a intervenção oportuna onde e quando necessário, tornando-os mais reais possíveis a partir da sua origem: as salas de vacinação. Ademais, a análise dos resultados leva a investigação de outros indicadores como: as taxas de homogeneidade e abandono que produziram efeitos diretos na proteção da população e no alcance das coberturas vacinais (TEIXEIRA; ROCHA, 2010).

O método administrativo, descrito anteriormente, pode ser complementado ainda por outras atividades de avaliação das coberturas vacinais como o Monitoramento Rápido de Coberturas Vacinais (MRC). Trata-se de uma atividade proposta pela OPAS para supervisão das ações de vacinação adotadas que podem auxiliar na definição ou redefinição de estratégias a fim de melhorar as CVs e a sua homogeneidade. A amostra a ser avaliada no método, adaptado da OPAS, utiliza a população alvo e o número de salas de vacina. Esse levantamento é comumente utilizado após o término de intensificações vacinais; no entanto, também se verifica sua utilidade na rotina cotidiana dos serviços para identificação bolsões de susceptíveis, motivos da não-vacinação e a proporção de indivíduos vacinados em relação ao total de indivíduos entrevistados. É uma atividade de campo feita a partir de visita casa a casa, com verificação do comprovante de vacinação do residente que faz parte do grupo alvo da vacinação é avaliado para uma ou mais vacinas (BRASIL, 2018; MOURA *et al.*, 2018).

Neste sentido, é importante que os profissionais e autoridades de saúde vislumbrem as CVs como um indicador de qualidade dos serviços de imunização e compreendam que a manutenção de bons níveis consequentemente implicará em uma maior proteção da população contra as doenças imunopreveníveis, utilizando-se das ferramentas disponíveis para avaliação e tornando-se investigador e interventor das variáveis que interferem neste processo.

3 OBJETIVOS

A partir do referencial teórico desenvolvido, foram definidos os seguintes objetivos:

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar sob a ótica da equipe de enfermagem das unidades de saúde da família o alcance das metas de coberturas vacinais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as ações/estratégias desenvolvidas pela equipe de enfermagem para o alcance das metas de coberturas vacinais;
- Descrever os fatores apontados pela equipe de enfermagem que podem potencializar ou fragilizar o alcance das coberturas vacinais.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Em respeito aos aspectos éticos do estudo com seres humanos, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora no dia 09 de março de 2018 sob o parecer número 2.535.800.

A presente pesquisa de natureza qualitativa, do tipo descritiva, apresentou-se mais adequada para análise do alcance das coberturas vacinais sob a ótica da equipe de enfermagem das Unidades de Saúde da Família, uma vez que esse método busca aprofundar a complexidade dos objetos de estudo, captando sua subjetividade, dando significação a eles dentro de suas estruturas sociais cotidianas (MINAYO, 2014).

Neste sentido, optou-se como referencial metodológico a hermenêutica-dialética por se mostrar apropriado para alcançar os objetivos propostos: analisar sob a ótica da equipe de enfermagem das unidades de saúde da família o alcance das coberturas vacinais, identificando as ações/estratégias desenvolvidas por essa equipe para alcançar as coberturas vacinais e também descrever os fatores apontados pela equipe de enfermagem que podem potencializar ou fragilizar o alcance das coberturas vacinais.

Sabe-se que a hermenêutica busca a compreensão que se dá através da comunicação entre os seres, tendo a linguagem como núcleo central. Já a dialética é a arte do diálogo, da pergunta e da crítica e a combinação entre elas produz do pensamento a síntese da compreensão e da crítica (MINAYO, 2014). A análise dos dados, a partir da fundamentação da hermenêutica-dialética, busca compreender o significado do discurso a começar do contexto, do ser histórico-social a fim de identificar nas falas os núcleos mais obscuros e contraditórios. Enquanto a hermenêutica enfatiza o significado do que é consensual, da mediação, do acordo e da unidade de sentido, a dialética, a seu turno, se vale das diferenças, da crítica, dissenso e contrastes (MINAYO, 2014).

De origem teológica, o termo “hermenêutico” tinha por objetivo designar a interpretação da Bíblia, ou seja, a interpretação de textos antigos. Posteriormente, foi utilizado para indicar a interpretação de textos complexos que exigiam uma explicação mais clara. E, na contemporaneidade, com a contribuição de seu principal estudioso – Gadamer – passou a constituir-se por uma reflexão filosófica, interpretativa ou compreensiva sobre os símbolos e mitos em geral. A hermenêutica, como uma ciência interpretativa, compreensiva mostrou-se como possibilidade do homem se aproximar de outro homem (COLLET; WETZEL, 1996). A experiência hermenêutica que permeia a práxis da vida é um movimento abrangente e universal do pensamento humano, além da cientificidade (MINAYO, 2014).

A hermenêutica é considerada uma disciplina básica que se dedica a “arte” de compreender textos. Trabalha com a comunicação humana, com o cotidiano e o senso comum, considerando “o ser humano como ser histórico e finito que se complementa por meio da comunicação; sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço; por isso, é preciso compreender também seu contexto e sua cultura” (MINAYO, 2014, p. 166).

Já a dialética tem sua história marcada por duas fases: a antiga, desde os pré-socráticos até Hegel; e a moderna de Hegel até os dias atuais. Em seu período pré-socrático se apresentava como um método em busca da verdade através da formulação de perguntas e respostas que tornavam visíveis as incongruências e as falsas concepções. Com Hegel, a dialética tornou-se mais profunda, estabelecendo uma ideia de movimento e transformação (MINAYO, 2014).

A dialética busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos mais obscuros e contraditórios para se fazer uma crítica informada sobre eles. Dentro do método, cada coisa é um processo transformativo, um tornar-se, processos estes que possuem um encadeamento que se dão em espiral e nunca se repetem. Cada coisa carrega em si sua contradição que se transforma em seu contrário, tal como o princípio da dialética: a contradição é o movimento básico da existência (MINAYO, 2014).

A articulação entre hermenêutica e dialética configura-se como uma possibilidade entre perspectivas teóricas e interpretativas da linguagem. As pesquisas qualitativas estão alicerçadas na união entre hermenêutica e dialética, que a dá sentido, pois possibilita a valorização das complementaridades e divergências entre as duas perspectivas (MINAYO, 2014).

Esta união, possibilitada pelos debates a partir dos anos 60, entre Jurgen Habermas e Hans-Georg Gadamer, colocou as duas perspectivas em contestação objetivando a práxis de produção do conhecimento. Ambos os autores contribuíram para o diálogo entre a filosofia, as ciências sociais e as ciências humanas. Essa aproximação permitiu que os métodos destas ciências superassem o positivismo – rigor técnico – que poderia restringir as questões sociais, tornando-o mera técnica (MINAYO, 2014).

Minayo (2014) sugere que as limitações da hermenêutica ao realizar a compreensão de textos, contextos e fatos históricos pode ser compensada pela proposta do método dialético. Em contrapartida, a dialética, ao evidenciar os dissensos, as mudanças e os macroprocessos pode se beneficiar da hermenêutica. Desta forma, a articulação dos dois métodos permite o

interprete entender o texto, a fala, como um processo social e um processo de conhecimento – compreensão – que são obras de diversas determinações, mas com significações específicas.

Contudo, a utilização concomitante dos dois métodos não deve ser reduzida a uma simples teoria para tratamento dos dados, mas como uma possibilidade de reflexão que se funda na *práxis*, sendo esta união fecunda na direção de processo ao mesmo tempo compreensivo e crítico da análise da realidade social (MINAYO, 2014).

Teve-se como cenário da pesquisa as unidades de atenção primária à saúde dos municípios sede das microrregiões de saúde sob jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS-JF) que apresentavam estratégia de saúde da família implementada e que possuíam sala de vacina. Em sua divisão político-administrativa, a SRS-JF tem como área de abrangência 37 municípios que estão divididos em três microrregiões de saúde: Juiz de Fora / Lima Duarte / Bom Jardim de Minas; São João Nepomuceno / Bicas e Santos Dumont que possuem como polo 06 municípios com o objetivo de direcionar as ações de saúde dentro dos territórios sanitários (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

A divisão político-administrativa funciona como uma extensão regional da gestão estadual, atuando de forma técnica, administrativa e política. O Plano Diretor de Regionalização da Saúde propõe a organização das redes de atenção à saúde, ou seja, é uma divisão assistencial com vistas a organizar os serviços de saúde e o acesso da população mediante suas necessidades de atenção. Nesta dimensão, a SRS-JF funciona como sede para 94 municípios da Macrorregião Sudeste do Estado de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

A preferência neste estudo pela divisão político-administrativa deve-se ao fato das políticas de imunização, em nível regional, serem organizadas a partir da divisão administrativa. Os seis municípios selecionados para este estudo se localizam na região geográfica da Zona da Mata Mineira, no Sudeste do estado, próximo à divisa dos estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo, onde a economia destaca-se pelo setor agrícola, industrial e de serviços sendo este último o de maior contribuição para o PIB da região.

Para caracterização dos municípios foram escolhidos os dados: população, IDH, PIB (per capita), proporção de pessoas vivendo em área rural, taxa de analfabetismos, taxa de mortalidade geral, taxa de mortalidade infantil e cobertura de saúde da família por entender que dados socioeconômicos, indicadores epidemiológicos e de cobertura dos serviços de saúde, podem refletir diretamente na cobertura vacinal. Conforme corroborado por autores que suscitam conhecer em cada contexto socioeconômico, cultural e histórico as crenças,

valores e informações que interferem na postura de profissionais de saúde e da população frente à vacinação (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013; CASTRO; CABRERA, 2017).

De acordo com dados disponibilizados na Sala de Situação Municipal, elaborado pela Subsecretaria de Gestão Regional da SES-MG, selecionamos os indicadores acima citados e elaboramos o quadro a seguir no qual vemos os indicadores dos municípios, nomeados de I a VI.

Quadro 1 – Características Socioeconômicas, Demográficas, Epidemiológicas e Atenção Primária dos Municípios Polos das Microrregiões

Municípios	População	IDH	PIB (<i>per capita</i>)	Prop. Pop. em área rural	Taxa de Analfabetismo	Taxa de Mortalidade Geral	Taxa de Mortalidade Infantil	Cobertura de Saúde da Família
Município I	563.769	0,778	R\$24.323,55	1%	3,3	5,63	12,15	57,95%
Município II	6.644	0,673	R\$13.932	14%	11,3	5,55	0	155,69%
Município III	14.545	0,744	R\$13.177	5%	6,7	5,75	0	95,30%
Município IV	16.149	0,71	R\$12.373,49	23%	9,9	6,36	0	122,70%
Município V	26.538	0,708	R\$11.532,01	5%	5,3	6,05	7	65,24%
Município VI	47.561	0,741	R\$12.222,45	11%	7,1	5	2	63,08%

Fonte: Sala de Situação Municipal – SubGR/SES-MG, fev. 2019.

A grande maioria dessas localidades se enquadra como municípios de pequeno porte populacional, segundo classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A proporção de pessoas vivendo em áreas rurais varia de 1% no município de grande porte a 23%. Os índices de analfabetismo variam entre 3,3 e 11,3 e estão acima da média do estado de MG que é de 8,10 em apenas dois municípios que, coincidentemente, possuem as maiores populações vivendo em área rural. As taxas de mortalidade geral se assemelham em todos os municípios enquanto a mortalidade infantil se apresenta dentro do padrão esperado em todos os municípios, com exceção do município de grande porte populacional que apresenta taxa de mortalidade infantil de dois dígitos. Todos possuem estratégia de saúde da família implantada, variando entre 57,95% a mais de 100% a cobertura da população e um total de 119 equipes (MINAS GERAIS, 2018).

Dos 06 municípios selecionados, 01 recusou o convite para participar da pesquisa. Passando a amostra a ser composta por 04 municípios de pequeno porte populacional e 01 município de grande porte populacional, totalizando uma população aproximada de 660.661 mil/hab (IBGE, 2018). Dentre os municípios, há um total aproximado de 88 salas de vacinas públicas, estando à maioria inserida dentro das unidades de saúde da família. As coberturas vacinais alcançadas para quatro vacinas da rotina no primeiro ano de vida (Pentavalente, Pneumo-10, Poliomielite e Tríplice Viral) obtiveram valores que variaram entre 60% a mais de 100% (MINAS GERAIS, 2017).

A seleção das unidades e dos possíveis participantes ocorreu de duas formas: uma para os municípios de pequeno porte; e outra para o município de grande porte. No primeiro, foi realizado contato telefônico com o coordenador municipal de atenção primária, solicitando o número de unidades que trabalhavam na lógica da estratégia de saúde da família e possuíam sala de vacinação. No segundo, devido à dimensão territorial do município, foram escolhidas aleatoriamente uma unidade de saúde da família que atendia aos critérios do estudo de cada região administrativa do município (sul, sudeste, centro, leste, norte e nordeste) de acordo com o plano diretor municipal.

A escolha da atenção primária à saúde se justifica devido à grande maioria das salas de vacina estarem inseridas nas unidades de atenção primária à saúde (UAPS) e ao fato de as mesmas serem responsáveis por atividades de promoção e proteção da saúde, objetivos estes que se aproximam do PNI (BRASIL, 2014). Optou-se ainda pelas unidades que trabalham na lógica da estratégia de saúde da família pela sua estrutura de trabalho e por ter o Agente Comunitário de Saúde na equipe, o que permite avaliar como a equipe multidisciplinar é envolvida nas atividades de vacinação.

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam diretamente nas atividades de vacinação das unidades de saúde, tendo como critérios de inclusão: ser enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, atuar diretamente com as atividades de vacinação e ter vínculo com a unidade há mais de 01 ano; e de exclusão aqueles profissionais acima citados que não estiveram presentes na unidade no período da coleta de dados devido à férias e/ou afastamentos e aqueles que não consentirem sua participação por meio do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).

Inicialmente, foi realizado um contato telefônico com as unidades para agendamento de uma visita, na qual foi realizada a apresentação formal da pesquisa aos possíveis participantes. Posteriormente, os profissionais foram convidados a participarem da mesma e

optaram pela realização da entrevista naquele momento ou pelo agendamento de uma data, a sua escolha, para coleta dos dados mediante assentimento do TCLE (ANEXO A).

Os dados foram coletados a partir de entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), que abordassem as questões da presente investigação, permitindo ainda uma maior flexibilidade durante a entrevista, trazendo perguntas que fossem relevantes ao interlocutor frente a esse tema, mas que não constavam entre aquelas que foram respondidas por escrito. O roteiro contou com uma identificação dos participantes com características como idade, sexo, formação, tempo de atuação e se possuíam ou não capacitação em sala de vacinação e perguntas abertas que permitiram que discorressem sobre quais eram as ações/estratégias desenvolvidas para alcance das coberturas vacinais e os aspectos que fragilizavam ou potencializavam este alcance. A coleta de dos dados foi realizada no período de junho de 2018 a fevereiro de 2019.

Não foi definido número de entrevistas, uma vez que a compreensão do objeto está atrelada a significação a ele dada em uma lógica própria do grupo, ou mesmo, suas múltiplas lógicas. A interrupção das entrevistas foi definida pelo critério de saturação que é entendido pelo alcance das homogeneidades, diversidades e da intensidade das informações necessárias para o alcance dos objetivos propostos. Isto é, à medida que foi constatada a reincidência e/ou repetição de informações, foram realizadas mais cinco entrevistas na intenção de confirmar essa percepção (MINAYO, 2014).

Foi realizado, preliminarmente, um teste piloto, com a finalidade de testar o instrumento de coleta de dados e verificar se este era compreensível e atendia aos objetivos propostos. O teste foi realizado com um número de dez participantes, um número maior do que o preconizado a fim de ratificar que as inconsistências apresentadas no instrumento eram corroboradas por todos os participantes. Assim, o teste revelou que havia um excessivo número de perguntas e que algumas não eram compreensíveis o que poderia comprometer as respostas e dificultar o alcance dos objetivos. Desta maneira, o número de questões do instrumento foi reduzido e as perguntas foram redigidas de maneira mais clara e direta. Os dados obtidos a partir do teste foram excluídos da análise deste estudo devido às alterações realizadas no instrumento de coleta de dados.

Os dados foram operacionalizados a partir das seguintes etapas propostas por Minayo (2014): ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. A ordenação dos dados incluiu a transcrição das entrevistas gravadas em áudio mp3. As falas dos participantes foram transcritas na íntegra, preservando a fidedignidade dos pensamentos e identificadas pela letra “E” seguida do número da ordem em que as entrevistas aconteceram. Por fim, a etapa da

elaboração de sínteses (APÊNDICE B) que agruparam, de uma maneira geral, a fala dos participantes para cada questionamento a fim de auxiliar na interpretação das respostas.

A partir dos textos produzidos durante a transcrição e das sínteses, iniciou-se a segunda etapa: classificação dos dados. Neste momento, foram realizadas leituras flutuantes do material empírico, identificando as ideias centrais, buscando a coerência das informações e objetivando a construção das categorias empíricas e analíticas. Realizou-se ainda leituras compreensivas das entrevistas em sua completude e das partes que a compunham – resposta dada a cada questionamento. Recortando as unidades de registro, foi possível a identificação das unidades de sentido, das repetições e das vivências individuais. Após as leituras, retornou-se a síntese produzida, buscando as contradições e semelhanças entre as falas e a interpretação feita na produção da síntese. O aprofundamento nos textos por meio das sínteses permitiu atribuir sentido, direção e revisar o que foi compreendido, extraindo então os núcleos de sentido: a) o fazer a partir de instrumentos do PNI; b) o fazer a partir da subjetividade; c) o fazer a partir das ações propostas para a ESF; d) o agente comunitário de saúde; e) a responsabilização da não-vacinação; f) a comunicação no processo de vacinação; g) a intersetorialidade como facilitador da adesão à vacinação.

Após identificação dos núcleos de sentido, os fragmentos das falas foram relacionados a cada núcleo de sentido e estes foram organizados e agrupados em categorias analíticas através das inter-relações e interconexões entre eles. Surgiram as seguintes categorias: 1) O fazer da equipe de enfermagem para alcance das coberturas vacinais; 2) O alcance das coberturas vacinais além do fazer da enfermagem.

A análise final consistiu na elaboração de um relatório final, buscando os confrontos de ideias entre as diferentes representações dos sujeitos, retomando as questões norteadoras, os objetivos, os pressupostos e o referencial teórico da pesquisa; construindo categorias de análise a partir da triangulação dos dados empíricos com o referencial teórico, contendo a contribuição de autores bem como da experiência do pesquisador.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados conforme o percurso metodológico proposto, os discursos dos participantes – unidades de sentido – foram relacionadas aos núcleos de sentido identificados e estes agrupados, através da correspondência e afinidade que possuíam entre si, em categorias analíticas.

Considerando que os resultados são parte das entrevistas, realizadas com profissionais de enfermagem que atuavam diretamente nas atividades de vacinação das unidades de saúde da família, viu-se necessário caracterizá-los a fim de conhecermos o perfil dos participantes incluídos nesta pesquisa.

Participaram deste estudo 20 profissionais de enfermagem que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Destes, 9 eram enfermeiros e 11 técnicos de enfermagem. Apenas um entrevistado era do sexo masculino, o que demonstra a feminização da profissão. A média de idade foi de 45 anos, variando entre 31 e 60 anos. O tempo de atuação na área variou de 1 ano a 34 anos.

Com relação à capacitação em sala de vacinação, dos 20 entrevistados, 14 responderam ter realizado o curso formal para trabalhadores das salas de vacinas. Com o objetivo de atualizar e aperfeiçoar o trabalho quanto ao preparo, à conservação e à administração dos imunobiológicos, conforme calendários oficiais, além do planejamento, monitoramento e avaliação dessa atividade, o Ministério da Saúde (MS) elaborou um curso de 40 horas com duração de uma semana para os profissionais atuantes no PNI. Portanto, entende-se como curso formal para trabalhadores de sala de vacinação o curso realizado por órgãos gestores, nos moldes da proposta do MS (BRASIL, 2013).

Quadro 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa

Código Participante	Idade	Sexo	Categoria Profissional	Tempo de Atuação na Área	Capacitação em Sala de Vacinação
E1	32	Feminino	Enfermeira	2 anos	Sim
E2	37	Feminino	Técnica de Enfermagem	18 anos	Não
E3	31	Feminino	Técnica de Enfermagem	8 anos	Não
E4	54	Feminino	Enfermeira	3 anos	Não
E5	42	Feminino	Enfermeira	1 ano	Não
E6	46	Feminino	Técnica de Enfermagem	12 anos	Sim
E7	60	Feminino	Técnica de Enfermagem	20 anos	Sim
E8	41	Feminino	Técnica de Enfermagem	10 anos	Sim

E9	52	Feminino	Técnica de Enfermagem	13 anos	Sim
E10	38	Feminino	Enfermeira	12 anos	Sim
E11	37	Feminino	Enfermeira	10 anos	Sim
E12	46	Feminino	Técnica de Enfermagem	23 anos	Sim
E13	38	Feminino	Técnica de Enfermagem	17 anos	Sim
E14	57	Feminino	Enfermeira	34 anos	Sim
E15	42	Feminino	Técnica de Enfermagem	23 anos	Sim
E16	56	Feminino	Enfermeira	13 anos	Não
E17	54	Feminino	Enfermeira	22 anos	Sim
E18	38	Feminino	Enfermeira	1 ano	Não
E19	49	Feminino	Técnica de Enfermagem	06 anos	Sim
E20	50	Masculino	Técnica de Enfermagem	20 anos	Sim

Fonte: elaboração nossa.

A partir dos dados recolhidos, propomos duas categorias analíticas apresentadas a seguir:

5.1 O FAZER DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA ALCANCE DAS COBERTURAS VACINAIS

Nesta categoria, buscou-se através do agrupamento dos núcleos de sentido (NS): 1) O fazer a partir de instrumentos do PNI; 2) O fazer a partir da subjetividade das unidades; 3) O fazer a partir das ações propostas para a ESF mapear as ações e estratégias desenvolvidas pela equipe de enfermagem no âmbito das unidades de saúde da família participantes deste estudo para se cumprir as metas de cobertura vacinal.

5.1.1 NS 1 – O fazer a partir de instrumentos do PNI

Os entrevistados descrevem a realização de ações a partir de instrumentos propostos pelo PNI para a melhoria das coberturas vacinais. Pela ótica dos profissionais, atividades de monitoramento, registro, vacinação extramuros e provisão de insumos contribuem para alcance das metas de vacinação. Conforme apresentado as unidades de sentido, a seguir:

[...] a enfermeira geralmente pega uma área né de abrangência e percorre. Faz aquele percurso ali, daqueles cartões e vai mudando, sucessivamente a cada ano aquela área, fazendo essas coberturas (E8).

E nós temos um cartão espelho também nas salas de vacina. Então, esse cartão ele é comparado tanto do agente quanto do da sala de vacina (E11).

Agora a gente está informatizado aqui, a gente entrando com o cartão SUS aqui pode saber. Mas não tem, no dia a dia a gente não tem como ficar entrando aqui (E12).

A gente faz posto volante na área [...]. Geralmente, algum morador cede um cômodo do domicílio ou uma garagem ou uma sala [...] E faz lá uma sala de vacinação improvisada. [...]. Quando tem campanha, mas pra gente atingir as metas de cobertura vacinal (E13).

[...] e provisão de vacinas, do pedido né. Solicitação do imunobiológico para que não falte na unidade (E14).

5.1.2 NS 2 – O fazer a partir da subjetividade

Os profissionais apontaram ainda a realização de atividades que não estavam descritas nas normativas, mas que, a partir do contexto em que estão inseridos, desenvolvem com o objetivo de incrementar a vacinação, como vemos nas falas a seguir:

[...] era um quadrinho assim de crianças em atraso mas assim né, só para a gente mesmo né. E aí eu ia colocando lá os cartõezinhos pregados de todas as vacinas que estavam atrasadas e aí com o nome do agente, aí ele já olhava ali. Quem estava com quadro cheio é porque não estava trabalhando direito, a gente ia brincando assim (E3).

[...] eu contratei um rapaz que saia com a bicicleta que ele tinha com caixa de som. Convidando os moradores para irem participar, a levarem as crianças para vacinarem e aí a gente deixou.... Um lugar específico assim, para as crianças brincarem... Então assim, se você não atrair a criançada para a mãe levar para isso não tem jeito, né? (E4).

Aí a gente, eu falo logo no conselho tutelar porque é direito da criança que ela tem que vacinar sabe (E7).

[...] tem as campanhas que a gente promove internamente, de acordo com o que a gente observa no território que tá mais ou tá menos, a gente promove algumas ações nos sábados ou fora do horário de trabalho para estar captando essa pessoa com cartão atrasado (E11).

5.1.3 NS 3 – O fazer a partir das ações propostas para a ESF

Os participantes relataram fazer uso de outras atividades propostas pela Estratégia de Saúde da Família para orientarem sobre vacinas, atualização vacinal e a importância da vacinação. Para eles, atividades assistenciais como pré-natal, puericultura, visita domiciliar e educativas como a sala de espera constituem-se como um importante momento para falarem sobre vacinas e encaminharem o indivíduo para vacinação. De acordo com as falas:

[...] a gente faz salas de espera e à medida que a gente faz as visitas de curativo. Enfim, cada oportunidade que a gente tem de estar indo na casa do usuário ou ele vindo na unidade a gente faz a abordagem de esclarecimento (E3).

Ah, mais é a campanha mesmo [...] na puericultura a gente já olha o cartão vacinal né? [...] próprio pré-natal [...] Então, a gente já tem aquele certo controle (E5).

[...] a gente faz sala de espera né, nas puericulturas, desde a visita puerperal que a enfermagem faz né [...] a gente orienta sobre a importância do calendário vacinal [...] encaminha os pais com a criança para a sala de vacina (E10).

5.2 O ALCANCE DAS COBERTURAS VACINAIS ALÉM DO FAZER DA ENFERMAGEM

Pretende-se, nesta categoria, a partir do agrupamento dos núcleos de sentido (NS): 1) O Agente Comunitário de Saúde; 2) A responsabilização da não vacinação; 3) A comunicação no processo de vacinação; 4) A intersetorialidade como facilitador da adesão à vacinação apresentar os fatores que envolvem o processo de alcance das coberturas vacinais, de forma a potencializá-lo ou fragilizá-lo e não são intrínsecos somente ao seu fazer.

5.2.1 NS 1 – O Agente Comunitário de Saúde

Os entrevistados destacaram o Agente Comunitário de Saúde e seu processo de trabalho como de extrema relevância para o alcance das coberturas vacinais, pontuando sua proximidade com a comunidade como aspecto positivo para acompanhamento da situação vacinal e adesão da população. Conforme as unidades de sentido a seguir:

A gente aciona os agentes comunitários para abordas nas visitas domiciliares [...] (E4).

A gente pede as agentes de saúde para fazer busca ativa, orientar a mãe (E9).

Então, a principal frente seria através dos agentes comunitários de saúde, que detectam esse cartão atrasado e já trazem a criança, já fazem o agendamento (E11).

É, mais é os agentes mesmo porque na verdade, o agente tem mais [...] o vínculo dele, é todo mês. Todo mês ele tá ali na casa da pessoa, entendeu? Então assim, é mais os agentes que a gente sempre tá orientando e tá pedindo para olhar o cartão [...] (E2).

5.2.2 NS 2 – A responsabilização da não vacinação

Para os participantes, o comportamento das famílias e indivíduos, reforçado pela ausência de medidas punitivas e pela compreensão da população sobre a importância das vacinas e seus diferentes modos de vida, podem constituir-se como entraves para a adesão da população à vacinação, de acordo com o expresso nas falas abaixo:

[...] é muito descaso por parte da família e por parte do poder público de não punir essa família. A preguiça dos pais, a falta de compromisso (E11)

Acho que esclarecimento né, acho que educação é o ponto base. Porque muita mãe deixa de trazer, acha que não é importante [...] Então, se ela não sabe quais doenças e o que aquelas doenças podem acarretar na vida dos filhos dela, para ela vai ser perda de tempo (E19).

Mas assim, isso é da pessoa né. Eles também têm lá suas crenças, e a gente vai até onde dá [...] eles falam que são naturais, que gostam das coisas naturais [...] Hoje em dia, tem pessoas esclarecidas que se dedicam a ser naturais e não gostam de se vacinar (E8).

5.2.3 NS 3 – A comunicação no processo de vacinação

Em suas falas, os entrevistados relataram a influência da comunicação, dos veículos de comunicação e da divulgação da vacinação na postura da população com relação à decisão de se vacinar e o entendimento que se tem do processo de vacinação. De acordo com as unidades de sentido a seguir:

Então, eu acho que o trabalho em cima deles, não tá sendo assim positivo [...] eles procuram muito internet, televisão e não costumam usar isso para alcançar eles (E6).

Às vezes passa na mídia, no rádio, na televisão e tal [...] Paciente chega aqui, a eu vim vacinar (E9).

E como a mídia, a divulgação que é muito importante [...] Porque hoje em dia, todo mundo tem acesso à internet [...] mas as pessoas não sabem que nem tudo que está escrito ali é para levar em consideração. Então, a mídia negativa também acontece e isso aí nos prejudica bastante (E4).

Em tempos de globalização e de informações, também essa questão da divulgação de informações também tem sido um fator dificultante, porque veicula-se informações que não são verdadeiras. Então assim, as vezes os pais também tem medo (E11).

5.2.4 NS 4 – A intersetorialidade como facilitador da adesão à vacinação

Os profissionais questionados apontaram programas intersetoriais que fazem interface com a saúde, como o Bolsa Família e o Saúde na Escola, que podem potencializar o cumprimento do calendário vacinal e a valoração da vacinação, de acordo com as falas:

[...] quando ia lá sacar o dinheiro do bolsa família, na máquina estava escrito para levar o cartão de vacina na unidade, porque ele poderia perder o bolsa família e isso assim, fez com que o pessoal descesse o morro, até quem já tinha vacinado levava o cartão lá (E3).

Hoje em dia, diminuiu muito por causa do bolsa família. Porque na hora que fala em bolsa família, o posto lota de criança para vacinar (E12).

Eu acho que não só na área da saúde mas nas escolas também, se fosse passado para as crianças, aí a criança chegando em casa e cobrando dos pais, da mãe, acho que ajudaria (E19).

Os resultados apresentados nas duas categorias analíticas por meio de seus núcleos de sentido serão discutidos a seguir a partir dos objetivos propostos para este estudo.

6 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados serão discutidos por meio de duas categorias analíticas:

6.1 O FAZER DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA ALCANCE DAS COBERTURAS VACINAIS

As políticas públicas de saúde tendem a se operacionalizar por meio de programas que organizam, de forma estratégica, as ações a serem desenvolvidas para cumprir os objetivos propostos pelo SUS (SILVA, FLAUSINO e GONDIM, 2017), isto é, as políticas públicas são traduzidas por meio de programas que irão orientar sua condução (DALFIOR *et al.*, 2016). No caso do PNI, para que o processo de vacinar ocorra de maneira plena e segura, é necessário que as atividades sejam realizadas com muitos cuidados, adotando procedimentos adequados antes, durante e após a administração de imunobiológicos os quais tem suas ações descritas nas normativas do programa (BRASIL, 2014; TAVARES; TOCANTINS, 2013).

Contudo, estas ações nem sempre são implementadas ou seguidas de forma adequada nas salas de vacinação. Vacinadores indagados sobre o conhecimento, a atitude e a prática na vacinação infantil revelam que o percentual de respostas inadequadas se concentrou na avaliação do conhecimento e da atitude enquanto o maior percentual de respostas adequadas esteve relacionado à prática; contrariando o esperado que era de que um conhecimento adequado geraria atitudes e práticas igualmente adequadas o que pode estar fragilizando o processo de cumprimento das coberturas vacinais, uma vez que tais atividades são orientadas como forma de se atingir o objetivo-fim do programa (CUNHA *et al.*, 2018; SIQUEIRA *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2017).

O discurso narrado pelos entrevistados mostra que a realização de atividades como o Monitoramento Rápido de Coberturas Vacinais (MRC), o registro em cartões espelhos e nos sistemas de informação, bem como a execução de ações de vacinação extramuros e a manutenção da oferta de imunobiológicos impactam positivamente nos resultados das SV, haja vista a não realização destas atividades pode ser observada como dificultadores para conhecimento da situação vacinal do território e distanciamento da população do serviço de vacinação.

Percebe-se que a prática dos profissionais componentes deste estudo tem sido baseada em ações normativas do programa, o que contribui para o êxito das ações; entretanto, as atividades de monitoramento e avaliação ainda não são executadas de forma contínua e

regular, o que pode adiar a identificação de variáveis que interferem no processo de cumprimento do calendário vacinal. Ainda assim, a sobrecarga de trabalho imposta a estes profissionais configura-se como um entrave para execução de ações de cuidado indireto, como planejamento, avaliação, monitoramento, supervisão e educação em saúde.

Destaca-se que aspectos organizacionais têm sido frequentemente indicados como gargalos das salas de vacina com baixos índice de vacinação, utilizando de instrumentos de gestão para organização e operacionalização do trabalho na sala de vacinação. Nas avaliações de cobertura vacinal, a ausência de vacinas nas unidades de saúde tem sobressaído como a maior justificativa para não vacinação por parte dos usuários (FERREIRA *et al.*, 2017; BARROS *et al.*, 2015; FERNANDES *et al.*, 2015; MOURA *et al.*, 2018).

Semelhante a este estudo, conduta positiva foi encontrada em pesquisa realizada, na qual grande parte dos vacinadores realizavam busca ativa dos faltosos, através do uso de cartões espelho que devem ser individuais e de fácil acesso ao vacinador para que, em caso de perda do cartão ou ausência deste durante a visita ao serviço de saúde, a criança possa ser vacinada. Porém, ao verificarem a conduta do vacinador no momento de chegada dos responsáveis na unidade sem o cartão de vacinação a maioria dos profissionais solicita que os responsáveis retornem à unidade de saúde com o cartão sem lançarem mão do cartão espelho e consulta aos ACS, o que se caracteriza por uma grande perda de oportunidade de vacinação (BARROS *et al.* 2015).

Para tanto, pode se inferir que, apesar de não serem utilizados na constância necessária, os sistemas de informação vêm contribuindo para que ocorra a diminuição das POV, uma vez que estes permitem o acesso à informação por todas as salas de vacina que o utilizam. Mas, é importante que sua insipidez não dispense o registro nos cartões espelhos que apresentam facilidade de organização, a partir do processo de trabalho adotado, além do acesso que propicia a todos os membros da equipe, inclusive aqueles que não possuem acesso ao sistema apesar do seu distanciamento da onda tecnológica que ocupa a sociedade contemporânea.

No seu fazer na sala de vacina, os participantes deste estudo têm demonstrado ainda que imprimem a sua subjetividade no trabalho criando estratégias que extrapolam aquelas descritas nos manuais e instrumentos normativos, ainda que a existência de instrumentos auxilie na construção das práticas cotidianas e na disseminação de práticas corretas. É preciso cuidar para que as normatizações não tenham um caráter fortemente burocrático, devendo sua utilização se restringir apenas ao aspecto orientador a fim de não limitar a capacidade criativa de seus agentes (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

A criação de novos instrumentos administrativos, a escolha de um canal de comunicação que seja ouvido por todos e/ou a utilização de órgãos que zelam pelo direito de crianças e adolescentes, além da organização a partir das necessidades de saúde da população, considerando os problemas e singularidades presentes no contexto em que se está inserida, sugere o engajamento dos profissionais com o cumprimento das coberturas vacinais.

Observa-se que envolvidos pelo contexto do território e pela sua capacidade de criação e habilidade de lidar com as tecnologias leves (MERHY, 2002), os profissionais vêm desenvolvendo novas ações para potencializar a busca dos susceptíveis e a adesão da população, colocando-se como agente e sujeito da ação, por meio de uma postura crítico-reflexiva durante o exercício de sua prática, capazes de transformar a realidade em que estão inseridos. É a partir da conveniência de se organizar o trabalho pautado nas necessidades, nos condicionantes e determinantes que interferem no processo saúde-doença da população e na aproximação que se tem com o usuário e com o território que se incorpora as atividades de vacinação em unidades que trabalham na lógica da ESF.

Nas unidades de saúde da família, a equipe de enfermagem exerce uma série de atividades e ações que envolvem tanto a perspectiva de atendimento as demandas individuais do usuário quanto àquelas voltadas para as linhas de cuidados e programas de saúde, responsabilizando-se por práticas de cuidado integrado e gestão qualificada (FERREIRA *et al.*, 2017; TAVARES; TOCANTINS, 2015; BRASIL, 2017).

Consultas, atendimento à demanda espontânea e visitas domiciliares são atividades desenvolvidas com maior frequência e constituem-se como a dimensão assistencial do trabalho da equipe. Na carga de trabalho das USF, os técnicos de enfermagem têm realizado majoritariamente as intervenções de controle imunização/vacinação, sendo estas exercidas apenas em uma pequena parte do tempo de trabalho do enfermeiro que realiza cinco vezes mais atividades de cuidado indireto. Destaca-se o potencial de ação do técnico de enfermagem no campo da saúde coletiva. Contudo, percebe-se uma fragilidade no processo de capacitação destes profissionais que deve ser sanada considerando seu papel nas ações de sala de vacina (BONFIM *et al.*, 2016; FRIEDRICH *et al.*, 2019).

Apesar da alta carga de trabalho destes profissionais e a realização de diversas atividades além da vacinação (FERREIRA *et al.*, 2017), os profissionais têm utilizado as diferentes práticas que exercem na ESF para valorizar e possibilitar a vacinação, permitindo que consultas de enfermagem e atendimentos de rotina sejam espaços para propagação de informações e conferência do estado vacinal.

Na concepção da enfermagem, o desenvolvimento de ações que resultem na vacinação perpassa por estratégias que levem conhecimento ao usuário. Destaca-se atividades educativas, entendidas como orientações e transmissão de conhecimento (TAVARES; TOCANTINS, 2015) e o papel crucial dos prestadores de cuidados na promoção da captação vacinal, sendo o conhecimento deste profissional ponto crítico para a aceitação da vacinação e disseminação de informações adequadas (ASSAD *et al.*, 2017).

No discurso dos entrevistados, o esclarecimento, a orientação, tais como a verificação e o encaminhamento à sala de vacina, sobressaem-se como pilares para o sucesso da vacinação, demonstrando que é essencial que a população conheça quais vacinas devem tomar e a de necessidade de tomá-las. Desmistificando mitos que cercam o processo de vacinação e contribuindo para o rompimento da cadeia de informações falsas – fenômeno comum nos dias atuais – e para que o usuário se sinta seguro e retorne aos serviços de saúde. Não obstante, valer-se das atividades desenvolvidas na ESF para promover a vacinação corrobora com a proposta do PNI que vislumbra nessa integração – ESF e PNI – uma potente estratégia de redução das POV, garantindo que, durante a visita a outros setores da unidade, o usuário tenha sua situação vacinal verificada e seja encaminhado à sala de vacinação (BRASIL, 2014).

Reforça-se a ideia de que o usuário desinformado não irá procurar a sala de vacina na constância necessária, o que requer a adoção de outras estratégias por parte dos serviços de saúde que pode consistir em criar momentos de produção de orientação, educação em saúde para que o usuário empodere-se de informações verdadeiras sobre as vacinas, bem como seu impacto para o indivíduo e a sociedade.

A promoção da vacinação a partir de práticas desenvolvidas em outros programas que integram a ESF demonstra o ganho que se obtém em alocar o serviço de vacinação neste modelo de atenção, bem como a habilidade dos profissionais em criar estratégias que potencializem o alcance das coberturas vacinais e rompa com os entraves existentes em seu cotidiano de trabalho.

6.2 O ALCANCE DAS COBERTURAS VACINAIS ALÉM DO FAZER DA ENFERMAGEM

Com a expansão da ESF, a cobertura de saúde no Brasil foi ampliada e as equipes de saúde e seus processos de trabalho reconfigurados com foco no território e na responsabilidade sanitária. Esta reconfiguração e o incentivo financeiro dado aos municípios que implantaram também o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) permitiu a

inserção deste profissional nas equipes de ESF, tornando-se fator preponderante para melhoria de diversos indicadores de saúde como aqueles relacionados ao acesso aos imunobiológicos e à saúde materno-infantil (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; NUNES *et al.*, 2018).

O ACS tem como principal característica de seu trabalho a atuação nos domicílios do território adscrito da unidade de saúde. Deste modo, as visitas domiciliares configuram-se como a principal ferramenta do processo de trabalho destes profissionais e tem por objetivo acompanhar as famílias e os indivíduos de forma integral (BRASIL, 2017; NUNES *et al.*, 2018), possibilitando a reestruturação dos processos de trabalho da ESF, valendo-se desta categoria como ponto-chave para monitoramento da situação vacinal da população e disseminação de informações sobre vacinação (ARAUJO; ALMEIDA; BEZERRA, 2015).

Tal estruturação encontra-se presente na fala dos participantes que descrevem contar com a visita domiciliar do ACS e suas possibilidades para alcançar a população, de modo que essas visitas possibilitam a realização de busca ativa, contato com o usuário para orientação e esclarecimentos, bem como o acompanhamento contínuo da situação da saúde e vacinal da população, além da construção de vínculos.

Comprovou-se ainda que, apesar de culturalmente o cumprimento das coberturas vacinais ser deixado a cargo da equipe de enfermagem, que é a principal executora do Programa Nacional de Imunizações (PNI), os participantes deste estudo têm se imbuído das diretrizes propostas pela saúde da família (BRASIL, 2017) agregando o ACS no processo de vacinação como elo entre sala de vacina e comunidade.

Pode-se inferir que unidades que não contam com este profissional tem maior dificuldade no cumprimento de metas no alcance da população devido a situações como: distanciamento do usuário, dificuldade de vinculação, maior número de pessoas atendidas e maior afinidade com o modelo biomédico.

A busca ativa passou a ser incorporada no processo de trabalho das USF com conotação ampliada, não se restringindo apenas a ação de detectar sintomáticos e/ou casos suspeitos na comunidade, mas como possibilidade de identificar e compreender as subjetividades do território a partir da inserção dos profissionais na comunidade na construção de práticas de saúde que considerem as diversas situações que influenciam no processo saúde-doença. Ou seja, consiste na proatividade do serviço de saúde em buscar o indivíduo antes que este demande atenção (LEMKE e SILVA, 2010).

Contrariando o apresentado no estudo de Nunes *et al.* (2018) que indica que esta busca por indivíduos é pouco realizada no cotidiano destes profissionais e pode estar atrelada às falhas de planejamento da equipe, os participantes reforçam o potencial desta ação para os

serviços de vacinação e afirmam orientá-la durante a integração com o ACS. Entretanto, esse mesmo estudo (NUNES *et al.*, 2018) encontrou um número satisfatório de ACS que realizavam a verificação do cartão vacinal em suas visitas de rotina, que se destacam por facilitar o acesso da comunidade aos serviços de saúde e contribuir para o cumprimento do calendário de vacinação, além do estreitamento de laços entre comunidade e serviço de saúde, promovendo uma relação de confiança e segurança com o serviço, de modo que a população ressignifique o cuidado com sua saúde em relação à imunização (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; SOARES *et al.*, 2018; ARAUJO; ALMEIDA; BEZERRA, 2015).

Nesta perspectiva, as peculiaridades do trabalho do ACS e a ligação que este proporciona entre os membros da equipe e a comunidade podem ser fatores preponderantes para a identificação precoce dos susceptíveis e resolutividade dos serviços de saúde. Ao indagar rotineiramente os usuários sobre sua situação vacinal, eles podem contribuir para um processo educativo com relação ao cuidado com o cartão de vacinas com sua atualização e para a quebra de paradigmas negativos sobre a aceitação das vacinas que podem estar relacionados ao modo de como o indivíduo conheceu ou experienciou algo.

Assim sendo, ressalta-se que, para processos de trabalho qualificados e efetivos, é fundamental que os ACS sejam instrumentalizados para o seu fazer em relação às vacinas. Na prática, alguns profissionais vêm validando falsas-contraindicações junto a pais e responsáveis, bem como demonstrando a incipiência do seu conhecimento sobre vacinação (ARAUJO; ALMEIDA; BEZERRA, 2015).

Os profissionais de sala de vacina, estendendo-se aos ACS como principais divulgadores deste trabalho, carecem de atualizações constantes e transformadoras, capazes de mudar hábitos e práticas. Profissionais mal treinados irão contribuir para o aumento das POV (ARAUJO *et al.*, 2013; BISSETO *et al.*, 2016) e o enfermeiro não tem se ocupado deste lugar de educar a equipe, esperando que capacitações sejam realizadas por instâncias superiores como as secretarias municipais e estaduais de saúde, não considerando seu papel no processo de trabalho na sala de vacina (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

O estabelecimento de vínculos entre ACS e usuários aproxima estes e seu contexto de vida dos demais profissionais de saúde, permitindo que a equipe de enfermagem identifique entraves para a consolidação das estratégias de vacinação adotadas que podem influenciar diretamente na adesão da comunidade e precisam ser consideradas a fim de se rever as ações e elevar não somente as coberturas vacinais, mas a qualidade do cuidado prestado nas salas de vacinas, valorizando o cuidado integral a partir das singularidades de cada indivíduo e do contexto de vida em que está inserido, garantindo a manutenção da vacinação da população.

O crescimento e o fortalecimento de grupos hesitantes ou resistentes à vacinação têm contribuído para o recrudescimento de doenças até então controladas e/ou eliminadas em países da Europa, EUA e, mais recentemente, no Brasil, onde o movimento ainda é tímido, porém começa a dar sinais de suas consequências (LARSON *et al.*, 2016; SATO, 2018).

A alta concentração de investigações sobre vacinação em menores de 5 anos, explicada pelo número de vacinas realizadas nesta faixa etária e a necessidade de proteção neste período da vida, além do crescente número de pais que acreditam não ser importante vacinar seus filhos (PONCE-BLANDÓN *et al.*, 2018), vai ao encontro do discurso dos profissionais que sugerem uma forte preocupação com o alcance das coberturas vacinais neste grupo e com a postura dos responsáveis, como um entrave para sua consolidação.

Apesar de crescente, o desenvolvimento de um sentimento negativo ou não em relação às vacinas faz parte de sua própria constituição. No Brasil, episódios como a vacinação contra Varíola e mais recentemente contra Febre Amarela sugerem a interferência do contexto político, cultural e histórico na construção de um comportamento frente às vacinas. Ou seja, esse sentimento irá variar de acordo com o tempo, o local e as vacinas disponibilizadas, ensejando assim, uma determinada cultura de imunização (LARSON *et al.*, 2016; SATO, 2018; HOCMAM, 2011).

Neste sentido, podemos apontar ainda as condições socioeconômicas, o grau de escolaridade, às crenças filosóficas e religiosas e a própria ciência como influenciadoras deste comportamento, além de fatores inter-relacionados como a confiança, a complacência e a conveniência – modelos dos “3Cs”, proposto pela OMS em 2011 – reforçados pela necessidade de reconhecer as heterogeneidades presentes em cada território e suas peculiaridades a fim de considerá-las nas práticas e programas de imunização (LARSON *et al.*, 2016; SATO, 2018).

Estudos têm apontado que famílias, em que os cuidadores das crianças não eram os pais, possuíam mais de três filhos, filhos de mães jovens, que não recebiam visitas domiciliares e/ou tinham dificuldade de acesso aos serviços de saúde com baixo número de consultas pré-natais e de puericultura, pertenciam aos extremos das classes socioeconômicas (mais altas e mais baixas) e a baixa compreensão sobre a importância das vacinas tinham maior tendência a não se vacinar (NUNES *et al.*, 2018; CORDEIRO *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2018; ESPOSITO; PRINCIPI; CORNAGLIA, 2014; PONCE-BLANDÓN *et al.*, 2018).

Contudo, alguns dos participantes sugerem existir um único responsável pela não vacinação – o indivíduo a ser vacinado ou o seu responsável legal. Tal decisão está condicionada apenas às questões próprias do indivíduo; porém, contraditoriamente,

reconhecem que a inexistência de medidas punitivas por meio de autoridades e o desconhecimento sobre vacinas, além da pouca utilização de instrumentos educativos podem influenciar na opção do usuário em se vacinar ou não.

Pode-se depreender que o comportamento dos indivíduos de não se vacinarem e nem vacinarem seus filhos não deve ser analisado de forma empírica por parte dos profissionais de saúde devido à multiplicidade de fatores que podem contribuir para este comportamento. É preciso cuidar para não responsabilizar somente o usuário e suas configurações de vida pelas baixas coberturas vacinais, considerando que condições ligadas aos serviços de saúde e ao social também podem interferir na construção deste comportamento. Cabendo então, mediação por parte dos profissionais de saúde.

Desta maneira, ainda que evidenciado nas falas, a necessidade de punição como uma forma de resolução de tal comportamento, as evidências científicas retratam que algumas medidas, como a obrigatoriedade da vacinação, não surtem o efeito esperado. Pelo contrário, elas tendem a diminuir as coberturas vacinais e contribuir para o desenvolvimento de um sentimento negativo frente às vacinas. Infere-se que o medo e o tipo de valorização dado às vacinas parece ter maior peso na decisão dos pais do que a existência de uma legislação que a obriga (PONCE-BLANDÓN *et al.*, 2018; BARBIERI, COUTO; AITH, 2017).

Entretanto, um fator apontado com frequência para queda na vacinação constitui-se pelo esquecimento dos pais das doses subsequentes dos esquemas multidoses e da letalidade de algumas doenças imunopreveníveis (SILVEIRA *et al.*, 2016), o que pode ser sanado pela presença de ACS, conforme descrito anteriormente e pelo aumento de práticas educativas e transformadoras.

De acordo com a literatura especializada, os participantes descrevem que usuários que optam por um estilo de vida mais natural tendem a rejeitar às vacinas. Este grupo “naturalista” busca hábitos de vida mais naturais com um menor número de intervenções medicalizantes e acredita adquirir proteção contra doenças de forma natural através da alimentação. Um inédito estudo brasileiro explicita ainda que a busca e a escolha dos pais por um parto humanizado propiciariam o contato com informações que os influenciou na decisão de não vacinar seus filhos (PONCE-BLANDÓN *et al.*, 2018; BARBIERI; COUTO, 2015; BARBIERI; COUTO; AITH, 2017).

O medo e/ou temor da dor, da segurança e eficácia das vacinas, da ocorrência de eventos adversos, da sobrecarga do sistema imunológico, bem como a baixa percepção dos riscos das doenças imunopreveníveis e até mesmo os interesses da indústria farmacêutica tornam-se motivações para a decisão de se vacinar ou não e nos leva a crer, corroborados pela

fala de uma das entrevistadas, que a informação e/ou conhecimento ofertado aos usuários é a estratégia de maior valia para mudança comportamental. Pois, a partir do acesso à informação, o sujeito terá uma maior capacidade de compreender e agir sobre si mesmo e sobre o contexto, produzindo maiores níveis de autonomia e decidindo de forma esclarecida (SATTO, 2018; LEVI, 2016; BARBIERI e COUTO, 2015; CAMPOS *et al.*, 2006).

Enfatiza-se que diferentes são as preocupações que levam pais e responsáveis a hesitarem sobre a vacinação e que, cada vez mais, faz-se necessário abordagens que intervenham de forma específica, o que ressalta a necessidade de programas educacionais dirigidos a cada um desses grupos e exige que todos os profissionais de saúde que tenham contato com esses pais recebam informações científicas relacionadas à segurança e a eficácia das vacinas e possam transmitir informações seguras e consistentes sobre a vacinação (ESPOSITO; PRINCIPI; CORNAGLIA, 2014; HAGOOD e HERLIHY, 2013).

Neste sentido, suscita-se a discussão acerca da importância de se conhecer os determinantes que influenciam no comportamento da população para planejamento das ações e programas de vacinação, podendo estes serem analisados a partir de duas perspectivas: a não vacinação a partir de questões ideológicas e a não vacinação a partir do acesso da organização dos serviços de saúde.

Mesmo que não esteja explícito nas falas, podemos inferir que a equipe de enfermagem enxerga a transmissão de informações, a educação em saúde, seja ela nos espaços formais ou informais, como uma possibilidade de transformação do comportamento resistente ou hesitante da população. Destaca-se que, embora as motivações sejam intrínsecas ao indivíduo, a ação do serviço de saúde e/ou dos diferentes níveis de gestão pode colaborar para redução deste tipo de postura e demonstrar que o reconhecimento das situações cotidianas que se manifestam na prática diária destes profissionais e que colaboram para a não vacinação. Ou seja, é fundamental que as estratégias de vacinação sejam adequadas à realidade local.

O direito de informar, de se informar e ser informado é um direito fundamental reconhecido pela constituição brasileira e, no campo da imunização, constitui-se como elemento decisivo para a propagação da importância das vacinas na saúde de indivíduos e da comunidade. Porém, o ato de comunicar implica “em estar em relação com” e envolve um processo social básico, a interação. Comunicação significa partilhar conhecimento, dialogar, tornar comum as experiências – por meio do diálogo e da interação social (SANCHES e CAVALCANTI, 2018; CAMPOS *et al.*, 2006).

No processo de alcance das coberturas vacinais, a comunicação é um fator reconhecido pelos profissionais como uma forma de se alcançar a população. Sato (2018) cita como estratégias de comunicação a mídia, a mobilização e instrumentos informativos para profissionais como as principais intervenções para lidar com a hesitação vacinal.

Neste sentido, para os profissionais, a forma como o ato de comunicar ocorre pode incentivar ou não a vacinação e influenciar diretamente em seu cotidiano de trabalho na sala de vacina. Estes não desconsideram seu potencial no processo de vacinação, principalmente no sentido de mobilização da população. Contudo, chamam a atenção para a escolha de canais e métodos que se aproximem do atual contexto de vida e para o aumento de notícias falsas e de fontes não confiáveis que influenciam negativamente no comportamento da população.

Observa-se a existência de um movimento contraditório ao tratar-se da comunicação como um facilitador ou dificultador do alcance das coberturas vacinais, pois pode-se deduzir que esta tem sido deixada a cargo de grandes canais de comunicação, principalmente, as mídias digitais que produzem informações em massa e atingem qualquer pessoa que a ela tenha acesso. Isso quer dizer que a informação não é construída a partir do público que se pretende alcançar e sim de situações que se sobressaiam de forma geral, mas podem ser minimizadas em nível local, onde podem apresentar maior efetividade por serem construídas a partir da realidade e do público em que se pretende atingir.

A baixa divulgação das ações de imunização por parte dos serviços de saúde e órgãos competentes pode tornar-se terreno fértil para a mídia e a veiculação de informações falsas que se valem da ausência dos órgãos competentes para produzirem seus conteúdos que, na maioria das vezes, geram sentimentos de medo e incerteza na população conforme apontado por Henriques (2018) que coloca a saúde como “um bom meio de cultura para boatos e rápida circulação de notícias” devido ao desconhecimento da população sobre esta área e o temor do adoecimento.

A ampliação do acesso à informação por meio da internet contribuiu para que a tecnologia se tornasse um meio de disseminação de informações e de possibilidades de produzi-las, pois, ao mesmo tempo em que se busca a informação, a busca pode participar de sua produção surgindo websites que, em muitos casos, não se preocupam pela qualidade e confiabilidade das informações divulgadas, que podem estar relacionadas à construção de alguns paradigmas intrínsecos à saúde, como os movimentos antivacinas.

Um estudo realizado na Espanha sobre movimentos antivacinas e sua presença na internet, verificou-se que a probabilidade de encontrar informações contrárias à vacinação na

internet, na Espanha, era de 3% enquanto em outros países esse percentual variava de 17 a 71% (LÓPEZ SANTAMARIA, 2015).

A sociedade contemporânea e a expansão da internet colaboraram ainda para a rapidez com que as informações chegam e a forma como chegam, sugerindo que a maioria das informações falsas – *Fake News* – se espalhem por redes sociais, onde pessoas têm uma rede de contatos próximos como familiares e amigos, o que faz com que essas notícias, ainda que inverídicas, tenham a credibilidade da população e não raramente, seguindo um curso histórico-cultural, as vacinas estão no topo desse tipo de noticiário (SACRAMENTO, 2018).

Recentemente, a circulação de notícias falsas e ou contraditórias em meio a um surto de Febre Amarela fez com que centenas de pessoas optassem em não se vacinar mesmo diante do cenário epidemiológico; a mudança no esquema vacinal da Febre Amarela reforçou a opção pela não vacinação e contribuiu para o aumento do descrédito da população com o programa (SATO, 2018).

Os canais de comunicação em massa e a velocidade das informações no mundo globalizado tendem a exercer certa influência na população, principalmente pela forma como as informações são construídas e divulgadas. Porém, este ambiente favorece a divulgação de notícias falsas (*Fake News*) as quais têm contribuído negativamente para a vacinação, exigindo que os profissionais – como pessoas “autorizadas” – utilizem ainda mais das tecnologias comunicacionais e relacionais na estruturação de seus processos de trabalho a fim de reafirmar a segurança e eficácia das vacinas e fortalecer a vinculação dos usuários aos serviços de imunização.

Semelhante ao acontecido na revolta da vacina, onde a imprensa teve importante papel na construção da postura revoltosa da população, os dias atuais chamam nossa atenção para estes canais e o papel deles na queda das coberturas vacinais. A ampliação do acesso à informação nos propõe uma reflexão de como lidar com tal medida no campo da saúde e a de informações sobre saúde sendo disseminadas por pessoas que não os profissionais de saúde.

Desta maneira, torna-se imprescindível pensar que a comunicação não é uma atribuição apenas dos canais de comunicação, mas também dos profissionais e autoridades de saúde, sendo vital que as instituições oficiais e órgãos competentes ocupem as lacunas existentes para que ambos divulguem informações seguras e confiáveis, além de criar estratégias que barrem o avanço das *Fake News* e dos grupos antivacinas através da inserção em redes sociais e parceria com os diversos canais de comunicação.

Foi identificado ainda que programas interinstitucionais como os programas de transferência de renda e saúde nas escolas potencializam o alcance das coberturas vacinais e

podem contribuir positivamente para cultura de imunização, pois estes programas impõe o cumprimento de uma série de condicionantes de saúde como forma de manutenção da transferência de renda à população e recursos aos municípios.

O Programa Bolsa Família (PBF), criado em 2004, na tentativa de reduzir as desigualdades sociais, o combate à fome e os índices de pobreza e extrema pobreza da população brasileira, tem por objetivo suprir as necessidades básicas da população através da transferência de renda com condicionalidades para as famílias assistidas como o acompanhamento de saúde. Neste acompanhamento, um dos condicionantes é a manutenção do cartão de vacinas das crianças atualizado (CARVALHO, ALMEIDA e JAIME, 2014; SUZART e FERREIRA, 2018).

Análises sobre a incompletude vacinal e cumprimento do calendário vacinal em beneficiários do programa sugerem que estes também estão propensos ao atraso e a não vacinação inclusive em altos percentuais (NUNES *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018). Contudo, uma investigação realizada com profissionais de saúde revelou que o PBF propiciou uma melhoria da relação dos usuários com os serviços de saúde o que corrobora com os achados desta pesquisa (CARVALHO, ALMEIDA e JAIME, 2014).

Os autores colocam ainda que devido à contrapartida financeira e a preocupação dos assistidos em manter o benefício financeiro, a postura das famílias frente ao serviço de saúde mudou e fez com que estes se preocupassem em maior grau com sua saúde, especialmente das crianças que são essencialmente envolvidas pelas atividades de vacinação (CARVALHO, ALMEIDA e JAIME, 2014).

Para tal, verifica-se que a percepção dos profissionais deste estudo é semelhante, já que acreditam que o medo dos usuários em perder o benefício financeiro, explica a preocupação com a atualização do cartão de vacinas. Assim, ainda que os estudos demonstrem um alto índice de beneficiários não vacinados, este programa pode beneficiar o cumprimento das coberturas vacinais, uma vez que, mesmo que estas crianças não sejam vacinadas de forma oportuna, a continuidade do benefício se dará somente ao atendimento de seus condicionantes, ou seja, a vacinação, ainda que tardia, irá ocorrer. Entretanto, para que isto ocorra é preciso que as parcerias intra e intersetoriais aconteçam e os mecanismos da legislação que instituem o programa sejam, de fato, observados.

Neste sentido, as parcerias intersetoriais, sobretudo entre os segmentos saúde e educação contribuem favoravelmente para a melhoria da atenção à saúde de crianças e adolescentes, principalmente na perspectiva da promoção e da prevenção. O Programa Saúde na Escola (PSE) prevê ainda a análise e acompanhamento da situação vacinal do escolar, onde

há um encontro de baixas coberturas e desconhecimento sobre vacinas (VIEGAS *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2018).

A percepção de uma das entrevistas evidencia o potencial desta parceria, uma vez que ações deste tipo não contribuem somente para a melhoria dos índices vacinais nas diversas faixas etárias. Mas, para que o escolar se aproprie de informações sobre vacinas que irão extrapolar os limites da escola e incentivar pais e responsáveis quanto à importância da vacinação, tornando-os multiplicadores deste processo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto trabalhadora do SUS e referência técnica de imunização, as ações ligadas a este tema sempre foram inquietantes no sentido de entender de que forma os profissionais das salas de vacinas contribuíam para o alcance das coberturas vacinais. Contudo, a realização desta pesquisa propiciou reflexões e desafios não somente das práticas em nível local, mas também no nível regional.

A construção deste estudo permitiu a ressignificação de alguns pré-conceitos que vinham se incorporando na prática diária e impendiam que potenciais do nível local fossem enxergados, assim como as dificuldades presentes neste contexto que, até então, pareciam distantes do cotidiano de trabalho das salas de vacina.

O grande desafio deste estudo foi a necessidade de despir o olhar para proceder a investigação, sem achismos, me inserindo no cenário de pesquisa, de forma imparcial, de modo a não interferir no resultado final da pesquisa. Contudo, acredito que estes desafios foram importantes possibilitando e suscitando reflexões acerca da minha atuação e sua influência no trabalho destes profissionais.

Pôde-se inferir que, ainda que o poder de ação do nível local seja maior pela proximidade com o usuário e com o território, o cumprimento das coberturas vacinais deve ser compartilhado pelas diferentes esferas de gestão que, de acordo com suas atribuições, devem também desenvolver ações que corroborem para o aumento dos índices de vacinação.

Em síntese, a primeira categoria analítica buscou descrever as ações e estratégias realizadas pela equipe de enfermagem para alcance das coberturas vacinais. Ainda que seja observado algumas fragilidades neste processo com relação ao preconizado e o realizado, verifica-se que as equipes estão utilizando as bases do PNI para construção de suas práticas. Destaca-se a subjetividade aplicada ao trabalho com o desenvolvimento de atividades que estão além dos recursos disponibilizados a estes profissionais e que demonstram sua proatividade e seu comprometimento com a vacinação.

Entretanto, constatou-se a semelhança do discurso entre as diferentes categorias da equipe de enfermagem ao descreverem as ações e estratégias realizadas. Percebeu-se ainda que não fica claro como é e se é realizado ações de avaliação, monitoramento e supervisão por parte dos enfermeiros, mas pôde-se deduzir que alguns técnicos o fazem mesmo não sendo uma atividade de sua atribuição.

Neste sentido, ainda que não seja claro a utilização de relatórios, números para avaliação da atividade de vacinação, sabe-se que existe uma preocupação empírica para que

todos estejam vacinados, valendo-se de diferentes momentos para isso. Intuiu-se que o conceito de cobertura vacinal é algo distante para estes profissionais que o reduzem a necessidade de manter todos os usuários vacinados e acreditam que esta avaliação deve ser deixada a cargo das esferas gestoras.

A segunda categoria nos permitiu conhecer, a partir da ótica destes profissionais, que fatores relacionados à configuração das equipes, ao indivíduo, ao contexto e aos diversos setores da sociedade podem potencializar ou fragilizar o cumprimento das coberturas vacinais. Percebeu-se que há um entrelaçamento entre eles, especialmente no que se refere as possibilidades de intervenção e, que alguns, como a comunicação, à medida que se realiza pode contribuir favoravelmente ou não com a adesão à vacinação.

Os resultados nos levaram a concluir que a presença dos serviços e autoridades de saúde mostram-se como fatores determinantes para o alcance de boas coberturas vacinais em virtude do poder de mobilização que estes possuem nos fatores intervenientes nas metas de vacinação.

Os produtos dessa pesquisa sinalizam que apesar da administração de vacinas e o cuidar da sala de vacinação seja delegado à equipe de enfermagem, o cumprimento de metas de vacinação não deve ser uma atribuição exclusiva destes profissionais, visto que os demais profissionais de saúde, os diversos setores da sociedade, os canais de comunicação e todo contexto sócio, histórico, político devem estar envolvidos para que resultados satisfatórios sejam angariados, ou seja, pode-se sugerir que a vacinação é um ato que sofre interferência de diversos aspectos que não podem ser pensados somente no aspecto procedimental.

Ademais, notou-se que os fatores que interferem na cobertura vacinal têm uma multiplicidade de causas e cada estudo realizado, em cada contexto e com cada público, evidenciarão novos e distintos fatores. Daí a dificuldade de resolução, uma vez que ao analisarmos sob a perspectiva dos serviços de saúde e ideológicos, uma infinidade de fatores aparecerão, inclusive influenciados pela diversidade do mundo moderno, o que reforça que os serviços e órgãos de saúde não terão sucesso no alcance das coberturas vacinais se trabalharem de forma isolada.

Entende-se, no entanto, que pequenas mudanças como o aumento da cobertura de equipes de saúde da família e ACS, alterações no horário de funcionamento das salas de vacinas, bem como o aumento das ações e estratégias em nível local podem contribuir para reversão deste cenário de queda da vacinação. Chama-se atenção ainda para a criação e a motivação dos profissionais em realizarem ações que não são normatizadas, mas que atendem, em muito, o objetivo do PNI. Faz-se necessário ainda capacitações, espaços de

discussão que extrapolem as normativas e os aspectos técnicos e abram espaço para o debate sobre os fatores que influenciam nas CVs e o grau e a forma que intervêm em cada contexto.

No intuito de se pensar estratégias que suscitem a confiança nas vacinas e reconheçam ainda o valioso papel dos profissionais das salas de vacina, ressalta-se a atuação do técnico de enfermagem que, mesmo não tendo as atribuições do enfermeiro na sala de vacina, vem exercendo um papel de destaque no alcance das coberturas vacinais, o que nos leva a inferir que, na prática das salas de vacinas enfermeiros e técnicos de enfermagem, realizam as mesmas atividades.

O impacto deste estudo para a enfermagem consiste no desvelar de situações como o potencial de atuação do técnico de enfermagem no trabalho na sala de vacinação, a necessidade de se pensar as coberturas vacinais a partir do contexto analisado, a contribuição da equipe de enfermagem para obtenção de altas coberturas vacinais, possibilitando reflexões para gestores e executores do PNI que, a partir da ótica da equipe de enfermagem, podem repensar as ações e estratégias a serem desenvolvidas para melhoria das coberturas vacinais.

Destaca-se que as unidades de saúde da família tendem a contribuir de maneira mais contundente para melhorias das atividades de vacinação e que investigações futuras poderiam sanar a lacuna de que unidades de modelo tradicional possuem maior dificuldade no alcance das coberturas vacinais.

Dessa forma, como em qualquer pesquisa qualitativa existem limitações, principalmente por ser realizada a partir da percepção do sujeito entrevistado, aponta-se ainda, como limitações deste estudo, o fato de ter sido realizado apenas em unidades de saúde da família e em municípios de uma mesma região (macrorregião) que possuem característica socioeconômicas semelhantes, o que pode ser ampliado e ser objeto de comparação em pesquisas futuras.

Entende-se que os objetivos propostos para esta investigação foram alcançados com o encontro de diferentes ações/estratégias realizadas pela equipe de enfermagem para o alcance da CV e a identificação dos diferentes fatores percebidos pela equipe que contribuem de maneira positiva e/ou negativa para o alcance destas coberturas que nem sempre estão atrelados, somente, ao fazer da equipe.

Por fim, destaca-se que o contexto de desestruturação das políticas públicas de saúde pode ameaçar ainda mais o alcance das coberturas vacinais em virtude da diminuição de equipes de saúde da família, acesso aos serviços de saúde e da piora da situação socioeconômica da população.

REFERÊNCIAS

- ABUD, S. M.; GAIVA, M. A. M. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 97-105, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000200097&lng=en&nrm=iso Acesso em: 27 out. 2017.
- ARAUJO, A. C. de M. *et al.* Avaliação das salas de vacinação do Estado de Pernambuco no ano de 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 255- 264, jun. 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000200007&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 18 nov. 2017.
- ARAÚJO, T. M. E.; ALMEIDA, P. D.; BEZERRA, F. K. O. Conhecimento de agentes comunitários de saúde sobre vacinação da criança no 1º ano de vida. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 9, n. 8, p. 8778-7, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/18.pdf>. Acesso em: 18 de dez. 2018.
- ASSAD, S. G. B. *et al.* Educação permanente em saúde e atividades de vacinação: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE**, [Recife], v. 11, n. 1, p. 410-421, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11922> Acesso em: 30 jul. 2018.
- BARATA, R. B. *et al.* Socioeconomic inequalities and vaccination coverage: results of an immunisation coverage survey in 27 Brazilian capitals, 2007-2008. **Epidemiology Community Health**. [S. l.], v. 66, n. 10, p. 934-41, out. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3433223/> Acesso em: 05 jul. 2018.
- BARBIERI, C. L. A.; COUTO, M. T.; AITH, F. M. A. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000205004&lng=en&nrm=iso Acesso em: 29 maio 2019.
- BARROS, M. G. M. *et al.* Perda de oportunidade de vacinação: aspectos relacionados à atuação da atenção primária em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiologia Serviços de Saúde**. Brasília, v. 24, n. 4, p. 701-710, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222015000400701&lng=en&nrm=iso Acesso em: 3 de jun. 2017.
- BISETTO, L. H. L. *et al.* Ocorrência de Eventos Adversos Pós-Vacinação em Idosos. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 4, nov. 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45682> Acesso em: 27 out. 2017.
- BISETTO, L. H. L.; CIOSAK, S. I. Analysis of adverse events following immunization caused by immunization errors. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 70, n. 1, p. 81-9, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000100087&script=sci_arttext&lng=en Acesso em: 20 out. 2017.

BONFIM, D. *et al.* Time standards of nursing in the Family Health Strategy: an observational study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V. 50, n. 1, p. 118-26, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/0080-6234-reeusp-50-01-0121.pdf>. Acesso em: 18 de dez. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**. Dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 8 jun 1987. Seção 1. p. 9275- 9279. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm Acesso em: 01 jun. 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). **Informações sobre os municípios brasileiros**, 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313670> Acesso em: 05 jun. 2017.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jun 1986. Seção 1. p. 9275-9279. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm Acesso em: 01 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017> Acesso em: 30 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. **Portaria nº 1533, de 18 de agosto de 2016**. Diário Oficial da União, Brasília, ago., 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS Nº. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 05 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Curso de atualização para o trabalhador da sala de vacinação**: manual do aluno [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 3ª edição, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**, Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf Acesso em: 31 de mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. **Protocolo de Monitoramento Rápido de Cobertura**

(MRC) Pós Campanha de Vacinação Contra a Poliomielite e Contra o Sarampo. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRAZ, R. M. *et al.* Classificação de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis a partir de indicadores de coberturas vacinais nos municípios brasileiros. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 25, n. 4, p. 745-754, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400745&lng=en&nrm=iso Acesso em: 25 out. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al* (orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 871 p.

CARVALHO, A. T.; ALMEIDA, E. R.; JAIME, P. C. Condicionais em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1370-1382, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401370&lng=en&nrm=iso Acesso em 29 maio 2019.

CASTRO, J. M.; CABRERA, G. P. B. Avaliação da Cobertura Vacinal em Menores de Cinco em um Município do Leste de Minas Gerais. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**. [S.l.], v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/260/26051636005> Acesso em: 15 jul. 2018.

COLLET, N.; WETZEL, C. Hermenêutica dialética: um caminho de pensamento na investigação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 17, n. 1., p. 5-11, jan. 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução N° 0509 de 15 de março de 2016**: atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. Brasília, 2016.

CORDEIRO, E. L. *et al.* Conhecimento das mães sobre o esquema vacinal de seus filhos assistidos em uma unidade básica de saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 644-660, jan./feb. 2019. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1190>. Acesso em: 15 jul. 2018.

COUTO, M. T.; BARBIERI, C. L. A. Cuidar e (não) vacinar no contexto de famílias de alta renda e escolaridade em São Paulo, SP, Brasil. **Ciência em saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 105-114, jan. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100105&lng=en&nrm=iso Acesso em: 29 mai. 2019.

CUNHA, T. O. D. *et al.* Avaliação da padronização dos procedimentos nas salas públicas de vacinas do município de Itabaiana, Sergipe, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa da Saúde**, Vitória, v. 20, n. 1, p. 70-78, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/20610>. Acesso em: 29 mai. 2019.

DALFIOR, E. T. *et al.* Análise do processo de implementação de políticas de saúde: um estudo de caso baseado no enfoque da política institucional. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v.

40, n. 111, p. 128-139, dez. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042016000400128&lng=en&nrm=iso Acesso em: 01 nov. 2018.

DOMINGUES, C. M. A. S. *et al.* Programa nacional de imunização: a política de introdução de novas vacinas. **Revista Gestão & Saúde**. Brasília, v. 6, p. 3250, 2015. Disponível em:

<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22110> Acesso em: 12 jun. 2018.

DOMINGUES, C. M. A. S.; TEIXEIRA, Antônia Maria da Silva. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 9- 27, mar. 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100002&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 12 jun. 2018.

ESPOSITO, S.; PRINCIPI, N., CORNAGLIA, G. ESCMID. Vaccine Study Group. Barriers to the vaccination of children and adolescents and possible solutions. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 20, n. 5, p. 25-31, jan. 2014. Disponível em:

[https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(14\)60172-5/fulltext](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(14)60172-5/fulltext).

Acesso em: 10 de abr. 2018.

ETIENNE, C. F. Expanded Program on Immunization in the Americas: 40 years. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v. 41, n. 39, 2017. Disponível em:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34588/v41e1392017.pdf?sequence=1>

Acesso em: 01 nov. 2018.

FERNANDES, A. C. N. *et al.* Análise da situação vacinal de crianças pré-escolares em Teresina (PI). **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 870-882, dez. 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000400870&lng=en&nrm=iso Acesso em: 25 out. 2017.

FERNANDES, T. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). **História, ciência, saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 29- 51, jun. 1999. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000200002&lng=en&nrm=iso Acesso em: 11 jun. 2018.

FERREIRA, A. V. *et al.* Acesso à sala de vacinas nos serviços de atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 19, nov. 2017. Disponível em:

<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/42468> Acesso em: 15 jul. 2018.

FRADE, J. M. G. *et al.* A enfermagem e a vacinação: evolução do cumprimento da vacina combinada contra o sarampo, parotidite e rubéola. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. ser IV, n. 13, p. 9-18, jun. 2017. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000200002&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 20 out. 2017.

FRIEDRICH, D. B. C. *et al.*, **O trabalho do técnico de enfermagem na sala de vacinação**.

In: MIGOTO, Michelle Thais. Fundamentos de enfermagem 2 [recurso eletrônico]. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019. vol. 2, 40-52.

HAGOOD, E. A.; HERLIHY, S. M. Addressing heterogeneous parental concerns about vaccination with a multiple-source model: a parent and educator perspective. **Hum Vaccin Immunother.** 2013; 9(8):1790–1794. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23732902>. Acesso em: 10 abr. 2019.

HENRIQUES, C. M. P. A dupla epidemia: febre amarela e desinformação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 12, n. 1, mar. 2018. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1513>>. Acesso em: 29 maio 2019.

HOCHMAN, G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 375-386, fev. 2011. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859803> Acesso em: 15 set. 2017.

LARSON, H. J. *et al.* The state of vaccine confidence 2016: global insights through a 67-country survey. **EBioMedicine**. v. 12, p. 295-301, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27658738>. Acesso em: 10 abr. 2019.

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e pesquisa em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100018&lng=pt&nrm=iso Acesso em 20 maio 2019.

LEVI, G. C. **Recusa de vacinas: causas e consequências**. São Paulo: Segmento Farma, 2016.

LOPEZ SANTAMARIA, M. Á. Los movimientos antivacunacion y su presencia en internet. **Ene.**, Santa Cruz de La Palma, v. 9, n. 3, dez. 2015. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000300011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 03 mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000300011>.

MACDONALD, N. E. SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. **Vaccine**. v. 33, n. 34, p. 4161-4, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25896383>. Acesso em: 10 abr. 2019.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARX, Karl. **Para a crítica da economia política**. In: _____. *Os pensadores*: Marx. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Sala de Situação Municipal**. Belo Horizonte: Subsecretária de Vigilância e Proteção da Saúde, Fev. 2019. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/sala-de-situacao-municipal/> Acesso em: 23 de mai. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucited, 2014.

MORAES, J. C. *et al.* What is the real vaccination coverage? **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 3, p. 147-153, set. 2003. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000300005&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 01 nov. 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso Acesso em: 20 maio 2019.

MOURA, A. D. A. *et al.* Estratégias e resultados da vacinação no enfrentamento da epidemia de sarampo no estado do Ceará, 2013-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100600&lng=en&nrm=iso Acesso em 20 maio 2019.

MOURA, A. D. A. *et al.* Vigilância de eventos adversos pós-vacinação no estado do Ceará, em 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 155-160, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000100155&lng=en&nrm=iso Acesso em: 16 nov. 2017.

NUNES, C. A. *et al.* Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe 2, pp. 127-144. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S209> Acesso em: 20 maio 2019.

NUNES, D. M. *et al.* Inquérito da cobertura vacinal de tríplice bacteriana e tríplice viral e fatores associados à não vacinação em Santa Maria, Distrito Federal, Brasil, 2012. **Revista pan-amazônica de saúde**, Ananindeua, v. 9, n. 1, p. 9-17, mar. 2018. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232018000100009&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 29 maio 2019.

OLIVEIRA, V. C. *et al.* Fragilidades da conservação de vacina nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 291-296, abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200291&lng=en&nrm=iso Acesso em: 12 jun. 2018.

PONCE-BLANDÓN, J. A. *et al.* El movimiento anti-vacunas como problema de salud pública: una revisión integrativa de la literatura. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 812-828, dez. 2018. ISSN 2179-7692. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/29296>. Acesso em: 20 maio 2019.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Especial de Comunicação Social. **1904 - Revolta da Vacina. A maior batalha do Rio**. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Cadernos da Comunicação, 2006. 120 p.

RODRIGUES, M. A. F. Surveillance of Vaccine Coverage of Children under One Year in a Municipality of Bahia: Experience Report. **Revista baiana de saúde pública**. v. 40, n. 2, p. 156-165, abr./jun. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859803>. Acesso em: 25 out. 2017.

SACRAMENTO, I. A saúde numa sociedade de verdades. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 12, n. 1, mar. 2018. ISSN 1981-6278. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1514> Acesso em: 29 mai. 2019.

SANCHES, S. H. D. F. N.; CAVALCANTI, A. E. L.W. Direito à Saúde na Sociedade da Informação: A Questão das Fake News e seus Impactos na Vacinação. **Revista Jurídica**, [S.l.], v. 53, n. 4, p. 448 - 466, out. 2018.. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/3227> Acesso em: 29 mai. 2019.

SANTOS, C. A.P.S. *et al.* Conhecimento, atitude e prática dos vacinadores sobre vacinação infantil em Teresina-PI, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 133-140, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000100133&lng=en&nrm=iso Acesso em: 25 out. 2017.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300861&lng=en&nrm=iso Acesso em: 12 jun. 2018.

SANTOS, Y.; OLIVEIRA, V.; GUIMARÃES, E.; SILVA, B.; MORAES, J.; CORTEZ, D. Avaliação normativa das salas de vacina da região Oeste do estado de Minas Gerais, de outubro de 2015 a agosto de 2016. **Vigilância Sanitária em Debate**. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3395/2317-269X.00923>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SATO, A. P.S. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil?. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 52, 96. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052001199> Acesso em: 20 maio 2019.

SILVA, F. S. *et al.* Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000305012&lng=en&nrm=iso Acesso em: 29 maio 2019.

SILVA, M. C. C. et al. Situação vacinal de adolescentes acompanhados pela estratégia saúde da família. **R. Interd.** v. 11, n. 4, p. 66-74, out/dez. 2018.

SILVA, M. N.; FLAUZINO, R. F. **Rede de Frio**: gestão, especificidades e atividades. 22ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

SILVA, M. N.; FLAUZINO, R. F.; GONDIM, G.M.M. **Rede de Frio**: fundamentos para compreensão do trabalho. 22ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

SILVEIRA, M. D. *et al.* Motivos para o atraso no calendário vacinal de crianças em uma unidade básica de saúde no sul do Brasil. **Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul**, v. 14, n. 49, p. 53-58, jul./set., 2016. Disponível em:

http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3625. Acesso em: 10 abr. 2019.

SIQUEIRA, L. G. *et al.* Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília**, v. 26, n. 3, p. 557-568, set. 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300557&lng=en&nrm=iso Acesso em: 16 out. 2018.

SOARES, C.M.A. *et al.* Cumprimento do calendário vacinal de crianças cadastradas na Estratégia de Saúde da Família: avaliação pelo cartão espelho. **Revista Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 19, n. 1, jan./jun, 2017. Disponível em:

<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/517>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SUZART, A. S.; FERREIRA, A. P. Avaliação do Programa Bolsa Família (PBF) na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas, Vitória da Conquista, BA. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 19, n. 3, p. 585-595, Sept. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122018000300585&lng=en&nrm=iso Acesso em: 5 mai. 2019.

TAUIL, M. C. *et al.* Vaccination coverage according to doses received and timely administered based on an electronic immunization registry, Araraquara-SP, Brazil, 2012-2014. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 835-846, dez. 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000400835&lng=en&nrm=iso Acesso em: 16 jun. 2018.

TAVARES, R. E., TOCANTINS, F. R. Nursing actions in primary care and the control of diseases preventable through vaccines. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 68, n. 5, p. 521-7, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000500803. Acesso em 15 nov. 2017.

TAVARES, R. E., TOCANTINS, F. R. Nursing and control of vaccine preventable diseases in basic healthcare: integrative review. **Revista de Enfermagem da UFPE**. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/5587>. Acesso em: 15 nov. 2017.

TEIXEIRA, A. M.S.; ROCHA, C. M. V. Vigilância das coberturas de vacinação: uma metodologia para detecção e intervenção em situações de risco. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 217-226, set. 2010. Disponível em:

http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000300004&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 15 nov. 2017.

TEMPORAO, J. G. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **História, ciência e saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 2, p. 601- 617, 2003.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000500008&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em: 12 jun. 2018.

TURNER, H. C., THWAITES, G. E., CLAPHAM, H. E. Vaccine-preventable diseases in lower-middle-income countries. **Lancet Infect Dis**. V. 18, n. 9, p. 937-9, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30152349>. Acesso em: 10 abr. 2019.

VIEGAS, S. M. F. *et al.* A vacinação e o saber do adolescente: educação em saúde e ações para a imunoprevenção. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 351-360, feb. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200351&lng=en&nrm=iso Acesso em: 29 maio 2019.

WALDMAN, E. A.; SATO, A. P. S. Path of infectious diseases in Brazil in the last 50 years: an ongoing challenge. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, 68, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100137&lng=en&nrm=iso Acesso em: 02 de mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050000232>.

ZORZETTO, R. As razões da queda na vacinação. **Revista FAPESP**, São Paulo, n. 270, p. 18-24, ago. 2018. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/2018/08/17/as-razoes-da-queda-na-vacinacao/> Acesso em: 20 de set. 2018.

APÊNDICE A – Roteiro das Entrevistas

Dados Sociais			
Caracterização dos Participantes	Código Participante:	Data de Nascimento:	Data de Coleta dos Dados:
	Gênero: () Masculino () Feminino	Estado Civil: () Solteiro () Casado () Separado () Viúvo () C/ Companheiro () União Estável	Grau de Escolaridade: () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado
	Tempo de formado:	Tempo de atuação na área:	Capacitação em sala de vacina: () SIM () NÃO
Questões Norteadoras			
1) Quais ações e/ou estratégias você desenvolve para alcançar as metas de cobertura vacinal? 2) O que você percebe que potencializa e/ou fragiliza o alcance das metas de cobertura vacinal?			
Informações Adicionais			

APÊNDICE B - Sínteses

Síntese I

Para o alcance da cobertura vacinal o agente comunitário de saúde é utilizado como uma estratégia para busca ativa das crianças que não comparecem á sala de vacinas oportunamente. O fato do agente comunitário de saúde ir as casas da comunidade todos os meses, criar vínculo com as famílias facilita o repasse de orientações e a verificação do cartão vacinal de forma contínua.

Dessa forma, é orientado pela equipe de enfermagem, em como proceder a verificação do cartão vacinal e com as mudanças do calendário vacinal. O que contribui para que reforce a importância da vacinação nos espaços que se encontra com o usuário e na necessidade de comparecimento à unidade de saúde para vacinação.

Os agentes ajudam muito no trabalho de busca ativa para alcance das coberturas vacinais mas a proximidade física e processual da unidade com escolas e creches, bem como conhecer a comunidade também auxiliam no chamamento dos faltosos identificados a partir dos registros (cartões espelho) arquivados na sala de vacinas. Caso, o agente não lograsse êxito na busca ativa as mães eram aguardadas na porta da escola pela equipe de enfermagem a fim de se orientar a importância de trazer a criança para vacinar.

Apesar de se preocupar muito com a vacinação e o alcance de coberturas vacinais em crianças, os adultos também merecem atenção. E para que estes possam ser atendidos, a flexibilização de horários, como o funcionamento da sala em horário de almoço é uma estratégia utilizada para que estes possam acessar a sala de vacinas.

Contudo, a estratégia mais viável e utilizada é deixar os agentes comunitários de saúde a par da situação vacinal de cada criança para que as não vacinadas sejam resgatadas através da visita domiciliar. Para isso, foi criado um quadro na unidade de saúde onde constava por microárea e agente de saúde responsável o nome das crianças não vacinadas. E a medida que estas colocavam seus cartões em dia, tinham seus nomes retirados.

O quadro era visível para todos os profissionais de saúde e principalmente para os agentes comunitários de saúde que deveriam acompanhar sua microárea e proceder a busca ativa dos não vacinados. As atualizações eram realizadas pela equipe de enfermagem da sala de vacina e tornou-se um instrumento administrativo o qual motivava o ACS para que não obtivesse nenhum registro no quadro, uma vez que nenhum profissional queria seu nome atrelado há um alto número de não-vacinados.

E além disto, poderia mensurar a qualidade do trabalho desenvolvido por cada profissional.

As visitas domiciliares são um importante espaço não só para os agentes comunitários de saúde que a realizam mensalmente, mas também para a equipe de enfermagem que vai muitas das vezes até as casas para realização de procedimentos como curativos. E se tornam um momento para orientação e conscientização do usuário com relação á vacinação.

As salas de espera também são utilizadas para essa finalidade, sendo repassados vídeos na TV falando sobre vacinas e/ou campanhas de vacinação.

A rádio local, as bicicletas com alto falante também auxiliam na divulgação e no convite aos moradores para se vacinarem, especialmente em épocas de campanha. Outra estratégia é deixar espaços para as crianças brincarem no momento da visita ás unidades, garantindo atrativos para a visita ao serviço de vacinação.

O esclarecimento de alguns usuários da comunidade demonstra uma maior aceitação da vacinação, e conseqüentemente aumento da frequência de pessoas vacinadas na unidade. Inclusive, a população mais esclarecida possui maior fundamentação para negar a vacinação quando de sua vontade.

A repetição das orientações é um fator positivo para que a pessoa passe a desejar se vacinar ou vacinar seus filhos, uma vez que quando mais vezes falado menor é a possibilidade de esquecimento em relação a horários de atendimento, vacinas e calendário vacinal. A divulgação é a melhor saída, muitas das vezes em parceria com a gestão, para o alcance das coberturas vacinais.

Campanhas, atendimentos de puericultura também são importantes para orientação e resgate dos não-vacinados, procedendo o encaminhamento a sala de vacina. Entretanto, a comunidade pequena tem maior viabilidade para estas ações e conhecimento da população.

O bolsa família é uma estratégia, semestral, que se realiza a verificação de todos os cartões de vacina durante a pesagem. Auxiliando para que aumento o número de pessoas que desejam se vacinar, e o controle dos vacinado e a serem vacinados como é no caso do pré-natal onde já se planeja e orienta a vacinação do recém-nascido.

A busca ativa realizada pelo ACS é importante devido ao fato deste, conhecer peculiaridades da família visita que não pode ser percebida somente pelo atendimento no serviço de saúde.

O trabalho com relação a vacinação de adultos não é positivo, principalmente pela baixa utilização de canais de comunicação como TV e internet.

SÍNTESE II

O cumprimento da cobertura vacinal é uma tarefa difícil, principalmente pela falta de rigor das mães em levar as crianças para se vacinarem. Algumas, nem mesmo após a busca ativa do ACS e a solicitação da equipe de enfermagem em levar a criança para se vacinar comparecem. E a partir disso tenta-se dialogar, explicar que a vacina é uma proteção e que a criança não vacinada fica susceptível a doenças mas com cautela para que não crie uma relação conflituosa com a população.

Contudo, quando os pais comparecem e não há vacina disponível eles utilizam deste argumento para não levar nas próximas vezes. Por isso, mantém-se sempre as vacinas disponíveis para que não haja prejuízos na vacinação. Mas, que mães adolescentes, muito jovens também costumam apresentar uma maior dificuldade de convencimento sobre a importância das vacinas.

A população ainda tem uma visão reduzida sobre a importância da vacinação, subestimando o potencial desta para prevenção de doenças. Entretanto, ações como um lembrete na máquina e no extrato dos usuários do bolsa família podem fazer com que a população demande por vacinas e vá até as unidades de saúde para verificação do cartão vacinal com medo de perder o benefício, uma vez que, um dos condicionantes é estar com o cartão atualizado. Sendo portanto, uma das únicas estratégias que fez com que os usuários procurassem as salas de vacinas por iniciativa própria.

O fato da comunidade desconhecer sobre vacinas e o aumento de pessoas que buscam por uma alimentação sem proteínas animais é um fator que tem levado algumas pessoas a optarem por não se vacinar. Outro fato, são as mudanças de esquema de vacinação, como da Febre Amarela, que ao deixar de se fazer a dose de reforço a população entendeu que se não precisava mais é porque a vacina não teria o efeito esperado.

A questão das redes sociais, como Facebook em relação a vacinação do HPV onde são veiculadas informações de que crianças foram se vacinar e ficaram acamadas. E as pessoas tendem a se apoiar neste tipo de notícia para justificar a decisão de não se vacinar, ou seja, a mídia lança informações que reforçam crenças negativas na população.

Mas, em contrapartida os usuários não valorizam ações educativas como palestras que quando realizadas contam com um poucos presentes. E quando ocorre nas escolas é limitada pelo tempo.

Preocupa-se muito com a vacinação das crianças pelo fato de não poderem responder por si, fora o risco de óbito ao adoecer. Neste sentido, o responsável pode não querer se vacinar mas é direito de seu filho vacinar.

Porém, apesar do descaso de algumas famílias estas não são punidas pelo poder público. Mesmo com disponibilidade de vacinas, as pessoas vão as unidades e não querem se vacinar o que pode estar atrelado ao medo que em muito tem sido gerado pela divulgação de informações falsas. Entretanto, a preguiça dos pais se sobressai para não irem se vacinar e que tal situação se reverte um pouco quando há pesagem do bolsa família.

Percebe-se que essa negação de se vacinar é influenciada por questões culturais, nível socioeconômico e estilo de vida mais natural. E que esclarecer a população é a melhor maneira para que eles se vacinem, ainda que muitos sejam resistentes mesmo após estes esclarecimentos.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “*O alcance das coberturas vacinais nas unidades de saúde da família: a ótica da equipe de enfermagem*”. Nesta pesquisa pretendemos analisar como a equipe de enfermagem vislumbra o processo de alcance das coberturas vacinais. O motivo que nos leva a estudar este tema é promover reflexões e desenvolver ações e estratégias, de forma a contribuir para mudanças nos processos de gestão, formação, trabalho diário, educação permanente e qualidade do cuidado prestado nas salas de vacina. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) participará de uma entrevista gravada em áudio, onde serão coletas as informações. Sua participação ocorrerá de forma indireta, incluindo o manejo de seus dados e percepções, entretanto, será de caráter voluntário e sem danos para os entrevistados.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, Enfermeira Louise Cândido Souza, em seu arquivo pessoal e a outra será e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), e utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**O alcance das coberturas vacinais nas unidades de saúde da família: a ótica da equipe de enfermagem**” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Forde _____ de 20__ __ .

Assinatura do Participante (a)

Assinatura do (a) Pesquisador

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF. Campus Universitário da UFJF- Pró-Reitoria de Pesquisa CEP: 36036-900 Fone: (32)2102-3788

Nome do Pesquisador: Louise Cândido Souza
Endereço: Rua Melo Franco, 650 - apto 501. CEP: 36026-000 / Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 99146-3479 –
E-mail: louisecandidosouza@yahoo.com.br