

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

Conhecimento de mulheres sobre a imunização gestacional e infantil

Kátia da Silva Rocha

Pelotas, 2017

Kátia da Silva Rocha

Conhecimento de mulheres sobre a imunização gestacional e infantil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde.

Orientadora: Dr^a. Enf^a. Marilu Correa Soares

Pelotas, 2017

Kátia da Silva Rocha

Conhecimento de mulheres sobre a imunização gestacional e infantil

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa:

Banca examinadora:

Profª Enfª Drª Marilu Correa Soares (Orientadora) Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP

Profª Enfª Drª Diana Cecagno (Titular) Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG

Profª Enfª Drª Karen Knoop de Carvalho (Titular) Doutora em Enfermagem pela Fundação Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Profª Enfª Drª Rosani Manfrin Muniz (Suplente) Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP

Profª Enfª Drª Juliane Portella Ribeiro (Suplente) Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rio Grande - FURG

Dedico este trabalho: ao meu esposo, amigo e companheiro de todos os dias **Jean Carlos Alencar da Silva**, por ter acreditado em mim e estar ao meu lado neste processo de crescimento pessoal e profissional. E as minhas filhas **Mirian Rocha Alencar** e **Maria Eduarda Rocha Alencar** pela oportunidade de ser mãe e pelas palavras de apoio nos momentos difíceis.

Agradecimentos

Durante o percurso para realização deste sonho, contei com o apoio e incentivo de muitas pessoas, algumas que estavam mais perto e outras a distância, mas que o apoio e incentivo tiveram o mesmo valor.

Primeiramente agradeço a **Deus**, pela minha vida, pela minha família, por me permitir e me direcionar na realização deste sonho.

Aos meus pais, **Manoel Alberto Xavier Rocha e Edna da Silva Rocha**, que depois de 17 anos longe de casa me acolheram novamente e com cuidado e atenção me apoiaram. Pelas manhãs que acordaram, às 5 horas, para me levar até a “parada do ônibus” e se preocupavam com o número de horas que eu ficava em frente ao computador estudando.

Às minhas amigas **Djeniffer Coradini, Michele Matos e Rosane Cardoso** que em momentos de dificuldade no decorrer do primeiro ano do mestrado, sempre me apoiaram e me incentivaram com palavras e gestos carinhos e positividade. Obrigado por cada gesto e por terem feito parte de minha vida nestes 2 anos de Pelotas.

Aos meus **amigos e familiares** que, às vezes, mesmo sem entenderem a dimensão desta qualificação, se sentiam orgulhosos da minha determinação.

Aos meus colegas do **ERS Sinop**, especialmente a Diretora **Francisca Teixeira Barbosa**, pelo apoio e compreensão.

À amiga **Elaine Alves Dente** que me apoiou, me incentivou e me auxiliou muitas e muitas vezes, com envio de documentos e materiais atualizados sobre imunização e fez a distância Pelotas/Sinop ficar menor.

À professora **Sonia Meincke** que foi a primeira professora da UFPel que tive contato e que me sugeriu, a minha querida orientadora **Marilu Correa Soares**.

Aos **colegas da turma de mestrado** pelos momentos de trocas de conhecimento, pelas atividades em grupo, pelas risadas e a companhia para o café no intervalo entre uma aula e outra, pelos bons momentos vividos neste processo.

Aos professores de cada disciplina cursada neste mestrado pela oportunidade e pelas provocações de olhar os acontecimentos sob um outro ponto de vista.

Às professoras que compuseram a Banca de Qualificação e Banca Examinadora pela maneira carinhosa, profissional e construtiva que fizeram contribuições para o meu crescimento neste processo.

Às **colegas do NUPECAMF** pelas contribuições e palavras de incentivo nestes dois anos de mestrado, especialmente a **Greice Matos** pelo apoio e palavras de incentivo.

Aos **técnicos da secretária da pós-graduação** pela paciência, atenção e presteza em atender nossas solicitações.

A gestão da Secretaria Municipal de Saúde, a coordenação do serviço de Imunização **Ana Paula Fernandes** e a enfermeira da UBS Jardim Botânico **Joana Moraes** pela ética, atenção e apoio para a realização desta pesquisa.

Às **técnicas de enfermagem** da sala de vacina, aos **agentes comunitários de saúde** e demais profissionais que trabalham na UBS Jardim Botânico, pelo acolhimento e auxílio para o êxito desta pesquisa.

Aos **alunos do 7º semestre** da Faculdade de Enfermagem pelo carinho e respeito durante o estágio de docência na maternidade do HE e nos seminários de Atenção a Criança.

À minha grande amiga e irmã de coração **Ana Lúcia Destefani**, pela pessoa maravilhosa que é, pelas palavras sábias e de apoio, pelos ensinamentos de amor ao próximo. Obrigado Ana pela leitura da minha dissertação e contribuições quanto a língua portuguesa.

Às **mulheres** que aceitaram participar de estudo. Obrigado por terem me recebido em suas residências com confiança e respeito, e pelo interesse e disponibilidade em dar seus depoimentos, por compartilharem suas vivências e experiências quanto a vacinação e as vezes até suas histórias de vida. Sem a contribuição de todas não seria possível a construção desta dissertação.

À minha orientadora, professora **Marilu Correa Soares**, primeiro por ter me aceito como orientanda e por caminhar ao meu lado nesta jornada de dois anos. Obrigado por acreditar em mim, por reconhecer minhas qualidades e por contribuir para o meu crescimento profissional. Sou grata por cada sugestão, questionamento, apontamento que me fizeram sair da zona de conforto e ir além do que eu imaginava que poderia ir.

RESUMO

ROCHA, Kátia da Silva. **Conhecimento de mulheres sobre a imunização gestacional e infantil**. 2017.124f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

O estudo objetivou identificar o conhecimento das mulheres em relação às vacinas recebidas na gestação e no primeiro ano de vida da criança. Pesquisa qualitativa, descritiva realizada em uma Unidade Básica de Saúde do município de Sinop-MT. Participaram desta pesquisa 24 mulheres com filho menor de um ano de vida, que receberam pelo menos uma dose de vacina do calendário da gestante ou infantil respectivamente, preconizado pelo PNI/MS. Foram observadas as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas, com Parecer nº 1.892.576 e CAAE 63197416.9.0000.5317. Os dados foram coletados no período de janeiro à março de 2017, por meio de entrevista semiestruturada e observação simples e analisados de acordo com análise de conteúdo de Bardin. Os resultados evidenciaram três temáticas: O entendimento das mulheres quanto a vacinação; (Des) conhecimento sobre a relação entre a vacina e a doença que previne e as orientações recebidas ou não pelas mulheres sobre as vacinas. Em relação ao conhecimento das mulheres quanto a vacinação gestacional e infantil, evidencia-se que as mulheres reconhecem a importância das ações de vacinação e relacionam as vacinas a prevenção e proteção de doenças. Observa-se também, que há fragilidades e dúvidas, principalmente sobre os eventos adversos pós vacinais; as mulheres não conseguem relacionar a vacina recebida com as doenças preveníveis, que o processo de educação em saúde desenvolvido pelos profissionais de saúde se limita a orientações sobre o procedimento técnico da vacinação e cuidados pós vacinais. Por outro lado, identifica-se lacunas no protagonismo das mulheres na busca do conhecimento sobre vacinação, mesmo diante do acesso que as mulheres dispõem quanto as informações relacionadas ao processo de vacinação. Conclui-se que os profissionais de saúde, necessitam desenvolver habilidade crítico reflexiva sobre o processo de trabalho que envolve as ações de vacinação, bem como se certificarem acerca da compreensão das mulheres sobre as vacinas. Acredita-se que, a educação em saúde possa qualificar as atividades de vacinação e auxiliar no acolhimento e esclarecimento das dúvidas das mulheres em relação a vacinação gestacional e infantil, bem como contribuir para o empoderando das mulheres sobre a temática estudada.

Palavras chave: vacinação; mulheres; conhecimento; enfermagem.

ABSTRACT

ROCHA, Kátia da Silva. **Knowledge of women about gestational and childhood immunization.** 2017.124f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

The study aimed to identify the knowledge of women regarding vaccines received in the gestation and the first year of the child's life. Qualitative, descriptive research performed in a Basic Health Unit of the municipality of Sinop-MT. Twenty-four women with a child less than one year old who received at least one vaccine dose from the pregnant or infants' calendar respectively, recommended by PNI / MS, participated in this study. The norms of Resolution nº. 466/12 of the National Health Council - Ministry of Health were observed, and the research was approved by the Ethics and Research Committee of the Faculty of Medicine of the Federal University of Pelotas, with Opinion nº. 1.892.576 and CAAE 63197416.9 .0000.5317. Data were collected from January to March 2017, through a semi-structured interview and simple observation and analyzed according to Bardin content analysis. The results showed three themes: Women's understanding of vaccination; (Des) knowledge about the relationship between the vaccine and the disease it prevents and guidelines received or not by women on vaccines. Regarding women's knowledge about gestational and childhood vaccination, it is evident that women recognize the importance of vaccination actions and relate vaccines to the prevention and protection of diseases. It is also observed that there are weaknesses and doubts, mainly about post-vaccinal adverse events; women are unable to relate the vaccine received with preventable diseases, that the health education process developed by health professionals is limited to guidelines on the technical procedure of vaccination and post-vaccination care. On the other hand, there are gaps in the role of women in the search for knowledge about vaccination, even in the face of women's access to information related to the vaccination process. It is concluded that health professionals need to develop a reflexive critical ability about the work process that involves vaccination actions, as well as to be sure about women's understanding of vaccines. It is believed that health education can qualify vaccination activities and help in the reception and clarification of women's doubts regarding gestational and child vaccination, as well as contribute to the empowerment of women on the subject studied.

Key-works: vaccination; women; knowledge; nursing

Lista de quadros

Quadro 1 - Principais vacinas nas últimas quatro décadas	25
Quadro 2 - Perfil das mulheres participantes da pesquisa	69

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSs	Agentes Comunitários de Saúde
ANS	Agencia Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CENADI	Central Nacional de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos
CERF	Central Estadual de Rede de Frio
CEV	Campanha de Erradicação da Varíola
CIES	Comissão de Integração Ensino Serviço
CGPNI	Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
GPS	Global Positioning System
CV	Cobertura Vacinal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DT	Difteria e Tétano
DTP	Difteria, Tétano e Pertusis
dTpa	Difteria, Tétano e Pertusis acelular
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ERSS	Escritório Regional de Saúde de Sinop
ESF	Estratégia de Saúde da família
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ITU	Infecção do Trato Urinário
IG	Idade Gestacional
INCQS	Instituto Nacional de Controle e Qualidade em Saúde
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
OPS	Organização Pan-americana de Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PFA	Paralisia Flácida Aguda
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNCP	Plano Nacional de Controle da Poliomielite
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPD	Derivado Proteico do M. Tuberculosis
PSF	Programa de Saúde da Família
RN	Recém-nascido
SV	Sala de Vacina
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TT	Toxóide Tetânico
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VD	Visita Domiciliar
VIP	Vacina Inativa contra Poliomielite
VOP	Vacina Oral contra Poliomielite
VORH	Vacina Oral contra Rotavírus Humano
WHO	World Healthy Organization

Sumário

1 Introdução	13
2 Objetivos	19
3 Revisão de Literatura	20
3.1 Contextualização da história da saúde, das vacinas e as políticas públicas voltadas à criança e a gestante no Brasil	20
3.2 O Programa Nacional de Imunização	33
3.3 O trabalho em enfermagem e a vacinação	42
3.4 Educação em Saúde e vacinação	46
4 Metodologia	49
4.1 Caracterização da Pesquisa	49
4.2 Cenário da Pesquisa	49
4.3 Participantes da Pesquisa	51
4.4 Critérios de Inclusão	52
4.5 Critérios de Exclusão	52
4.6 Princípios Éticos	52
4.7 Procedimentos para Análise dos Dados	55
4.8 Análise dos Dados	57
4.9 Divulgação dos Resultados	59
5 Análise e discussão dos resultados	60
5.1 Caracterização das mulheres participantes da pesquisa	60
5.2 Caracterização das mulheres participantes da pesquisa	68
5.3 O entendimento das mulheres quanto à vacinação	75
5.4 (Des) conhecimento sobre a relação entre a vacina e a doença que previne	79
5.5 As orientações recebidas ou não pelas mulheres sobre as vacinas	87
6 Considerações Finais	98
Referências	102
Apêndices	

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	115
Apêndice B - Instrumento da Pesquisa	117
Apêndice C - Termo de Confidencialidade dos dados Secundários	119
Anexos	
Anexo A - Carta de Anuência Gestor	121
Anexo B - Parecer do comitê de ética e pesquisa	122

1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelo conjunto das ações e de serviços de saúde ofertados pela gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas em todo o território nacional e apresenta direção única em cada esfera de governo. O SUS insere-se no contexto das políticas públicas, com a finalidade de reduzir os riscos às doenças e garantir o acesso universal aos serviços para a promoção, prevenção e recuperação da saúde (KUSCHNIR, 2014).

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é uma possibilidade de atentar para os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento, como por exemplo: a qualidade do ar e da água ameaçada, a violência, a falta de saneamento básico, a fome, o desemprego, a habitação inadequada e/ou ausente, a dificuldade de acesso à educação, a ocorrência de urbanização desordenada, e potencializam formas mais amplas e efetivas de intervir na saúde (BRASIL, 2006a).

Desta forma, o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos, somado as ações de assistência e a promoção da saúde integral da criança, são objetivos que apontam para o compromisso de oferecer qualidade de vida às crianças para além da redução da mortalidade infantil, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (BRASIL, 2004a).

No Brasil, a alta Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) foi amenizada significativamente por ações e programas nacionais, tais como: a institucionalização do Programa Nacional de Imunização (PNI). Este programa visa à vacinação integral dos brasileiros em todos os períodos da vida, considerando as populações de maior vulnerabilidade. Conseguindo no decorrer de seus 40 anos comemorados em 2013,

erradicar algumas doenças e manter sob controle alguns agravos imunopreveníveis (BRASIL, 2003; BRASIL, 2013c).

Efetivamente, a capacidade das ações do PNI em mobilizar a população para adesão à vacinação, a adoção de estratégias diferenciadas de vacinação, as grandes campanhas realizadas, o crescente aumento do número das salas de vacinação, além dos avanços no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) sobre vacinados no país, entre outras ações, tornam o programa um exemplo de política pública bem-sucedida (DOMINGUES; TEIXEIRA; CARVALHO, 2012).

Em outras palavras, a vacinação é considerada como uma ação de caráter coletivo, constituindo uma intervenção de Saúde Pública que tem como objetivo a prevenção de riscos e agravos à saúde. A vacinação é um processo fundamental para a prevenção e até mesmo a erradicação de várias doenças transmissíveis em crianças e adultos (SILVA; SILVA, 2012).

Por tanto, a política governamental brasileira de imunização inclui o apoio ao fortalecimento da capacidade nacional, no que diz respeito à modernização e construção de novos laboratórios de produção, bem como à inovação tecnológica. Assim sendo, fortalecer a capacitação tecnológica nacional e garantir a oferta de vacinas essenciais a um preço compatível com o orçamento governamental e ainda o acesso universal a população alvo brasileira (HOMMA et al., 2011).

Os gastos com vacinação, são inferiores aos gastos com pessoas acometidas por doenças imunopreveníveis que necessitem de acompanhamento da equipe de saúde, de exames, de medicação, de internação ou que evolua a morte. Desta forma, a vacinação é uma ação viável uma vez que possui o melhor resultado em termos custo-benefício, além de evidências de custo econômico e social inquestionável quando se trata de promoção a saúde (PEREIRA et al., 2009).

Destarte, estudos demonstram que a cobertura vacinal alcançada nas estratégias de rotina e de campanha revela-se elevada, porém não homogênea para o conjunto de imunobiológicos disponibilizados pelo PNI, resultando na redução significativa e até mesmo na eliminação de doenças imunopreveníveis, pois as estratégias adotadas pelos PNI ampliam a oferta de vacinas sob o ponto de vista territorial e conseqüentemente populacional (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Segundo Temporão (2003), do ponto de vista imunológico, crianças e idosos se encontram mais susceptíveis às doenças, desta forma a vacinação nestes grupos é fundamental. No tocante às crianças, é imprescindível que sejam vacinadas durante os cinco primeiros anos de vida para prevenir a ocorrência de várias doenças imunopreveníveis que acometem este grupo populacional, como a diarreia por rotavírus, a coqueluche, a meningite, a hepatite B, a febre amarela, o sarampo, a caxumba e a rubéola.

As doenças infectocontagiosas comuns na infância levavam ao óbito e a sequelas, de moderada a grave, um grande número de crianças, em especial os lactantes no Brasil e no mundo. Portanto, a vacinação na primeira infância representa significativa atitude de prevenção de tais doenças. Entretanto, quase dois milhões de crianças continuam morrendo anualmente no Brasil, devido a doenças que poderiam ser evitadas por meio da imunização preconizada pelo PNI (PLUGIESI; TURA; ANDREAZZI, 2010).

Desta forma, há relevância nas ações desenvolvidas em sala de vacina. O PNI recomenda que as atividades de vacinação sejam desenvolvidas por profissionais de enfermagem, com treinamento específico e capacitados para o manuseio, conservação e administração dos imunobiológicos. E ainda, recomenda um enfermeiro responsável técnico e administrativo, que realize a supervisão das atividades desenvolvidas pela equipe que atua na sala de vacina e desenvolva ações de educação permanente da equipe, para uma melhor qualidade do serviço de vacinação. (BRASIL, 2014).

Neste contexto, o enfermeiro necessita de atitude proativa com ações educativas, realização de capacitação da equipe de enfermagem, supervisão e acompanhamento mais efetivo das atividades em sala de vacina, evitando a ocorrência de falhas nos procedimentos que podem acarretar reflexo na qualidade dos imunobiológicos, disponibilizados para a população (OLIVEIRA et al., 2013).

Por outro lado, no estudo de Carvalho et al. (2015), que visou compreender o conhecimento das mães sobre a vacinação de seu filho no primeiro ano de vida, os autores revelam que este ainda é incipiente em relação às vacinas recebidas por seus filhos. E concluíram que a temática em questão necessita ser explorada por meio da ampliação de estudos para o fortalecimento das ações de educação em saúde.

Já no estudo de Santos et al. (2011), as mães, em sua maioria, reconhecem a importância da vacinação, no entanto, algumas relatam manter o esquema vacinal em dia por estarem interessadas primeiramente em não perder os benefícios de programas sociais relacionados a saúde. Reforçam ainda, a necessidade da realização de educação em saúde sobre vacinação objetivando mudar o comportamento das mães.

Neste sentido, segundo Andrade; Lorenzini; Silva (2014), afirmam que as mães tem alguma informação sobre vacinação infantil e identificam como principal objetivo da imunização a prevenção de doenças. Contudo, algumas mães possuem conhecimento insuficiente acerca do processo de imunização, pois não identificam quais doenças são passíveis de prevenção por meio das ações de imunização. Os autores destacam a necessidade de uma adequada comunicação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de vacinação.

Segundo Louzeiro et al. (2014), a imunização no período gestacional, além de possibilitar a proteção da mulher, é de suma importância para a proteção da criança, por meio da transferência passiva de anticorpos. Entretanto, muitas mulheres não aderem a esta prática, por causa da preocupação relacionada com a segurança desta intervenção e eventos adversos.

A partir do exposto, destaco a minha experiência pessoal em ambas às gestações e com minhas filhas que foram vacinadas conforme o preconizado pelo PNI, e em nenhum destes momentos fui questionada sobre qual era o meu conhecimento sobre a vacinação ou sobre os benefícios das vacinas.

Na maioria das vezes, a justificativa que os profissionais de saúde utilizaram para ressaltar a importância da vacinação foi “mãezinha você precisa se vacinar e vacinar seu bebê porque é muito importante”. Esta situação no meu entendimento e vivência, caracteriza um discurso vazio de imposição à realização de um procedimento sem maiores esclarecimentos sobre o processo de vacinação/imunização e, de modo mais amplo, como ferramenta de educação em saúde.

Soma-se ao referido anteriormente, a minha experiência prática e educacional, desde que atuei como enfermeira e coordenadora regional do serviço de Imunização do Escritório Regional de Saúde de Sinop (ERSS), que me instigam a uma reflexão sobre a temática vacinação e principalmente quanto ao modelo

utilizado nas capacitações em Sala de Vacina para a aplicação de BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*) e leitura de PPD (Derivado Proteico do *M. Tuberculosis*).

Desta forma, no ano de 2012, a equipe que coordenei realizou um estudo que objetivou traçar o perfil dos profissionais que atuam nas salas de vacina das secretarias municipais de saúde dos municípios de abrangência do Escritório Regional de Sinop – MT, o instrumento de coleta de dados foi respondido por 94 profissionais que atuavam nas Salas de Vacina (SV).

Os resultados revelam que, 100% das atividades desenvolvidas em SV são realizadas por profissionais da enfermagem; 16% destes profissionais eram enfermeiros; 61% dos profissionais entrevistados possuíam capacitação para atuar em sala de vacina e 30% possuía capacitação para aplicação de BCG. Diante dos resultados ficou evidente a fragilidade quanto à capacitação desta equipe de profissionais (ROCHA; SILVA; MARQUES, 2013).

A partir destas evidências a equipe técnica da Imunização do ERSS elaborou dois projetos de capacitação, o primeiro em sala de vacina e o segundo em aplicação de BCG. No decorrer de 2013, foram capacitados 60 profissionais da equipe de enfermagem para atuarem em sala de vacina e 60 profissionais da equipe de enfermagem para aplicação de BCG e leitura de PPD.

O estudo mencionado foi apresentado em outubro de 2013 na 13ª Mostra Nacional de Experiências bem-sucedidas em Epidemiologia e Prevenção e Controle das Doenças em Brasília e foi premiado com o 1º lugar no tema Doenças Imunopreveníveis (BRASIL, 2013e).

Desta forma, ao analisar o material proposto pelo Ministério da Saúde (MS) para o Curso de atualização para o trabalhador da SV, edição de 2014, observa-se que adota um direcionamento basicamente técnico-administrativo das ações a serem desenvolvidas pelo profissional da SV. Desse modo, novamente me deparo com inquietações quanto à necessidade de buscarmos uma construção reflexiva e a implementação de intervenções que fortaleçam a educação em saúde, envolvendo diferentes atores neste processo, valorizando suas experiências nesse contexto da vacinação para além de procedimentos técnicos em sala de vacina.

Os aspectos mencionados anteriormente me instigaram a reflexão sobre a temática vacinação sob a ótica das mulheres, ou seja, como as mulheres experienciam a vacinação em duas situações importantes da vida: na gestação e com seus filhos, no primeiro ano de vida, na tentativa de levantar subsídios que

possam contribuir na qualificação das ações ofertadas em sala de vacina, tendo a educação em saúde como ferramenta relevante no processo de promoção e prevenção da saúde. Este percurso pessoal e profissional, oportunizou perceber o quanto é necessário à ampliação do campo do conhecimento direcionado as mulheres que vivenciam o processo vacinação na gestação e a vacinação de seu filho (a).

Assim, a justificativa deste estudo está ancorada na perspectiva das usuárias do SUS, pois o conhecimento de mulheres quanto à vacinação de si no período da gestação e da criança poderá nos trazer subsídios para reflexão sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde, bem como possibilidades de qualificar o saber/fazer dos profissionais que desenvolvem atividades nas salas de vacina.

Acredito que para obtermos qualidade no processo de Imunização da população brasileira, em especial sob a ótica das mulheres, é fundamental que os profissionais de enfermagem que desenvolvem as atividades em SV tenham um olhar voltado à pessoa que será vacinada, e ao contexto em que esta inserida.

Acredita-se que a equipe necessita estar capacitada para além da técnica de aplicação de vacinas, também precisam desenvolver a capacidade de perceber o que a vacinação representa para a pessoa que será vacinada. Outra justificativa deste estudo foi a possibilidade de identificar questões para repensar o momento da vacinação como espaço efetivo de educação em saúde.

Frente ao exposto, elaborou-se a seguinte questão norteadora: qual o conhecimento de mulheres em relação às vacinas recebidas na gestação e pela criança até um ano de vida?

1.1 Pressupostos

- ✓ A mulher não associa a vacina recebida na gestação e pela criança até um ano com as doenças que esta previne.
- ✓ As orientações recebidas pela mulher sobre as vacinas do calendário da gestante e da criança e os benefícios destas são insuficientes e/ou frágeis.
- ✓ O desconhecimento das mulheres quanto aos benefícios da vacinação pode levar ao atraso no cumprimento do calendário ou abandono do esquema vacinal.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Identificar o conhecimento das mulheres em relação às vacinas recebidas na gestação e no primeiro ano de vida da criança.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever o entendimento de mulheres sobre a vacinação.
- ✓ Elencar o conhecimento de mulheres sobre a proteção que a vacina materna oferece à mulher e à criança.
- ✓ Revelar as orientações recebidas pelas mulheres em relação às vacinas dela e da criança.

3 Revisão da Literatura

Buscando obter-se um cenário atual das publicações sobre a temática da vacinação, em especial sob a ótica das mulheres, nesta sessão serão descritos os temas pertinentes à proposta do estudo tendo como marco referencial a contextualização da história da saúde, das vacinas e as políticas públicas voltadas à criança e à gestante no Brasil, o Programa Nacional de Imunização e a educação em saúde.

3.1 Contextualização da história da saúde, das vacinas e das políticas públicas voltadas a gestante e à criança no Brasil

Nos primeiros três séculos como Colônia, a assistência à Saúde no Brasil crescia como uma prática sem qualquer regulamentação e era realizada de acordo com os costumes e conhecimentos de cada um dos grupos sociais: os portugueses, os imigrantes europeus, os índios e os negros que aqui residiam (KUSCHNIR, 2014).

A filantropia de cunho religioso e a caridade, são fatos que se encontram na história dos cuidados com saúde do povo brasileiro. As pessoas eram atendidas pelas instituições e médicos filantropos. Paralelamente a este modelo o Estado desenvolvia algumas ações de saúde diante de epidemias, como vacinação e/ou de saneamento básico e cuidava de algumas doenças negligenciadas como hanseníase e tuberculose (CARVALHO, 2013).

Do ponto de vista da vacinação, na década de 1796 ocorre o marco histórico pelo desenvolvimento do primeiro método seguro de vacinação dirigido pelo inglês Edward Jenner, que realizou experiências com a varíola bovina e demonstrou que uma proteção poderia ser obtida com a inoculação de material extraído da lesão

pustular humana de varíola bovina. Jenner deu ao material o nome de *vaccine*, derivado do termo latino *vacca*, e ao processo denominou *vaccination* (BRASIL, 2016).

A vacina desenvolvida por Edward Jenner chegou ao Brasil no início do século XIX, no braço de um escravo que pertencia a Caldeira Brant. Porém, no Brasil a vacinação encontrou grande resistência, tanto por parte da população como de alguns profissionais médicos. Estes, em primeiro lugar, diziam que o método não tinha a garantia absoluta e, com isso, alguns vacinados poderiam contrair a doença. Outro argumento era que a vacinação braço a braço, como foi usada a princípio, propiciava a transmissão da sífilis (FERNANDES, 1999).

Outros segmentos e argumentos para explicar a não vacinação foram comprovados neste período, dentre eles, os de cunho religioso, os vinculados diretamente aos indivíduos, aos familiares e aos responsáveis justificados por temor dos eventos adversos, aos pensamentos filosóficos, a orientação médica e por outro lado os grupos não religiosos, porém contrários à vacinação, a exemplo dos homeopatas, quiropráticos e naturopatas (LEVI, 2013).

No Brasil, as intervenções sobre a saúde da coletividade recebem força ainda no período da República Velha, entre 1889 a 1930. É a época de Oswaldo Cruz e das campanhas sanitárias, em que se destacam as medidas de saneamento voltadas à erradicação da Febre Amarela urbana e a vacinação obrigatória contra a varíola (SOUZA, 2014).

Segundo Paim; Filho (2014), a dimensão social ou coletiva da saúde, determinada por ações preventivas de maneira reducionista, limitada às suas manifestações no indivíduo, é radicalmente redefinida por intelectuais latino-americanos que estudam sobre as condições sociais e suas interferências na saúde. Distintas conotações do social ou do coletivo emergem desta reflexão: como meio ambiente, como coleção de indivíduos, como conjunto de efeitos da vida social, como interação entre elementos, como campo específico e estruturado de práticas sociais.

Já a saúde coletiva é definida como uma área do saber, que toma como objeto as necessidades sociais de saúde entendendo o processo saúde-doença, relacionado à estrutura da sociedade e concebendo as ações de atenção à saúde como práticas simultaneamente técnicas e sociais (SOUZA, 2014).

A partir de 1903 a reforma da saúde pública marcada pela gestão de Oswaldo Cruz¹ teve, como principal particularidade, a ênfase no saneamento urbano e ao combate de epidemias como febre amarela, peste e varíola. Neste contexto, foi instituído um código sanitário que estabeleceu ações como a campanha de vacinação obrigatória (KUSCHNIR, 2014).

Em 1904, a campanha de vacinação obrigatória imposta pelo governo federal, enfrentou um grande obstáculo assinalado pela recusa popular às práticas violentas, empregadas pelas autoridades da Saúde Pública e pelos vacinadores que envolviam até mesmo o uso da força policial para obrigar o comparecimento à vacinação (BRASIL, 2006b).

Em 1904, idealizada pelo sanitarista Oswaldo Cruz, aconteceu à primeira campanha de vacinação em massa feita no país, tendo como objetivo controlar varíola que dizimava boa parte da população do Rio de Janeiro. No entanto, essa iniciativa resultou em fracasso culminando na sangrenta Revolta da Vacina no Rio de Janeiro (BRASIL, 2006b).

Segundo Crescêncio (2008), a Revolta da Vacina é um movimento de cunho exclusivamente popular, que surgiu a partir de lei que instituiu a obrigatoriedade da vacinação, provocando desconforto popular diante da agressividade da medida tomada por parte do governo.

O momento em que foi instituída a Lei obrigatória da vacina e diante desta situação, o povo sai às ruas e, durante uma semana, enfrenta a polícia, o Exército, a Marinha e o Corpo de Bombeiros, transformando os bairros do Rio de Janeiro em praça de guerra, tendo como saldo deste confronto muitos mortos, feridos e quase mil presos – a metade deles deportada para o Acre. A reação popular levou o governo a suspender a obrigatoriedade da vacina e a declarar estado de sítio em 16 de novembro de 1904. No entanto, sua repercussão foi imensa e seus efeitos, tanto no campo da saúde pública como nas áreas política, econômica e social, se fizeram sentir por longo tempo (LEVI, 2013).

A rebeldia e a insatisfação popular foram habilmente exploradas pela oposição política ao governo, pois a Campanha da Vacina era um projeto de responsabilidade direta da presidência da República. Neste período surgiu a Liga contra a Vacina Obrigatória, dirigida por Vicente de Sousa, que conta com o apoio

¹ Oswaldo Gonçalves Cruz foi um cientista, médico, epidemiologista e sanitarista brasileiro e pioneiro no estudo das moléstias tropicais e da medicina experimental no Brasil (FIOCRUZ, 2016).

de positivistas como Lauro Sodré e de outros segmentos, por vezes antagônicos, unidos no combate ao projeto. A vacina só podia ser aplicada com o consentimento do doente e de sua família (BRASIL, 2006b).

No início de 1911, ocorreram os primeiros relatos de casos de poliomielite no Brasil ocorridos nos estados de São Paulo e no Rio de Janeiro. A primeira descrição de um surto de poliomielite no país foi feita pelo Dr. Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro, e um segundo registro de surto no país, em 1917, pelo Dr. Francisco de Salles Gomes, em Americana, no Estado de São Paulo (SILVA; CÂMARA, 2011).

Em setembro de 1918, a gripe espanhola chega ao Brasil por meio do navio inglês *Demerara*, vindo de Lisboa e desembarcando doentes em Recife, Salvador e Rio de Janeiro. Em pouco mais de duas semanas, surgiram casos de gripe em outras cidades do Nordeste e em São Paulo. Durante a pandemia de 1918, Carlos Chagas assumiu a direção do Instituto Oswaldo Cruz, reestruturando sua organização administrativa e de pesquisa e liderou ainda a campanha para combater a gripe espanhola, implementando cinco hospitais emergenciais e 27 postos de atendimento à população em diferentes pontos do Rio de Janeiro (TEIXEIRA, 1993).

Em 1920, foi criada a Diretoria Nacional de Saúde Pública (DNSP), reforçando a verticalização das ações de saúde e o papel do governo central, o direito da saúde não era uma preocupação dos governantes, portanto neste cenário as manifestações operárias de luta contra as precárias para realização do trabalho e por políticas que garantissem o mínimo de proteção social, ganham destaque (HOCHMAN; FONSECA, 1999).

Segundo Buss, (2003) os primeiros conceitos de promoção da saúde foram apresentados pelos autores Winslow em 1920 e Sigerist em 1946 que definiram as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação.

Após a criação do Ministério de Educação e Saúde, em 1931, e principalmente com a reforma implementada pelo ministro Gustavo Capanema, em 1941, a estrutura verticalizada e centralizadora encontraria expressão com a criação dos Serviços Nacionais de Saúde. A estrutura verticalizada e organizada por doenças é uma das características da história da saúde pública no Brasil que se manteria nos anos posteriores (FONSECA, 2001).

Entre as décadas de 1950 a 1960, as experiências de medicina preventiva e medicina comunitária desenvolveram-se. Neste contexto as universidades foram os

principais espaços de articulações para essas experiências, momento em que a ideologia presente em tais práticas indicava a difusão de um pensamento crítico na saúde (TEIXEIRA, 1988).

Em relação às vacinas, no Brasil, a vacina Salk² começou a ser utilizada a partir de 1955, por alguns pediatras e em vacinações de amplitude reduzida, promovidas por secretarias estaduais e municipais de Saúde, basicamente do Rio de Janeiro e São Paulo (CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003).

Hochman (2011), descreve a cultura da imunização no Brasil contemporâneo tendo como referência a erradicação da varíola, quando foram vacinadas e revacinadas 80 milhões de pessoas entre os anos de 1966 a 1973. Segundo o autor referido acima a “cultura da imunização” está associada a um processo de introdução de vacinas, de campanhas de vacinação e de vacinação em massa compreendidas pelo Estado brasileiro desde o final do século XIX.

Na década de 1970, foi instituído debate sobre modelos de assistência em que prevaleceram as propostas que enfatizavam a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente. Neste período, no Brasil, predominava o modelo de assistência à saúde com ênfase na especialização das partes e nos procedimentos de caráter medicocêntricos (centrada no profissional) e hospitalocêntricos (centrada na instituição). O atendimento era discriminado conforme a inserção social do cidadão (JUNIOR; ALVES, 2007).

Acrescenta-se também, o movimento de Reforma Sanitária nasceu em um contexto de luta contra a ditadura, no início da década de 1970, idealizou a cidadania universal por meio da seguridade social e uma engenharia decisória calcada em conselhos e conferências paritárias e deliberativas. Na saúde, a cobertura e o acesso aos serviços nos diversos níveis de atenção foram ampliados (PAIM, 2012).

Por outro lado, em função dos insucessos em aumentar expressivamente a cobertura vacinal, em 1971 é instituído o Plano Nacional de Controle da Poliomielite (PNCP) e uma estratégia de vacinação em massa e os dias nacionais de vacinação (BRASIL, 1975).

² Foi desenvolvida por Jonas Salk em 1954 é uma vacina produzida com vírus mortos, isto é, vírus que, por manipulação, perdem a capacidade de se replicar e transmitir; a vacina Salk injetável contra a poliomielite é também chamada IPV – Vacina Inativada contra Poliomielite. (CAMPOS, NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003).

Desde os primeiros anos de século XIX, as vacinas são utilizadas como medida de controle de doenças. Porém, somente a partir do ano de 1973 é que se formulou o PNI que foi regulamentado pela Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e pelo Decreto nº 78.321, de 12 de agosto de 1976, resultante do somatório de fatores, de âmbito nacional e internacional, que convergiam para estimular e expandir a utilização de agentes imunizantes, buscando a integridade das ações de imunizações realizadas no país (BRASIL, 1976).

Em 1974, o PNCP é incorporado ao PNI estabelecendo a vacinação de rotina com a vacina Sabin³ em nível nacional, incluída no calendário infantil de vacinação (SILVA, 2013).

Em 1975 é promulgada a Lei 6.259, de 31 de outubro que cria o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, estabelecendo normas técnicas em relação ao controle da poliomielite, definindo a rede de laboratórios de saúde pública com a responsabilidade de diagnóstico da infecção pelo poliovírus no sangue e fezes dos casos notificados (BRASIL, 1975).

Em dezembro de 1979, há registros de uma epidemia de poliomielite na fronteira entre estados do Paraná e Santa Catarina que suscitou a proposta de criação de um dia nacional de vacinação referenciada no PNCP (1971– 1973) e na experiência de controle da meningite (TEMPORÃO, 2003).

Quadro 1 - Principais vacinas nas últimas quatro décadas

Ano	Vacina
1950	BCG e Febre Amarela
1963	Sarampo
1967	Caxumba
1969	Rubéola
1974	Meningocócica polissacarídica
1977	Pneumocócica polissacarídica 14v
1980	Raiva em cultura de células

³ Foi desenvolvida por Albert Sabin licenciada para uso nos EUA, e utilizada no Brasil desde 1964. A vacina poliomielite (atenuada) oral (VOP), constituída por vírus vivo atenuado. É aplicada na forma oral. Sua grande vantagem é a facilidade de administração e a imunização dos contactantes. É apresentada em bisnagas com 25 doses. Cada dose contém uma suspensão trivalente de poliovírus dos tipos 1, 2 e 3. (BRASIL, 2014).

1981	Hepatite B derivada de plasma
1987	Haemophilus influenzae tipo b
1989	Febre Tifoide oral
1995	Varicela
1996	Hepatite A e Pertusis acelular
1999	Rota vírus e meningocócica conjugada do grupo c
2000	Pneumocócica conjugada 7 valente
2003	Influenza para uso intranasal
2005	Meningocócica quadrivalente
2006	Rota vírus atenuada, Zoster e HPV quadrivalente
2008	Pneumocócica conjugada 10 valente e tetravalente viral
2009	Influenza pandêmica H1N1 e HPV bivalente
2010	Pneumocócica 13 valente

Fonte: LEVI, 2013.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, marca o período em que as mudanças ganham contornos claros. Os temas discutidos nesta conferência foram: a saúde como direito; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. Como resultado dos debates ficou explícito as diretrizes para reorganização do sistema que resultou na criação do SUS (BRASIL, 2009b).

Em 1988, a Constituição Federal ⁴ define o conceito de saúde para além da ausência de doença. Desta forma, para se ter saúde é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, entre outros (BRASIL, 1988).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (WHO, 2004).

⁴ A Constituição de 1988 restabeleceu o Estado de Direito no país, com a conquista das liberdades democráticas, a adoção das eleições diretas em todos os níveis. A universalização dos direitos à educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade foi um dos principais avanços e considerou a saúde um direito de todos e um dever do Estado e criou o SUS (CONTEE, 2016).

Do ponto de vista do PNI, em 1989 foram registrados os últimos casos de isolamento de poliovírus selvagem no Brasil, após um período de realização de grandes campanhas vacinais e vigilância epidemiológica (SILVA; CÂMARA, 2011).

Ainda, na 8ª Conferência iniciaram as negociações para a promulgação da lei complementar que daria bases operacionais à reforma e a construção do SUS. Assim, no ano de 1990 o governo promulga a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Esta lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde (BRASIL, 1990b).

O SUS é definido na Lei nº 8.080, artigo 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade. Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1990b, p. 18055).

O SUS foi definido a partir de princípios universalistas e igualitários, ou seja, para todos e de forma igual, embasado na concepção de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. Essa construção do SUS rompeu com o caráter meritocrático⁵ que caracterizava a assistência à saúde no Brasil até a Constituição de 1988, e determinou a incorporação da saúde, como direito, numa ideia de cidadania, que naquele momento se expandia, e que considerava não apenas o ponto de vista de direitos formais, de direitos políticos, mas principalmente a ideia de uma democracia substancial, de direitos substantivos, que envolviam certa igualdade de bem-estar (MENICCUCCI, 2014).

A implantação do SUS é um amplo processo de conquistas na história da saúde pública no Brasil, que passou de um modelo curativista para um processo democrático, cujo alicerce fundamental é as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Com garantia de acesso universal, integral, descentralizado com a participação social (SILVA, 2013).

⁵ Predominância dos que possuem méritos; predomínio das pessoas que são mais competentes, eficientes, trabalhadoras ou superiores intelectualmente, numa empresa, grupo, sociedade, trabalho. Modo de seleção cujos preceitos se baseiam nos méritos pessoais daqueles que participam: conseguiu o trabalho por meritocracia (DICIO, 2016).

Quanto às doenças imunopreveníveis, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), órgão máximo da saúde pública dos Estados Unidos, publicou uma lista das dez maiores conquistas do país no campo da saúde pública entre 1900 e 1999, apresentando a imunização em primeiro lugar. Neste sentido, Levi (2013) aponta que as imunizações são responsáveis, nos últimos dois séculos, por um aumento de cerca de 30 anos na expectativa de vida das pessoas.

Em 1994, o país recebeu da OMS/OPS o “Certificado de Erradicação da Transmissão Autóctone do Poliovírus Selvagem nas Américas”. A partir de então, o Brasil reafirma seu compromisso em manter altas coberturas vacinais e uma vigilância epidemiológica ativa de todo quadro de Paralisia Flácida Aguda, possibilitando, assim, a identificação imediata e precoce da reintrodução do poliovírus e a adoção de medidas de controle para impedir sua disseminação (SILVA; CÂMARA, 2011).

Neste contexto, o MS ressalta que é no espaço da atenção básica que se desenvolvem as ações de imunização. A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012a).

A promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo, visando alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social dos indivíduos. Uma visão ampliada de promoção da saúde sugere a atuação sobre as iniquidades. Nesta perspectiva, a promoção da saúde deixou de ter seu foco nos estilos de vida e passou a ser situada nos determinantes sociais e ambientais (BRASIL, 2002).

Considerando a atenção à criança neste contexto histórico, é importante destacar que em 1990 por meio da Lei nº 8.069 foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que é reconhecido internacionalmente como um dos mais avançados diplomas legais dedicados à garantia dos direitos da população infanto-juvenil, que define como criança toda pessoa até doze anos de idade (BRASIL, 1990a).

Em seu artigo 4º o ECA descreve como dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público, assegurar a criança, com absoluta

prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer entre outros (BRASIL, 1990). Ainda o ECA estabelece no seu Art. 14 que:

O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos. Parágrafo único. É obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias (BRASIL, 1990, Art. 14, § único).

Neste contexto de atenção à saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi estabelecida em 2006, e define a atenção básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006c, p.10).

No cenário da atenção básica compete as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e aos Programas de Saúde da Família (PSFs) realizar a imunização periódica para vários grupos etários, com ênfase ao público infantil. No contexto da vacinação, a equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve realizar a verificação da caderneta e a situação vacinal da população, seguida do encaminhamento das pessoas à UBS para iniciar ou completar o esquema vacinal, conforme os calendários de vacinação preconizados pelo MS. Com o intuito de evitar as oportunidades perdidas, é fundamental que haja integração entre a equipe da sala de vacinação e os demais profissionais da equipe de saúde (BRASIL, 2014b).

No entanto, a consolidação e o aprimoramento da AB como modelo de reorientação a atenção em saúde no Brasil requerem um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular (BRASIL, 2012c).

Como estratégia de (re) organização para o modelo técnico assistencial de promoção da saúde, a PNAB encontra-se articulada à Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que trata do Pacto pela Saúde, editada pelo MS e que confirma os princípios e as diretrizes do SUS como eixo estruturante da política de saúde brasileira. Este modelo apresenta mudanças operacionais nas três esferas de gestão do SUS, com inovações de processos e instrumentos, responsabilidades

coletivas por resultados pautados em necessidades populacionais e promoção da saúde (BRASIL, 2006d).

Com relação à promoção de saúde a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) define que:

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006e, p.09).

Somado às políticas mencionadas, cabe ressaltar a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, instituída pelo MS por meio da Portaria 1.067, de 04 de julho de 2005, que visou estruturar e estabelecer os princípios e diretrizes para assistência a gestante/mãe e a criança. Esta política fortalece direitos como: o atendimento humanizado e com ações de qualidade, a presença de acompanhante, o acolhimento da mulher, desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do recém-nascido. Estão inclusos neste contexto, as ações de atenção integral a saúde da mulher que desenvolve ações que promovem o atendimento clínico-ginecológico, o planejamento reprodutivo, o acompanhamento do pré-natal, o atendimento às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica/sexual e ações de prevenção a exemplo da vacinação (BRASIL, 2005c).

Outras conquistas podem ser ressaltadas neste processo de políticas públicas voltadas à criança e a mulher, como é o caso da licença concedida à funcionária gestante, após a 36ª semana de gestação ou a partir da data de nascimento da criança, mediante avaliação médica, requerida no máximo até 30 dias após o parto, sem prejuízo da remuneração. A licença gestante foi prorrogada por mais 60 dias, conforme Lei nº 11.770 de 09 de setembro de 2008, passando de 120 para 180 dias para servidoras públicas e no setor privado prevê incentivo fiscal para as empresas que aderirem à referida prorrogação (BRASIL, 2008).

A Licença paternidade é concedida ao servidor pelo nascimento de filho por um período de até 20 dias consecutivos, devendo ser justificada com a apresentação da certidão de nascimento do filho (BRASIL, 2016).

Desta forma, a atenção à saúde da criança e da mulher representam áreas prioritárias dentro dos cuidados à saúde das populações. Para que essas áreas de atenção à saúde se desenvolvam de maneira mais efetiva e eficiente, além do conhecimento sobre as características relacionadas à morbimortalidade, é importante destacar o papel que desempenham os serviços e os sistemas de saúde.

Alguns dos grandes eixos estratégicos são a redução da mortalidade materna e infantil, a humanização e promoção da qualidade da atenção prestada, a mobilização social e política, bem como o estabelecimento de parcerias e a promoção de vida saudável (BRASIL, 2009a).

Em relação à mortalidade, segundo o relatório nacional de acompanhamento dos ODM (Objetivos de Desenvolvimento do Milênio) de 2013, o Brasil alcançou em 2012 a meta internacional de diminuição da mortalidade em crianças menores de cinco anos. O índice, estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), previa a redução em 2/3 da mortalidade. No Brasil, a taxa passou de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 17,3 óbitos por mil nascidos vivos em 2012, uma redução de 67,7%. Os progressos das condições de saúde da criança brasileira são decorrentes de ações como a ampliação da cobertura da atenção básica, do acesso à vacinação, das taxas de aleitamento materno entre outros (BRASIL, 2014a).

Sob outra perspectiva, o aumento das consultas de pré-natal é outro exemplo de ação realizada pelo MS, junto com estados e municípios, que contribuiu para a redução da mortalidade infantil e materna. Somente em 2014 foram realizadas mais de 20 milhões de consultas de pré-natal pelo SUS, o que representa aumento de 57% em relação a 2007 (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2016).

Mais uma conquista no âmbito do SUS, voltada a atenção da saúde da criança é a Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 que instituiu a PNAISC com objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação até aos nove anos de vida. A referida política é orientada pelos princípios do direito a vida e à saúde; do acesso universal a saúde; da prioridade absoluta da criança; da integralidade do cuidado e da humanização da atenção (BRASIL, 2015).

A PNAISC se apresenta sob a elaboração de planos e programas de

promoção à saúde, como por exemplo, a disponibilização da caderneta de saúde da criança com atualização periódica do seu conteúdo. Nas páginas 24 e 25 da caderneta de saúde da criança constam informações sobre a idade que a vacina deve ser administrada, o nome da vacina e número de doses preconizadas pelo PNI e as doenças que a referida vacina protege. E as páginas 84 e 85 apresentam um espaço para o registro e acompanhamento do calendário de vacinação da criança preconizado pelo PNI (BRASIL, 2015).

Dentre os grupos de maior vulnerabilidade elegidos pelo PNI, estão os idosos, crianças e gestante. Avaliando a cobertura vacinal em crianças menores de um ano de idade, segundo dados do PNI-MS, em 2015 identifica-se no Brasil uma CV de 85,01%, no centro oeste é de 83,52% e em Sinop 89,54% (BRASIL, 2016).

Somando ao apresentado no paragrafo anterior, o Decreto nº 8.869 de 05 de outubro de 2016 instituiu o Programa Criança Feliz que tem como prioridade o atendimento de gestantes e crianças menores de seis anos, cujo objetivo é apoiar a gestante e a família na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais; mediar o acesso da gestante, das crianças na primeira infância e das suas famílias a políticas e serviços públicos de que necessitem; integrar, ampliar e fortalecer ações de políticas públicas voltadas para as gestantes, crianças na primeira infância e suas famílias (BRASIL, 2016b).

Desta forma, percebem-se grandes e significativos avanços no modelo de saúde no Brasil, desde a gestão de Oswaldo Cruz, no início do século XX, que teve como principal particularidade o combate das epidemias por meio de ações que visavam o saneamento básico e a vacinação sendo um disparador para ações de promoção e prevenção em saúde, bem como a realização da 8ª Conferencia Nacional de Saúde que reorganiza o modelo assistencial vigente idealiza a construção e a efetivação do SUS.

Nesta conjuntura, a história das vacinas no Brasil perpassa por um período em que as ações de imunização eram realizadas de maneira obrigatória e a oferta de imunobiológicos era pequena. A ocorrência de um movimento popular denominado Revolta das Vacinas, de luta e resistência da população a obrigatoriedade em se vacinar.

No contexto de atenção a saúde destaca-se a vacinação como um mecanismo de promoção da saúde, como ação de caráter coletivo e modo simples e

eficaz de prevenir algumas doenças, bem como reduzir a morbimortalidade dos agravos considerados imunopreveníveis como a diarreia por rota-vírus humano, sarampo, paralisia infantil, febre amarela entre outros.

3.2 O Programa Nacional de Imunização

Desde que foi criado, em 18 de setembro de 1973, e regulamentado pela Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, o PNI procura não apenas cumprir sua missão de organizar a política nacional de vacinação, mas sim contribuir para o controle, a eliminação e/ou erradicação de doenças imunopreveníveis. Em três décadas, tornou-se uma ação de governo caracterizada pela inclusão social, na medida em que se propõe assistir todas as pessoas, em todos os recantos do País, sem distinção de qualquer natureza (BRASIL, 2013c).

De acordo com o PNI, inúmeras doenças são preveníveis e outras controladas por meio da vacinação de crianças, adolescentes, idosos e adultos. Assim, tuberculose, febre amarela, difteria, tétano, coqueluche, paralisia infantil, diarreia por rotavírus, influenza, entre outras doenças, podem ser prevenidas e/ou monitoradas quando o indivíduo mantém o cartão de vacinação atualizado (BRASIL, 2014b).

Nesta linha de pensamento, Moraes (2008) aponta que o perfil da morbimortalidade do Brasil especialmente quando se trata de doenças infecciosas e parasitárias, apresentou alteração acentuada, decorrente de medidas de controle como a vacinação que ocupa lugar de evidência entre os aparelhos de política de saúde pública no Brasil.

O PNI organiza a política nacional de vacinação da população brasileira e tem como missão o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis. Em função do impacto obtido na redução de doenças nas últimas décadas o PNI é considerado uma das principais e mais relevante intervenção em saúde pública no Brasil. Neste processo os principais aliados do PNI no âmbito do SUS são as secretarias estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2014c).

O sucesso da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) fortaleceu, no MS, uma corrente que defendia maiores investimentos no controle de doenças infecciosas preveníveis por meio de ações de imunização. Assim, algumas iniciativas

importantes ocorreram no período de 1973 a 1980 e possibilitaram a construção de uma base técnica, política e institucional (TEMPORÃO, 2003).

Contudo, na prática ainda evidencia-se, um grande número de cartões de vacinação infantil incompletos. Para Molina et al. (2007), esta constatação pode estar relacionada ao conhecimento deficiente das mães, possivelmente existente pela falta de interesse das mesmas em buscar orientações a respeito deste assunto, e/ou pela ausência de ações educativas. Outro motivo seria o fato das orientações não serem prestadas de forma contínua, clara, objetiva e consistente, que resulta na falta de adesão ao esquema vacinal preconizado pelo MS.

Neste sentido, o MS preconizou como medida de reforço à manutenção do cartão vacinal atualizado, que as UBS estejam construídas de acordo com as normas sanitárias do Manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica em que a área física disponha de consultório médico e de enfermagem; sala de vacina; área de recepção, local para arquivos, sala para dispensação e armazenagem de medicamentos, sala de procedimentos entre outras (BRASIL 2012b).

As atividades da sala de vacinas devem ser desenvolvidas pela equipe de enfermagem treinada e capacitada para os procedimentos de manuseio, a conservação, o preparo e a administração dos imunobiológicos, o registro e o descarte adequado dos resíduos resultantes das ações de vacinação (BRASIL, 2014b).

Para garantir a qualidade e a segurança das vacinas, o PNI oferece ferramentas e desenvolve procedimentos que visam o armazenamento em temperatura adequada dos imunobiológicos, entre +2°C e +8°C, e este processo recebe a denominação de Rede de Frio das Vacinas (BRASIL, 2014b).

No âmbito nacional a Central Nacional de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CENADI) é o complexo logístico que representa o nível central da cadeia de frio, possui área refrigerada em temperatura de +2°C a +8°C e área de congelados em temperatura de -20°C, além de 800 m² de área de temperatura controlada entre +16°C a +17°C para atividades de preparo de recebimento e distribuição. Quanto aos imunobiológicos adquiridos pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização (CGPNI), todos são inicialmente armazenados na CENADI, passando pelo controle de qualidade do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), para posterior distribuição as instâncias estaduais. O

INCQS realiza o controle da qualidade por meio da análise das amostras de todos os lotes dos imunobiológicos, sejam eles nacionais ou importados (BRASIL, 2013c).

A instância estadual organiza-se em 27 centrais estaduais de armazenamento e distribuição de imunobiológicos, geralmente localizadas nas capitais das unidades federadas do Brasil e sob a responsabilidade técnico-administrativa das coordenações estaduais de imunizações das secretarias estaduais de saúde. A instância regional incorpora as Centrais Regionais de Rede de Frio (CRRF) que estão subordinadas as Secretarias Estaduais de Saúde ocupando posição estratégica para distribuição. Dispõem de área para armazenamento dos imunobiológicos geridos no âmbito de sua abrangência, de almoxarifado para outros insumos, de área de acesso aos veículos de carga, de área destinada ao recebimento, a preparação e a distribuição dos imunobiológicos, além de estrutura apropriada as atividades de apoio administrativo, técnico especializado, logístico e de ensino/pesquisa (BRASIL, 2003).

A vacinação, ao lado das demais ações de vigilância epidemiológica, vem ao longo do tempo perdendo o caráter verticalizado e se incorporando ao conjunto de ações da atenção primária em saúde. Constituem competências da esfera municipal:

A coordenação e a execução das ações de vacinação integrantes do PNI, incluindo a vacinação de rotina, as estratégias especiais (como campanhas e vacinações de bloqueio) e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

A gerência do estoque municipal de vacinas e outros insumos, incluindo o armazenamento e o transporte para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;

O descarte e a destinação final de frascos, seringas e agulhas utilizados, conforme as normas técnicas vigentes; e

A gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a coleta, o processamento, a consolidação e a avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes, bem como a transferência dos dados em conformidade com os prazos e fluxos estabelecidos nos âmbitos nacional e estadual e a retroalimentação das informações as unidades notificadoras (BRASIL, 2014, p.15).

A SV representa a instância final da Rede de Frio, onde são realizados, exclusivamente, os procedimentos de vacinação de rotina, campanhas, bloqueios e intensificações. Localizam-se em unidades/serviços da Rede de Atenção Básica de Saúde. Para a realização de sua atividade, é essencial o armazenamento dos imunobiológicos em equipamentos para refrigerações apropriadas e dentro de condições preconizadas pelo PNI. É recomendada, também, a climatização da sala de vacinação (aparelhos de ar-condicionado, para clima quente, e aquecedores,

para clima frio), de forma a minimizar os riscos indesejados de alterações de temperatura dos imunobiológicos (BRASIL, 2013c).

A sala de vacinação é classificada como área semicrítica, com finalidade exclusiva de administração dos imunobiológicos. Todos os procedimentos desenvolvidos na sala de vacina devem ser realizados com a máxima segurança, reduzindo o risco de contaminação para os indivíduos vacinados e também para a equipe de vacinação. Para tanto, é necessário cumprir as seguintes especificidades e condições em relação ao ambiente e as instalações: sala com área mínima de 6 m², contudo, área média a partir de 9 m² para a adequada disposição dos equipamentos e dos mobiliários e o fluxo de movimentação em condições ideais para a realização das atividades (BRASIL, 2014b).

A administração de imunobiológicos confere imunização ativa ou passiva ao indivíduo. Para que este processo ocorra com segurança, as atividades de imunização precisam ser cercadas de cuidados que assegurem procedimentos adequados antes, durante e após a administração dos imunobiológicos (BRASIL, 2003).

Desta forma, a imunização, de acordo com Santos; Albuquerque; Sampaio (2005) se configura pela indução da resposta imune de forma natural ou artificial, e se efetiva quando esta confere ao hospedeiro a capacidade de proteção contra determinado agravo imunoprevenível. Já vacinação, significa a imunização com antígenos administrados para a prevenção de doenças infecciosas.

O objetivo da imunização é a prevenção de doenças. Pode ser ativa ou passiva. Imunização ativa é a que se consegue por meio de administração das vacinas. Imunização passiva é a que se consegue pela administração de anticorpos. A imunização passiva pode ser heteróloga, conferida por anticorpos obtidos do plasma de animais previamente vacinados, a imunização homóloga é conferida por anticorpos obtidos do plasma de seres humanos (BRASIL, 2014b).

Os imunobiológicos são substâncias preparadas com vírus ou bactérias inativadas, ou microorganismos inteiros vivos, porém atenuados. Estas substâncias ao serem introduzidos no organismo de uma pessoa estimulam o sistema imune a desenvolver anticorpos contra a doença. Estes anticorpos ativam células de memória de forma a evitar que a pessoa desenvolva a doença ao ser exposta a ela, conferindo desta forma a imunidade (TOSCANO; KOSIM, 2003).

As vacinas vivas são constituídas de microrganismos atenuados, por exemplo, vacinas contra poliomielite, sarampo, caxumba, rubéola e febre amarela. Como provocam infecção similar à natural, têm em geral grande capacidade protetora com apenas uma dose e conferem imunidade em longo prazo, possivelmente por toda a vida. Já as vacinas não vivas precisam de repetição das doses para que se obtenha a imunidade desejável e muitas delas precisam ser repetidas periodicamente durante toda a vida, como as vacinas contra difteria e tétano (BRASIL, 2014b).

Na década de 1950, poucas vacinas eram disponibilizadas pelos serviços de saúde entre elas BCG, DTP (Difteria, Tétano e Coqueluche) e Toxóide Tetânico. Em 1977 foi publicada a portaria nº. 452/77 que regulamentou o primeiro calendário básico nacional de vacinação. No qual, o Brasil define as vacinas obrigatórias para as crianças menores de 1 ano de idade, com as seguintes vacinas: tríplice bacteriana ou DTP, contra difteria, tétano e coqueluche; vacina *Bacilo Calmette-Guerin* (BCG), contra tuberculose; vacina monovalente contra sarampo; e vacina oral contra poliomielite (VOP) (BRASIL, 2001).

Considerando o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais, o PNI define calendários de vacinação com orientações específicas. Em 2004, foi publicada a Portaria Ministerial MS/ GM nº 597/2004 regulamentando os calendários de vacinação na rotina, por ciclos de vida: calendário da criança; do adolescente; e do adulto e idoso (BRASIL, 2004b).

A referida portaria dispõe sobre a necessidade de se estabelecer normas sobre o PNI, e normatizar a obrigação de apresentação de carteira de vacinação atualizada para efeito de percepção de salário-família, matrícula em creches, pré-escola, ensino fundamental, ensino médio, alistamento militar e contratação trabalhista.

De acordo com a portaria GB/MS nº 1.602 de 17 de julho de 2006 que instituiu o Calendário de Vacinação da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, resolve que as vacinas BCG e Hepatite B devem ser administradas ainda na maternidade (BRASIL, 2006f). Sendo que a vacina Hepatite B deve ser administrada nas primeiras 12 horas de vida.

Em 2010, o PNI contava com um amplo calendário de vacinação disponível para a população geral e outro para a população indígena. Disponibilizava 15 vacinas e aproximadamente 34 mil salas de vacina, distribuídas por meio de

variadas estratégias de vacinação, incluindo vacinação de rotina, campanhas, bloqueios vacinais e ações extramuros. De acordo com dados do PNI em 2012, 96% das vacinas e 100% dos soros ofertados pelo Programa foram produzidos no Brasil (BRASIL, 2014b).

Atualmente o PNI disponibiliza mais de 50 produtos entre soros, vacinas e imunoglobulinas, e os calendários de vacinação infantil, adulto, adolescente, idoso e gestante em vigor preconizado pelo PNI é o seguinte:

Calendário Nacional de Vacinação 2017															
Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta/DTP	VIP/VO P	Pneumocócia 10V (conjugada)*	Rotavírus Human	Meningocócica C (conjugada)*	Febre Amarela	Hepatite A**	Tríplice Viral	Tetra viral***	HPV	Dupla Adulto	dTpa****
Crianças	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer												
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com VTR)	1ª dose	1ª dose								
	3 meses							1ª dose							
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com VTR)	2ª dose	2ª dose								
	5 meses							2ª dose							
	6 meses			3ª dose	3ª dose (com VTR)										
	9 meses								Dose única						
	12 meses					Reforço		Reforço			1ª dose				
	15 meses			1º reforço (com DTP)	1º reforço (com VTR)					Uma dose (15 meses até 23)		Uma dose			
4 anos			2º reforço (com DTP)	2º reforço (com VTR)											
9 anos															
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses (verificar a situação vacinal)					01 reforço ou dose única (verificar a situação vacinal - 12 a 13 anos)	Dose única (verificar a situação vacinal)				2 doses (meninas de 9 a 14 anos) 2 doses (meninos de 9 a 14 anos)	Reforço a cada (10 anos)	
Adulto	20 a 59 anos		3 doses (verificar a situação vacinal)						Dose única (verificar a situação vacinal)		2 doses (20 a 29 anos) 1 dose (30 a 49 anos)			Reforço a cada (10 anos)	
Idoso	60 anos ou mais		3 doses (verificar a situação vacinal)						Dose única (verificar a situação vacinal)					Reforço a cada (10 anos)	
Gestante			3 doses (verificar a situação vacinal)											3 doses (verificar a situação vacinal)	Uma dose a cada gestação a partir da 20ª

Nota: *Administrar Uma dose da vacina Pneumocócia 10V (conjugada) e da vacina Meningocócica C (conjugada) em crianças entre 2 e 4 anos, que não tenham recebido o reforço ou que tenham perdido a oportunidade de se vacinar anteriormente.

**Administrar Uma dose da vacina hepatite A, em crianças entre 2 e 4 anos, que tenham perdido a oportunidade de se vacinar anteriormente.

***A vacina tetra viral corresponde à segunda dose da tríplice viral e à dose da vacina varicela. Crianças entre 2 e 4 anos que não apresentarem nenhuma dose da vacina com componente varicela, poderão receber Uma dose.

****Gestantes que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante o período gestacional, administrar Uma dose de dTpa no puerpério, o mais precocemente possível. A vacina dTpa também será ofertada para profissionais de saúde que atuam em maternidade e em unidade de internação neonatal (UTI/UCI convencional e UCI canguru) atendendo recém-nascidos e crianças menores de 1 ano de idade.

Fonte: BRASIL, 2017b.

Nos anos de 1987 a 1989, a cobertura vacinal era considerada baixa. Em alguns estados, não chegavam a 40%, e as mais altas ficavam em torno de 60% (BRASIL, 2013). E atualmente as coberturas vacinais mostraram-se elevadas na vacinação de rotina e em campanhas, resultando na eliminação ou redução da incidência de doenças imunopreveníveis, apesar da não homogeneidade de Cobertura Vacinal (CV)⁶. As estratégias adotadas pelo PNI ampliaram a oferta de vacinas sob o ponto de vista territorial e, sobretudo, populacional e justificam melhora nos índices de cobertura vacinal (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Neste sentido, Luhm; Cardoso; Waldman (2011) referem que uma boa cobertura vacinal caracteriza um bom indicador de saúde. É importante que a CV seja alta e homogênea; isto é que pelo menos 95% ou mais das pessoas suscetíveis desenvolvam imunidade.

Segundo Pereira et al. (2009) a avaliação da CV pode contribuir para a análise da efetividade da ação de vacinação, sendo útil para identificar fragilidades nas atividades de imunização, determinar imunização de grupo populacional específico, bem como estabelecer metas de acompanhamento da parcela da população suscetível às doenças imunopreveníveis.

De acordo, com os critérios estabelecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), os indicadores para cálculo da CV devem considerar o esquema completo de vacinação para cada uma das doenças do calendário de vacinação do PNI. O cálculo da CV é constituído pelo número de doses aplicadas (correspondente ao esquema completo de vacinação) de determinado imunobiológico dividido pela população alvo e multiplicado por 100, em uma área e tempo considerados. Este indicador corresponde à percentagem de pessoas vacinadas e potencialmente protegidas contra determinada doença (BRASIL, 2001).

A CV adequada deverá ter pelo menos $\geq 75\%$ das vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança, para este cálculo será considerado como CV atingida para as vacinas BCG e Vacina Oral contra Rotavírus Humano (VORH) uma cobertura maior ou igual a 90%, para as vacinas Pentavalente, Pólio, Pneumocócica 10 valente, Meningocócica do tipo C e Tríplice Viral uma cobertura maior ou igual a 95%, e para vacina contra Febre Amarela uma cobertura maior

⁶ A homogeneidade de cobertura vacinal é definida como a proporção de municípios com CV maior ou igual a 95% (TEIXEIRA; ROCHA, 2010).

ou igual a 100% e para vacina contra Influenza a CV maior ou igual a 80%. Diante destes valores realiza-se a proporção das vacinas que as metas foram alcançadas divididas pelo número total de vacinas acima descrita x 100 (BRASIL, 2014b).

Os resultados dos dados de cobertura possibilitam entre outros aspectos, conhecer o acesso da população ao serviço, o grau de aceitação da comunidade ao programa de vacinação e sua efetividade. Além disso, esses resultados permitem dirigir as ações de imunizações para grupos mais suscetíveis, revisar as estratégias, acelerar as atividades para cobrir a população alvo ou, ainda, assegurar o apoio da comunidade (BRASIL, 2001).

Por outro lado, a eficácia de um imunobiológico é fundamental para o alcance da imunização, que é caracterizada pela capacidade de conferir proteção contra determinada doença. A eficácia esperada para cada vacina traduz um efeito potencial obtido em determinadas condições experimentais, em laboratório e em condições ideais. Por outro lado, a eficiência ou efetividade é a relação entre os recursos destinados às atividades e o efeito ou o resultado produzido, ou seja, é a relação entre o custo e o resultado ou entre o resultado e os insumos. Leva em conta a eficácia e as condições reais de trabalho no campo, a aceitação da população, a estabilidade do produto, a facilidade de administração (BRASIL 2014b).

Atualmente, há necessidade de garantir a qualidade da assistência prestada, com o menor risco possível, tanto nas ações preventivas quanto curativas. Neste sentido, destacam-se ações do fármaco-vigilância, incluindo-se os Eventos Adversos Pós Vacinais (EAPV) que são caracterizados por manifestações clínicas, que aparecem após administração das vacinas, identificados por sinais e sintomas que podem ser causados pelo produto administrado ou podem estar apenas associados temporalmente à aplicação. O Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) são serviços de referência para os EAPV graves decorrentes da vacinação (BRASIL, 2014c).

O sucesso do PNI contribuiu para a erradicação de doenças como a poliomielite, sarampo, rubéola, processo de eliminação do tétano neonatal, redução e controle da meningite por *Haemophilus influenzae* e meningococo C, entre outras doenças (BRASIL, 2012a).

Acredita-se que o PNI, em 43 anos de ações de promoção e prevenção de

destaque internacional, tem obtido sucesso na diminuição e até mesmo a erradicação de doenças imunopreveníveis por meio de atividades programadas de rotina, campanhas ou ações estratégicas tendo como meta a vacinação da população de maior vulnerabilidade para cada agravo específico.

3.3 O Trabalho em Enfermagem e a vacinação

O trabalho nos serviços de saúde manifesta-se nas relações estabelecidas entre os usuários e a equipe por meio da intervenção e do convívio. Para Brito (2005), o trabalho em saúde é marcado pela desigualdade de interesses entre os sujeitos, o profissional de saúde e o usuário do sistema de saúde, em meio aos interesses da política de saúde vigente.

Os profissionais de enfermagem constituem uma força de trabalho em saúde que tem especificidades, determinadas pelo âmbito técnico, ético e político, de conformação histórica e regulamentada na Lei do Exercício profissional (PEREIRA et al., 2009). Dentre estas especificidades as atividades da sala de vacina.

As atividades de imunização são determinadas pelos Artigos 12, 13, 15 e 23, da Lei nº 7.498 de 1986 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Segundo o COFEN as atividades na sala de vacina podem ser exercidas por Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem somente sob a supervisão do enfermeiro, sejam em instituições públicas, privadas ou filantrópicas (COFEN, 1996).

A atuação do enfermeiro é relevante em todas as ações de execução do PNI, sendo de sua responsabilidade, orientar e prestar assistência à comunidade, prover periodicamente às necessidades de material e imunobiológicos, acompanhar as doses de vacinas administradas de acordo com a meta, realizar busca de faltosos por meio da elaboração do arquivo de cartão espelho, avaliar e acompanhar sistematicamente as coberturas vacinais e buscar atualização técnico-científica (PEREIRA; BARBOSA, 2007).

Para Muniz; Silva; Martini (2012) é de competência do profissional enfermeiro, capacitar os profissionais de nível técnico para a vacinação e destacar que não serão só aplicadores de vacinas, mas também profissionais conscientes no cuidado à saúde, da população de uma forma integral.

É relevante, que haja integração entre a equipe da sala de vacinação e os demais profissionais da equipe de saúde, no sentido de evitar as oportunidades perdidas de vacinação, que se caracterizam pelo fato do indivíduo ser atendido em outros setores da unidade de saúde sem que seja verificada sua situação vacinal ou haja encaminhamento à sala de vacinação (BRASIL, 2014b).

Sendo assim, as atividades de rotina na vacinação são desenvolvidas pela equipe de enfermagem que é composta por enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem. A equipe de enfermagem precisa ser treinada e capacitada para os procedimentos de manuseio, conservação, preparo administração, registro e descarte dos resíduos resultantes das ações de vacinação. Também participa da compreensão da situação epidemiológica da área de abrangência do serviço, para o estabelecimento de prioridades. Compete ao enfermeiro a supervisão e educação permanente da equipe (BRASIL, 2014). Destacando-se como principais funções da equipe neste processo de vacinação:

Planejar as atividades de vacinação, monitorar e avaliar o trabalho desenvolvido de forma integrada ao conjunto das demais ações da unidade de saúde; prover, periodicamente, as necessidades de material e de imunobiológicos; manter as condições preconizadas de conservação dos imunobiológicos; utilizar os equipamentos de forma a preservá-los em condições de funcionamento; dar destino adequado aos resíduos da sala de vacinação (BRASIL, 2014, p.25).

Nesta perspectiva, é na AB onde se desenvolve este processo de trabalho, que desempenha papel essencial na garantia do acesso e do acolhimento por ser o primeiro contato da criança e da família com os serviços de saúde. Neste sentido, os profissionais de saúde que compõem a ESF são os atores principais na referida abordagem (FERREIRA, 2005; BRASIL, 2013a).

A ESF visa à reorganização da AB no Brasil, é uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB por favorecer uma reorientação do processo de trabalho visando ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a).

Em contrapartida, segundo Pires; Gottems (2009), os retrocessos e avanços na política de saúde são marcados pela precariedade das relações de trabalho, as iniquidades sociais, a conjuntura econômica, as condições insalubres, os cenários de violência, as influências políticas locais e as fragilidades na formação dos profissionais.

Dentre os atores envolvidos no processo de vacinação, o vacinador é um dos responsáveis pela eficiência e eficácia do PNI. Sendo assim, de nada adianta uma rede de vacinação bem estruturada se o profissional que atua na linha de frente não for proativo, responsável e capaz de criar vínculo com usuário. Este vínculo começa a se formar a partir do acolhimento que é compreendido como uma tecnologia do encontro, ou seja, um método que permite interagir com outras pessoas, um modo de relação com o cliente e/ou usuário, permitindo a construção de um relacionamento profissional respeitoso, de confiabilidade mútua (MUNIZ; SILVA; MARTINI, 2012).

Desta forma, o acolhimento se configura como uma atitude de inclusão, caracterizada por ações que favorecem a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e com os serviços. O envolvimento e a responsabilidade de toda a equipe, a verificação do comprovante e o encaminhamento para a vacinação contribuem para fortalecer a cultura da valorização do comprovante de vacinação (cartão ou caderneta) no conjunto de documentos pessoais (BRASIL, 2014a).

Segundo Muniz; Silva; Martini (2012), o acolhimento é um dos dispositivos que o vacinador deve dominar para que sua atuação em sala de vacina seja eficiente; pois esta ferramenta no campo da saúde deve ser entendida como modo constitutivo de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta.

Apesar dos resultados positivos e contribuições das vacinas à saúde pública, mas especificamente ao controle e erradicação de algumas doenças, o distanciamento dos profissionais de enfermagem do processo educativo com as mães e a presença reduzida dos enfermeiros na sala de vacinação pode ser considerado entraves em relação ao processo de vacinação que acontece nas UBSs do país (OLIVEIRA et al., 2010).

Para além das atividades de vacinação dos usuários existe um serviço que tem por objetivo garantir a qualidade dos imunobiológicos disponibilizados nos serviços de vacinação nas UBSs denominada Rede de Frio. Este sistema é utilizado pelo PNI, e visa manter as vacinas em condições adequadas de transporte, armazenamento e distribuição, permitindo que mantenham suas características iniciais até o momento da sua administração (BRASIL, 2014b).

Para Cavalcante et al. (2015), no cumprimento do calendário de imunização, a equipe de enfermagem tem papel essencial, sendo responsável pelos cuidados desde a conversação dos imunobiológicos, administração, cuidados com o funcionamento das salas de vacinas, além de realizar as buscas das crianças faltosas e avaliar periodicamente as metas atingidas.

As orientações sobre os eventos adversos pós-vacinação que podem acontecer devido a aspectos relacionados aos vacinados ou à vacinação precisam ser enfatizados. Os efeitos relacionados aos vacinados são aqueles que envolvem respostas do organismo do indivíduo e os relacionados à vacinação são os componentes da vacina, sua produção e a relação destes com a predisposição orgânica dos vacinados (BRASIL, 2003).

Ainda segundo o mesmo autor, as vacinas e seus efeitos adversos mais conhecidos são:

BCG - úlcera maior que 1 cm, linfadenopatia regional não supurada, linfadenopatia regional supurada, abscesso subcutâneo frio, abscesso subcutâneo quente e cicatriz quelóide. Hepatite B - edema e eritema, nódulo indolor no local da injeção, mal-estar, cefaleia, mialgia, artralgia, febre de 37,5°C nas primeiras horas após a aplicação da vacina, ou até o dia seguinte. Sabin (VOP) - o evento adverso que pode ocorrer após o uso desta vacina é a própria doença, a poliomielite. Rotavírus - os eventos adversos são raros, mas podem ocorrer discretos sintomas gastrointestinais (cólicas, alterações nas fezes e febre baixa). Triviral - dor local, eritema, endurecimento no local, ardência, exantema, prurido e febre de 39,5° C ou mais. Febre Amarela - dor local, febre, mialgia e cefaléia. DTP - febre, hiperemia, calor, endurecimento e edema, acompanhados ou não de dor, nódulo indolor no local da injeção, sonolência, anorexia e vômito. DT - Dor, eritema, edema, linfadenopatia e febre, raramente superior a 39° C (BRASIL, 2003, p.34).

Após a administração das vacinas, as pessoas podem sentir algumas reações que são esperadas, pois a vacina está estimulando a produção dos anticorpos e a defesa do nosso organismo. Geralmente, essas reações são transitórias e não fazem mal, apesar de serem incômodas (BRASIL, 2003).

Desta forma, as orientações acerca das vacinas são particulares e específicas a depender de qual imunobiológico será realizado, no caso da BCG informações sobre a evolução esperada da cicatriz vacinal são relevantes antes da aplicação da vacina, bem como alguns cuidados como não cobrir a úlcera e não utilizar qualquer medicamento no local da vacina (BRASIL, 2014b).

Segundo Cavalcante et al. (2015), o elevado percentual de atrasos no cumprimento do calendário básico de vacinas comprova a necessidade de planejamento de ações de educação em saúde e de iniciativas de fortalecimento

de ações que contribuam para promover o cumprimento do esquema básico de vacinação no primeiro ano de vida, a fim de diminuir e evitar o reaparecimento de doenças imunopreveníveis.

Para Lima et al. (2012), a maioria dos entraves que induzem as famílias ao não cumprimento do calendário vacinal básico infantil está diretamente relacionada com distanciamento na relação entre a comunidade e os profissionais de saúde, que gera a desinformação e/ou informação descontextualizada, e conseqüentemente a não adesão vacinal.

Neste sentido, Sousa; Vigo; Palmeira et al. (2012) referem que a equipe de saúde deve planejar ações que visem solucionar as dificuldades enfrentadas pela população para vacinar seus filhos, além de orientá-la quanto à importância da vacinação, sua eficácia e possíveis efeitos adversos, a fim de aumentar a adesão ao calendário de vacinação preconizado pelo MS, contribuindo, desta forma, para a melhoria da qualidade de saúde de todos.

Desta forma, cabe a equipe de enfermagem e sobre tudo ao enfermeiro capacitar, planejar, orientar, supervisionar e realizar as ações de vacinas de acordo com as normas técnicas preconização do PNI tendo em vista a qualidade eficácia das ações de vacinação. A administração de imunobiológicos guarda intrínseca relação com os cuidados de enfermagem com crianças e suas famílias, tendo como foco a prevenção de doenças. No entanto, é preciso atentar para as orientações na comunidade acerca da temática.

Diante do exposto acredita-se que é na AB que encontraremos o maior número de procedimentos em sala de vacina. Desta forma, o acolhimento realizado pela equipe de enfermagem aos usuários é de suma importância e pode facilitar ou não o acesso destes usuários as ações desenvolvidas pelo PNI. Por isso a equipe responsável pelas ações de imunização precisa estar atenta e disposta a estabelecer um vínculo positivo com a comunidade que atende.

3.4 Educação em Saúde e a vacinação

Estudos afirmam que, não basta saber ou fazer, é preciso saber fazer, interagindo e intervindo. Esta formação deve ter como característica a autonomia e a capacidade de aprendizado constante para aproximar a teoria e a prática. Há necessidade de inseparabilidade do conhecimento e da ação, ou seja, é a educação permanente baseada no aprendizado contínuo (BRASIL, 2005a)

No exercício do processo de trabalho em sala de vacina é fundamental a realização de orientações em que seja possível trabalhar a educação em saúde sobre vacinação com vistas à mudança de comportamento das mães e ampliação do entendimento desta prática de saúde, enfatizando a manutenção do esquema vacinal atualizado e estimulando a promoção da saúde (OLIVEIRA et al.,2010).

Merhy (2008), tem como ideia a problematização dos modos de se produzir saúde rumo a novos arranjos tecnológicos para os atos produtivos em saúde e afirma que o território em disputa é o campo de ação do trabalho vivo em ato.

Como prática transversal no SUS, destaca-se não o processo de transmissão de conhecimento, mas a ampliação dos espaços de negociação entre os distintos atores envolvidos em determinado problema social. Busca problematizar o que está incomodando e oprimindo, para a construção compartilhada do conhecimento ao invés de procurar difundir conceitos e comportamento politicamente corretos (BRASIL, 2013d).

Para Cestari (1999), os próprios enfermeiros e enfermeiras, assim como os educadores e educadoras precisam refletir sobre a assistência realizada, o seu próprio fazer, enfatizando a necessidade de problematizar sua prática, este exercício na docência é um passo importante em busca de uma prática educativa que contribua para a formação de profissionais críticos, reflexivos, questionadores, compromissados e humanos.

Segundo Freire (1999), o profissional deve estar comprometido com a sociedade, de modo que sua ação e reflexão possam transformar a realidade. Por outro lado, as práticas educativas, quando desenvolvidas numa perspectiva que tencionam a problematização, permitem que o indivíduo exerça mais plenamente a sua cidadania.

Neste sentido, é de grande importância à necessidade de criar oportunidades permanentes de capacitação para atualização e aperfeiçoamento do trabalhador da sala de vacinação (BRASIL, 2014b).

Sendo assim, a atuação do profissional de saúde junto à comunidade precisa ser de mobilização na busca das melhores condições de saúde, mediante interação dialógica, e acima de tudo, admitindo os saberes preexistentes para integrá-los na formulação do conhecimento (FREIRE; NOGUEIRA, 1991).

Por outro lado, segundo Ayres (2009) há possibilidade de se alcançar êxito técnico sem que se alcance o cuidado. Uma vez que, uma resposta assistencial

baseada em êxitos técnicos, em que a proposta clínica se resume à adequada administração, do ponto de vista científico, dos recursos tecnológicos, é uma resolução de problemas de saúde de ordem diversa daquela do sucesso prático.

É relevante que as equipes que atuam desenvolvendo as ações preconizadas pelo PNI se preocupem em conhecer a realidade e as experiências vividas pelos usuários dos serviços de imunização. O conhecimento das experiências possibilitará a qualificação do processo de trabalho da equipe de enfermagem em SV e atividades de educação em saúde.

Para Freire (1996), ensinar exige o reconhecimento e a assunção da identidade cultural da comunidade que se pretende trabalhar. O profissional de saúde necessita assumir-se como ser histórico, social, pensante, transformador e criador. A questão da identidade cultural é fundamental na prática educativa e guarda relação com o quanto nos entendemos enquanto sujeitos. A construção de um saber com educando depende da estima que o educador dá à comunidade na qual ele trabalha para conseguir aproximar os contextos à realidade vivenciada.

4 Metodologia

4.1 Caracterização da pesquisa

Esta pesquisa norteou-se metodologicamente como estudo descritivo, com abordagem qualitativa. O método qualitativo responde a questões muito particulares, é utilizado em estudos dos significados, das relações, das crenças, das percepções das opiniões, dos valores e dos motivos, permitindo desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares. Além disso, propiciam a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos durante a investigação (MINAYO, 2013).

O estudo descritivo, segundo Triviños (2009) permite um conhecimento aprofundado sobre determinada realidade e que os resultados atingidos possibilitam formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas.

Desta maneira, o estudo da temática proposta torna-se pertinente, pois se refere à qualidade e ao manuseio de questões complexas, impossibilitadas de serem quantificadas e assume um caráter descritivo quando objetiva identificar o conhecimento de mulheres em relação às vacinas recebidas na gestação e pela criança.

4.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Sinop/MT, fundado em 1974 e localizado no norte do Estado do Mato Grosso, em área da Amazônia Legal, distante 512 km da capital Cuiabá. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Sinop (Sociedade Imobiliária do Norte do Paraná) possui uma população estimada, em 2016, de 132.934 habitantes (IBGE, 2010). O referido município foi selecionado uma vez que a pesquisadora reside e atua profissionalmente no mesmo.



Figura 1: Mapa do Estado de Mato Grosso com identificação do território de Sinop ☆

Fonte: <https://pt.mapsofworld.com/brasil/estados/mato-grosso.html>

O município de Sinop, em sua estrutura de saúde pública conta com quatro hospitais gerais (um público e três privados), uma Unidade de Pronto Atendimento, um Centro de Especialidades Médicas, um Centro de Reabilitação, um Serviço de Hemodiálise, 23 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e 18 SV e com aproximadamente 2752 nascidos vivos por ano, e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,754 (DATASUS, 2016; BRASIL, 2016).

Segundo os ODM das Nações Unidas, a TMI para o Brasil deveria estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015 (DATASUS, 2016). A TMI declinou em todo o Brasil, entre 2000 e 2010, na região centro-oeste esta taxa diminuiu de 21,6 (2010) para 14,2 (2010) por mil nascidos vivos (IBGE, 2016).

Sinop foi considerado um dos 11 municípios prioritários no Estado do Mato Grosso para a redução do componente neonatal pelo MS em função do alto coeficiente de mortalidade. No ano de 2009 o Estado de Mato Grosso firmou compromisso de reduzir, anualmente, a TMI, com ênfase no componente neonatal, em 5,0% (BRASIL, 2012c).

A TMI em Sinop reduziu 34% passando de 19,8 por mil nascidos vivos em 2000 para 13,08 por mil nascidos vivos em 2014 (BRASIL, 2016).

O local de realização da pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Botânico, que possui duas Equipes de Estratégia de Saúde da Família composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS e uma sala de vacina em atividade efetiva de vacinação que atende a população de abrangência territorial de ambas as equipes de ESF. A escolha desta unidade ocorreu em função de que de acordo relatório “consolidado de doses aplicadas” do SI-PNI, a referida unidade de saúde apresentou entre os meses de janeiro a julho de 2016 o maior número de aplicações dentre as 1600 aplicações de 3ª dose da vacina Pentavalente, que é preconizada pelo PNI aos 6 meses de vida da criança, totalizando 9,5% destas aplicações (BRASIL, 2016).

4.3 Participantes da Pesquisa

As participantes desta pesquisa foram 24 mulheres, mães de crianças até um ano de idade, que receberam alguma dose de vacina do calendário vacinal da gestante e da criança preconizado pelo PNI/MS e pertencem ao território de abrangência da ESF Jardim Botânico.

Ressalta-se que a pesquisa qualitativa não necessita estabelecer o número de participantes previamente, uma vez que visa apreender as essências contidas nas falas dos sujeitos que vivenciam determinadas situações, trabalhando com o universo subjetivo, ou seja, com um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2013).

Neste sentido, o presente estudo trabalhou na perspectiva saturação teórica dos dados, que é amplamente utilizado em pesquisas qualitativas na saúde. Caracteriza-se por ser uma ferramenta conceitual de inequívoca aplicabilidade prática. É usada para estabelecer o tamanho da amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes quando os dados obtidos passam a apresentar uma repetição de informações (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

4.4 Critérios de Inclusão

- ✓ Mulher com idade superior a 18 anos;
- ✓ Mãe de criança até um ano de idade;
- ✓ Mulher que tenha recebido pelo menos uma dose de vacina do calendário da gestante preconizado pelo PNI/MS e que seu filho (a) tenha recebido alguma dose de vacina do calendário de vacinação da criança;
- ✓ Disponibilidade para participar da entrevista;
- ✓ Consentir com o uso do gravador durante as entrevistas;
- ✓ Permitir a publicação dos resultados no meio científico.

4.5 Critérios de Exclusão

- ✓ Mães de crianças que residem fora do território de abrangência da UBS Jardim Botânico.

4.6 Princípios Éticos

Para a realização deste estudo, foram seguidos e mantidos os preceitos da Resolução 466/12⁷ do Conselho Nacional de Saúde, do MS, sobre pesquisa com seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2007) no seu Capítulo III, no que diz respeito aos Deveres nos artigos 89, 90 e 91 e às Proibições nos artigos 94 e 98⁸.

Foi garantido às participantes do estudo, o anonimato, liberdade de desistir, em qualquer momento da pesquisa, acesso aos dados coletados e aos resultados do estudo. A fim de preservar o anonimato, as participantes foram identificadas por M (Mulher) seguidos do numeral de ordem das entrevistas. Ex: M1; M2; e assim sucessivamente.

A pesquisa não acarretou riscos físicos, pois não foram realizados procedimentos invasivos. No entanto, como a entrevista poderia gerar desconfortos, e, para amenizar ou suprimir este risco, foi dada a opção às

7 Resolução nº466/12: Esta incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito os participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

8 Capítulo III (dos Deveres): Art. 89- Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90- Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; Art. 91- Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Capítulo III (das Proibições): Art. 94- Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art. 98- Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

mulheres de responderem ou não as questões, desistirem a qualquer momento, sem qualquer prejuízo as mesmas.

Os benefícios às participantes da pesquisa foram marcados pela escuta e a possibilidade de troca de conhecimento entre as participantes e a pesquisadora em relação às vacinas com a possibilidade de reflexão sobre a temática vacinação. Deste modo, ao conhecermos a percepção de mulheres quanto à vacinação de si no período da gestação e da criança poderá trazer subsídios para reflexão sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde, bem como possibilidades de qualificar o saber/fazer dos profissionais que desenvolvem atividades nas salas de vacina. Não houve nenhum custo para a participação da pesquisa.

As mulheres que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) no qual consta a justificativa, os objetivos, procedimentos da pesquisa, riscos e benefícios para participante. O TCLE foi elaborado em duas vias ficando uma com a participante e outra com a pesquisadora.

Informou-se também que os dados coletados serão guardados pelos pesquisadores na sala dos Núcleos de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas sob a responsabilidade da orientadora deste estudo e serão destruídos após cinco anos.

4.7 Procedimentos para a coleta de dados

Inicialmente em meados de junho de 2016, foi realizado contato com o gestor municipal de saúde e com a coordenadora municipal de imunização do município de Sinop – MT, para explicar os objetivos do estudo. Neste primeiro contato, o secretário municipal de saúde solicitou que fosse encaminhado uma cópia do projeto de dissertação juntamente com a solicitação da carta de anuência para a Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) municipal.

No dia 26 de agosto, foi enviado a CIES Municipal de Sinop toda documentação solicitada via Sedex e por e-mail. No dia 20 de setembro recebeu-se a apreciação do projeto de pesquisa, bem como a carta de anuência assinada pelo gestor municipal de saúde do município de Sinop (Anexo A).

De posse das cartas de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde e após apresentação do projeto para a banca de qualificação e a realização das adequações sugeridas pelos membros da banca, o projeto foi encaminhado a Plataforma Brasil para apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O projeto foi aprovado pelo CEP da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas, com Parecer nº 1.892.576 e CAAE 63197416.9.0000.5317 (Anexo B). Após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa foi realizado o contato com o coordenador da CIES Sinop e com a enfermeira responsável pela UBS Jardim Botânico para os encaminhamentos da pesquisa.

O contato com a enfermeira foi importante, neste momento a pesquisadora explicou os objetivos e metodologia que seria utilizada no estudo. Posteriormente foi realizada a mesma explanação para os técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde presentes na unidade básica de saúde.

A proposta inicial, era de que a pesquisadora permaneceria um período do dia acompanhando as atividades da sala de vacina para fazer o primeiro contato com as prováveis participantes. No entanto, em virtude de a área física da sala de vacina ter aproximadamente 8 m², e as atividades serem realizadas por duas técnicas de enfermagem concomitantemente, e que, com a entrada da mãe e da criança a permanência da pesquisadora poderia dificultar o processo de vacinação. Por estas razões, foi de comum acordo entre pesquisadora e enfermeira responsável pela UBS, que a pesquisadora permaneceria na recepção da UBS para realizar a abordagem às possíveis participantes.

Ressalta-se que esta decisão foi benéfica, uma vez que foi possível realizar o convite às mães que procuraram a UBS para procedimentos em sala de vacina para consulta médica ou consulta odontológica. Deste modo, a pesquisadora iniciou no período matutino do dia 25 de janeiro de 2017 as etapas da pesquisa na UBS, permanecendo na recepção do serviço de saúde até o dia 07 de março, em dias alternados. No momento em que a primeira mãe compareceu no serviço em busca dos resultados de exames de sua filha, realizou-se o primeiro contato com esta provável participante da pesquisa. Formalizou-se o convite e após aceite verbal e procedeu-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informado à participante a justificativa, os objetivos da pesquisa, os riscos e benefícios para a participante, e a garantia de anonimato.

Após a concordância de participação, foi fornecido o TCLE (Apêndice A), elaborado em duas vias que foram rubricadas em todas as suas páginas e assinadas pela participante assim como pela pesquisadora responsável. Uma via ficou com a autora e a outra com a mulher que aceitou participar da pesquisa. A visita domiciliar foi agendada para o período da tarde, porque a mãe referiu disponibilidade.

A entrevista semiestruturada é uma técnica que facilita a abordagem, pela combinação de perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado pode discursar sobre o tema em questão, sem se prender a indagação formulada (MINAYO, 2013).

Durante a coleta de dados foi utilizado à técnica de observação simples que de acordo com Gil (1999), é aquela em que o observador permanece alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende observar, e somente observa de maneira espontânea os fatos que aí ocorrem.

Segundo Marconi e Lakatos (2010), a observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Para registrar as observações, com o objetivo de analisá-las posteriormente, o pesquisador normalmente utiliza os seguintes instrumentos de coleta de informação: bloco de notas e canetas para anotações, fichas de registro, câmera fotográfica e filmadora.

A coleta dos dados iniciou-se no dia 25 de janeiro de 2017 a tarde e foi finalizada no dia 10 de março pela manhã, totalizando 45 dias. Os dados primários foram coletados por meio de entrevista semiestruturada gravada, em gravador digital da marca sony, fornecido pela UFPel, com a autorização e ciência das participantes (Apêndice B). Os dados secundários foram coletados no instrumento da pesquisa após avaliação dos cartões de vacinas da criança e da gestante no momento da visita domiciliar e entrevista.

Em virtude, da pesquisadora desenvolver a coleta de dados concomitante com suas atividades laborais o próximo retorno a UBS aconteceu no período matutino do dia 06 de fevereiro quando foi possível realizar o convite a duas mães. Após a concordância de participação, foi fornecido o TCLE (Apêndice A). As visitas domiciliares foram agendas uma para o mesmo dia no período da tarde e outra para o dia seguinte no período matutino, de acordo com a disponibilidade das mulheres.

Houveram situações em que a pesquisadora encontrou dificuldades em localizar as mulheres que haviam assinado o TCLE e concordo em participar da pesquisa por diversos motivos: no horário combinado a pesquisadora foi até o endereço fornecido pela mãe e lá se deparou com a residência fechada. Foi tentado contato com os vizinhos do endereço fornecido pela mulher, porém sem sucesso. Depois desta tentativa a pesquisadora retornou outras duas vezes ao endereço, em ambas tentativas a residência permanecia fechada. Situações em que o endereço fornecido pela mulher não era válido, a rua existia, porém, o número não, a pesquisadora perguntou para os alguns vizinhos que residiam na quadra de números próximos, no entanto nenhum deles conhecia a mulher ou fez referência ao nascimento de bebê naquela vizinhança.

Ocorreu uma situação em que no decorrer da entrevista verificou-se (por meio do cartão da gestante e de saúde da criança) que a mesma mentiu sua idade porque as pessoas a julgavam por ser “tão nova”. Na verdade, a participante tinha 14 anos, e desse modo a foi descartada porque não preenchia o critério de inclusão de idade mínima de 18 anos.

A pesquisadora também se deparou com a situação em que a mulher relatou que não gostaria de participar da entrevista porque temia que seu marido não gostasse, após algumas considerações e observações foi combinado uma nova data com a mulher. Na nova data agendada a pesquisadora esteve no endereço, mas não obteve sucesso porque a residência estava fechada.

Considerando que o presente estudo trabalhou na perspectiva da saturação teórica dos dados, a pesquisadora deu por concluída a etapa de coleta de dados do presente estudo com as entrevistas de M23 e M24 momento em que começaram a repetição dos dados e nada de mais significativo foi observado nos depoimentos das mulheres.

O período de coleta de dados, foi de 45 dias, com alternância de sentimentos, por vezes o desejo de que aquele dia acabasse logo, principalmente nos dias que as mulheres não eram encontradas ou desistiam de participar da entrevista e outros momentos em que o desejo era de que aquele dia tivesse mais algumas horas, para que fosse possível concluir as transcrições.

O fato da pesquisadora ter realizado o primeiro contato com as mulheres dentro da UBS pode ser considerado como fator facilitador para a adesão das mulheres em participarem da pesquisa. No entanto, mesmo após a assinatura do

TCLE e concordância das mulheres em participar da pesquisa, algumas dificuldades foram vivenciadas pela pesquisadora como: endereço fornecido pela mulher não existir ou não ser o endereço de sua moradia e não aceitação do esposo quanto a participação da mulher na pesquisa.

Para a localização das residências das mulheres a pesquisadora utilizou-se da ferramenta *GPS* (Global Positioning System) disponível em seu automóvel *pegeout 208*, e também pediu auxílio para moradores da comunidade. Considerando que a UBS está localizada em um dos bairros centrais da cidade de Sinop e que as mulheres entrevistadas pertencem a referida unidade, a maioria totalidade das residências estavam localizadas em ruas asfaltadas e de fácil acesso.

Após a finalização de cada dia de entrevista, a pesquisadora iniciava a transcrição. Ao final da coleta dos dados das 24 entrevistas, a pesquisadora ouviu novamente cada entrevista gravada e verificou a transcrição primária e foi possível transcrever algumas situações que anteriormente não haviam sido percebidas.

Considerando que cada entrevista durou em torno de 40 minutos, foram utilizadas 16 horas para realização de todas as entrevistas e o tempo destinado a cada transcrição inicial pode ser estimado em média de 2 horas por entrevista, totalizando aproximadamente 48 horas para esta etapa e 70 laudas de transcrição. Aqui não foi contabilizado o tempo de deslocamento entre uma residência e outra, o tempo de permanência dentro da UBS.

Em algumas situações foi difícil permanecer no papel de pesquisadora e só responder os questionamentos no final da entrevista, após o gravador estar desligado, pois a angústia no olhar de algumas mães por não saber sobre as vacinas ou amamentação deixava a pesquisadora aflita.

4.8 Análise dos dados

Em abril de 2017 a pesquisadora deu início a pré-análise do material obtido com a coleta de dados. Iniciando pela elaboração de um quadro de identificação do perfil das mulheres entrevistadas. O referido quadro é composto por idade, número de filhos, sexo da criança, cor da entrevistada (autodeclarada), estado civil e escolaridade, idade gestacional (IG), número de consultas de pré-natal, IG

que realizou a primeira consulta, tipo de parto, idade em que o RN recebeu a vacina BCG e situação vacinal da criança no dia da entrevista.

Os dados primários e secundários obtidos na coleta foram transcritos e analisados tendo como Referencial Metodológico a Análise de Conteúdo, que segundo Bardin (2011), que é definida como um conjugado de técnicas de análise das comunicações que utiliza métodos ordenados e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Desta forma, segundo o autor, é uma operação ou conjunto de operações, que tende a interpretar o conteúdo de uma mensagem.

Optou-se pelo método de Análise de Conteúdo de Bardin, porque possibilitou a análise do significado do discurso das entrevistadas em relação à vacinação de si no período gestacional e do seu filho e também interpretar o conteúdo encontrado nas carteiras das gestantes e das crianças. A Análise de Conteúdo enunciado por Bardin (2011) desdobrou-se em três etapas para interpretar as informações:

Pré-análise: refere-se à etapa de organização do material, por meio de leitura flutuante e elaboração de quadros para melhor avaliação do material. Nesta etapa, realizou-se a escolha e organização do material a ser analisado comparativamente aos objetivos da pesquisa em questão, por meio da elaboração de quadros com todas as respostas colhidas nas entrevistas. Foram construídos cinco quadros, referentes as questões presentes no instrumento de coleta de dados.

Exploração do material: efetuou-se nesta etapa essencialmente a operação de codificação, por meio de várias leituras do material utilizado na elaboração dos quadros. Elaborou-se um quadro para cada questão do instrumento de coleta de dados e foram transcritas as entrevistas das 24 mulheres. Utilizou-se a codificação por cores para salientar os depoimentos das entrevistadas que estavam em consonância.

Também, foi elaborado quadro para caracterizar as mulheres que participaram da pesquisa com as seguintes informações: identificação da mulher, idade, número de filhos, sexo da criança, cor autodeclarada pela mulher, estado civil, escolaridade, idade gestacional, número de consultas de pré-natal, com quantas semanas realizou a primeira consulta, via de parto, dia que a criança recebeu a vacina BCG e situação vacinal da criança.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta etapa procedeu-se a categorização, por meio da classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns e conseqüentemente o tratamento dos resultados obtidos. Sendo assim, as temáticas criadas foram significativas em termos das etapas de análise propostas e confrontadas com objetivos do estudo, com a revisão de literatura e reflexões da autora.

4.9 Divulgação dos Resultados

Após a conclusão da pesquisa os resultados foram apresentados na forma de dissertação ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel, para defesa pública. Posteriormente os resultados serão divulgados em artigos científicos e em eventos da área da saúde, apresentados no Núcleo de Pesquisa e Estudos com Crianças, Adolescentes, Mulheres e Famílias - NUPECAMF – UFPel. Foi fornecida uma cópia impressa para o gestor municipal de saúde de Sinop/MT e os resultados serão apresentados para a equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Sinop/MT incluindo a coordenação municipal de Imunização e profissionais de saúde que atuam na UBS Jardim Botânico, em evento previamente agendado para este fim.

5 Análise e discussão dos resultados

Neste tópico, para melhor compreensão dos resultados da pesquisa, apresentam-se de forma sistematizada a caracterização das mulheres participantes do estudo, seguida da construção das três temáticas que resultantes da análise de dados: O entendimento das mulheres quanto a vacinação; (Des) conhecimento sobre a relação entre a vacina e a doença que previne e As orientações recebidas ou não pelas mulheres sobre vacinas.

A primeira temática intitulada: “O entendimento das mulheres quanto a vacinação” foi construída articulando os núcleos de sentido encontrados repetidamente nos depoimentos das mulheres, quanto à: o que as mulheres sabem sobre as vacinas, para que servem as vacinas, quais seus benefícios e como acontece a proteção da gestante e da criança vacinada.

A segunda temática intitulada: “(Des) conhecimento sobre a relação entre a vacina e a doença que previne”, desenvolvida neste estudo foi analisada a partir da relação que as participantes da pesquisa fazem entre a vacina recebida na gestação ou pela criança menor de um ano e a doença que esta vacina previne e o número de doses necessárias para imunização.

E uma terceira temática: “ As orientações recebidas ou não pelas mulheres sobre vacinas” está relacionada as orientações recebidas ou não no processo de vacinação gestacional e infantil, e aquelas orientações que as mulheres referem que gostariam de ter recebido na UBS.

5.1 Caracterização das mulheres participantes da pesquisa

Torna-se relevante apresentar o percurso seguido na realização das entrevistas com as 24 mulheres que participaram deste estudo, bem como a descrição do espaço onde ocorreram as referidas entrevistas.

Cabe salientar que a primeira entrevista e a coleta dos dados secundários realizada na residência da M1, aconteceu de maneira satisfatória, pois a entrevistada recebeu a pesquisadora de maneira acolhedora, sendo possível identificar que a mulher demonstrava necessidade em conversar sobre assuntos relacionados aos cuidados com sua filha e em sua fala ficou evidente o desejo de ser mãe. Verificou-se o carinho da mãe com a filha, bem como sua decisão de não amamentar por acreditar que seu leite é fraco.

M1 é natural de uma cidade do estado do interior do Pará e seu esposo trabalha em Sinop. M1 relata que veio apenas visitá-lo em Sinop, quando apresentou algumas complicações como febre, ardência ao urinar e leves contrações, e após consulta na UBS foi encaminhada ao hospital. No hospital foi diagnosticado infecção do trato urinário (ITU) e constatado 5 cm de dilatação, iniciou-se tratamento e após 3 dias de internação e tratamento o trabalho de parto evoluiu para um parto prematuro de 27 semanas.

A entrevista foi realizada na área da residência de M1, local onde a família realiza o preparo das refeições. A família mora em uma casa com poucos cômodos num terreno com outros quatro imóveis. Durante a entrevista foi solicitado as cadernetas de saúde da criança e da gestante, e a mulher apresentou ambas dentro de um saquinho plástico, demonstrando zelo pelos cartões.

No dia seguinte, no horário combinado a pesquisadora se dirigiu ao endereço fornecido M2 que estava esperando na frente da casa, a pesquisadora foi recebida com demonstração de atenção e carinho por parte da mulher, que apresentava bom vocabulário e bom nível de conhecimento sobre cuidados com RN, as doenças e vacinas e estava disposta a conversar e participar da pesquisa. Foi possível observar que M2 mora com sua irmã em uma kitnet e que no terreno possui outras duas residências.

No início da entrevista foi solicitado a caderneta de saúde da criança e da gestante, a participante da pesquisa apresentou ambas para a entrevistadora e os dados secundário forma coletados dos cartões. No decorrer da entrevista a mulher relatou com satisfação que seu parto ocorreu por via vaginal, justificou sua satisfação porque muitas pessoas próximas tentavam desencoraja, referindo que como ela era “marinheira de primeira viagem” seria complicado um parto normal. Mas M2 relata que tudo correu bem em seu parto, que se sentiu uma vitoriosa

pela escolha em ter seu filho desta forma. Durante a entrevista M2 parecia apreensiva, pois permanecia com o celular na mão dando indícios de que esperava por alguma ligação e o bebê dormiu durante todo o tempo.

Ao final, quando a pesquisadora se despediu, M2 pediu desculpas por estar tão ligada ao celular, mas explicou que como era mãe solteira, esperava o contato do pai de seu filho para tratarem de situações relativas a ajuda financeira que este daria.

Posteriormente, a pesquisadora realizou a entrevista de acordo com o próximo agendamento, e desta forma foi entrevistada a M3 que relatou ser primípara e cuidar de seu bebê sozinha. M3 recebeu a pesquisadora no endereço informado, porém pediu que a entrevista fosse realizada na casa ao lado, segundo ela onde reside sua tia. A entrevista foi realizada na sala da casa, com interferência por vezes da tia, dona da casa, e outras vezes do sobrinho de aproximadamente cinco anos que queria manusear o gravador.

Foi possível identificar um ambiente com muitas pessoas circulando, uns membros da família e outros familiares que passam o dia neste local. Ao ser solicitado os cartões de saúde da criança e da gestante, a mulher demonstrou certo desconhecimento do que seriam estes documentos. Assim pegou de dentro da bolsa da bebê uma pasta com alguns documentos e pediu que a pesquisadora pegasse aí o que precisava.

M3 relata morar sozinha, em uma casa alugada pelo pai da bebê e recebe a visita do pai da criança algumas vezes na semana, pois ele tem outra família. M3 foi criada pela avó. Essa avó cria mais um neto de 5 anos e uma sobrinha de 12 anos enquanto as mães biológicas destas crianças trabalham e referem não ter tempo para cuidar dos filhos.

Na quinta entrevista M4 se demonstrou receptiva participar do estudo, porém pouco esclarecida e pouco envolvida nos cuidados com o RN. A entrevista foi realizada na área de sua residência, onde mora com seu filho, sua mãe e uma irmã mais nova. Quando a entrevistadora solicitou as cadernetas de saúde da criança e da gestante, a mulher entrevistada perguntou para sua mãe onde os referidos documentos estavam. A mãe pegou e os entregou a pesquisadora.

Enquanto respondia os questionamentos, a mulher entrevistada realizava procedimentos químicos em seus cabelos. Relatou que apenas amamenta o bebê, porque o banho, a troca de fralda e cuidados quando o bebê chora são

realizadas pela avó materna. Refere que não queria ser mãe neste momento, acredita que o que aconteceu com ela foi falta de sorte. Relata que não usava métodos contraceptivos como sua prima e que apenas ela engravidou... “*então me diga enfermeira se isso é ou não falta de sorte?*”. Ainda demonstrou grande preocupação em colocar DIU para não engravidar novamente e reforçou que esta gestação e a maternidade não foram planejadas e nem desejadas.

No dia 14 de fevereiro foram realizadas as entrevistas com M5 e M6. M5 foi receptiva e comunicativa, disse ter gostado de ter sido convidado para participar da pesquisa, relatou ter muitas dúvidas em relação a vacinação e que não deixaria a pesquisadora sair de sua casa sem explicar o máximo possível.

M5 trabalha com venda de roupas usadas, mora em umas peças anexas a residência de seus pais e a entrevista foi realizada na área de sua casa onde ela desenvolve atividade para auxiliar na economia familiar. Fez algumas referências que seu marido trabalha no Pronto Atendimento da cidade e sempre ressaltava a importância da prevenção das doenças. Ao ser solicitado as cadernetas de saúde da criança e da gestante, a mulher buscou dentro de sua residência e as trouxe em uma pasta de plástico, demonstrando cuidado com os documentos, ela ainda possui a sua caderneta de vacinação da infância.

A entrevista com M6 foi realizada na área de sua residência. Onde mora com sua família e sua mãe, foi possível observar que o trabalho do esposo fica ao lado da residência. A mulher entrevistada respondeu com satisfação a entrevista, se mostrou receptiva. Apresentou as cadernetas de saúde da criança, da gestante e da filha mais velha, pois gostaria de esclarecer algumas dúvidas quanto a vacina dT. No final, as dúvidas de M6, em relação ao esquema vacinal da filha foram prontamente esclarecidas, pela pesquisadora.

Referiu que atividades como essa de pesquisa são muito importantes para as mães, porque segundo M6, os questionamentos da pesquisadora fizeram com que refletisse sobre algumas situações que envolvem a vacinação que antes não havia pensando.

No endereço seguinte foi entrevistada M7, mulher bem comunicativa, informações frágeis sobre vacinação e manejo com amamentação. M7 reside em casa própria, com amplo espaço e iluminação. A entrevista foi realizada na sala de sua residência. As cadernetas de saúde da criança e da gestante foram apresentadas e avaliadas pela entrevistadora. M7 relatou acreditar que existe leite

fraco e que nestes casos o melhor a fazer pelo bebê é oferecer fórmula. Fez muitas perguntas no final da entrevista sobre amamentação, quando poderia receber visitas em casa e sobre como ocorre a imunidade.

No dia 16 de fevereiro foram realizadas as entrevistas com M8 e M9. A entrevista com M8 aconteceu em uma pequena sala de sua residência, transcorreu tudo bem, mulher receptiva e comunicativa. Refere que realiza os cuidados com a bebê com auxílio de sua mãe que reside no mesmo endereço, relata que pretende amamentar sua filha o máximo de tempo possível, pois assim ela fez com seu filho mais velho de 3 anos e relatou ter sido uma experiência muito boa. M8 entregou uma pasta para a pesquisadora com documentos, na qual foi possível avaliar a situação vacinal da mãe e da filha e outras informações relativas ao pré-natal.

A entrevista com M9 foi realizada na área de sua residência, que fica em um terreno com outras duas casas. O imóvel é alugado e possui poucos cômodos. A entrevista evoluiu de forma satisfatória, a mulher foi receptiva, sendo possível identificar que é uma mãe bem informada sobre vacinação e relata ter participado de muitas reuniões em seu pré-natal no *Mãe Curitibana*⁹ em ambas gestações, e que lá orientam bastante.

M9 mora em Sinop a pouco mais de 6 meses com seu esposo e dois filhos e referiu ter gostado muito da presença da pesquisadora e se mostrou à vontade em fazer seu relato de experiência sobre as vacinas. As cadernetas de saúde da criança e da gestante foram apresentadas a pesquisadora que coletou os dados secundários necessário para a pesquisa.

No dia 20 de fevereiro, foram realizadas três entrevistas. A entrevista com M10 aconteceu no seu quarto, que compartilha com a filha e sua irmã mais nova. Na residência moram também sua mãe e seu padrasto. M10 é uma mãe esclarecida e refere felicidade com a maternidade, porém ficou evidente em seu relato momentos de tristeza e problemas familiares, que segundo M10 a deixam “*sem rumo na vida*”. Relatou duas tentativas de suicídio, uma gravidez acidental do ex-namorado, a ocorrência de um parto prematuro e a dependência financeira da mãe e do padrasto que a incomoda.

⁹ Implantado em março de 1999, tem como propósito a melhoria da qualidade do pré-natal, a garantia do acesso ao parto, com a complexidade e qualidade necessários, a consulta puerperal precoce, com vistas à detecção e manejo das possíveis complicações, bem como o reforço do estímulo ao aleitamento materno (Paraná, 2016).

Durante a entrevista foi possível observar que M10 não amamenta sua filha, porque acredita que seu leite é fraco, e oferece fórmula por mamadeira. As cadernetas de saúde da criança e da gestante foram apresentadas pela mulher e os dados pertinentes registrados pela pesquisadora. Ao final da entrevista a pesquisadora conversou com a mãe de M10 que confirmou que no dia seguinte, a mesma teria uma consulta de acompanhamento com psiquiatra.

M11 recebeu a pesquisadora em data e hora combinadas, a entrevista foi realizada em uma pequena na área da frente de sua casa, enquanto seu esposo preparava o almoço e sua filha de 4 anos brincava no pátio da casa. A residência da família é alugada, bem simples, pequena e fica nos fundos de um terreno que possui uma outra casa na frente. Foi possível observar um ambiente físico bem pequeno para a família, pois a casa possuía apenas 3 pequenas peças e a família permanecia a maior parte do tempo no pátio segundo relato da mulher.

A conversa evoluiu bem, no entanto em alguns momentos foi necessário reforçar as questões norteadoras para a mulher que parecia não ter entendido os questionamentos da pesquisadora. As cadernetas de saúde da criança e da gestante foram avaliadas pela pesquisadora, e a mulher foi orientada a proteger as mesmas, pois já apresentavam folha danificadas.

A entrevista com M12 aconteceu na sala de sua residência, a mulher estava aguardando a pesquisadora em casa na companhia de sua mãe que se deslocou do Sul para Sinop para auxiliar nos primeiros cuidados com o bebê. M12 relata gravidez planejada e muito desejada, quando solicitada apresentou as cadernetas de saúde da criança e da gestante. Ao final da entrevista a mulher fez algumas perguntas sobre amamentação e ingurgitamento mamário e os questionamentos foram esclarecidos pela pesquisadora.

M13 recebeu a pesquisadora na sala de sua residência, disse ser importante essa oportunidade da pesquisa, porque ao final ela gostaria de ter algumas dúvidas esclarecidas, principalmente quanto ao fato de não oferecer leite materno antes de vacinar. A entrevista transcorreu bem, a mulher demonstrou zelo pelas cadernetas de saúde da criança e da gestante, pois ambas estavam acondicionadas em uma capa de tecido. Os dados secundários foram coletados com êxito. Ao final da entrevista a mulher fez os questionamentos e foi orientada de acordo com as preconizações do PNI.

Na entrevista com M14 esta destacou que no Nordeste onde morava, as mães saem do hospital com o bebê já vacinado. Se mostrou colaborativa e disposta a participar da pesquisa. M14 mora com outros filhos e com seu esposo, ambos estão desempregados e sobrevivem com ajuda de amigos e pessoas do núcleo religioso que frequentam. Foi possível identificar que residem em moradia cedida por amigos, a residência fica em um terreno com outras quatro casas, apresenta higiene e saneamento básico precários, presença de vários cachorros de médio porte na residência. As cadernetas de saúde da criança e da gestante foram apresentadas a pesquisadora e estavam bastante danificadas e com folhas com sujidades e amassadas.

Na entrevista com M15 foi realizada na sala de sua residência, a mulher foi receptiva e relatou que sente insegurança quanto as questões que envolvem a vacinação de seu filho, pois relata que não foi orientada como gostaria de ter sido, e que suas dúvidas sempre foram esclarecidas pelo seu pai, que é pediatra.

A entrevista com M16 aconteceu de maneira ímpar as demais realizadas até o momento, pois a mulher parecia preocupada em relação ao que poderia acontecer com os profissionais da sala de vacina em função de sua fala. A pesquisadora fez várias observações quanto ao objetivo da pesquisa e assim a entrevista foi transcorrendo.

M16 recebeu a pesquisadora na cozinha de sua residência, ofereceu café, bolacha, foi receptiva e hospitaleira. A família mora em uma residência alugada, com três peças (quarto/ sala/banheiro) em um terreno com outras duas casas. As cadernetas de saúde da criança e da gestante foram avaliadas pela pesquisadora e os dados pertinentes registrados.

No dia 24 de fevereiro foram realizadas duas entrevistas. Ressalta-se que M17 é agente comunitária de saúde da UBS e seu conhecimento em relação a vacina está associado às capacitações que participou ao longo de suas atividades laborais. Se mostrou comunicativa e colaborativa durante a entrevista, que foi realizada na área de sua residência, enquanto a mulher cuidava de sua filha e um dos filhos mais velhos brincava na rede. As cadernetas de saúde da criança e da gestante foram avaliadas e os dados registrados para a pesquisa. A mulher fez referências em relação a maternidade e o quanto desejou e se realiza com o papel de mãe. E os sentimentos que experimentou com o nascimento prematuro de sua filha.

M18 foi receptiva e demonstrou interesse em todos os momentos da entrevista que foi realizada na sala de sua residência. A mulher relata ter realizado o seu pré-natal e parto no serviço privado, e faz várias referências ao apoio que tem de seu esposo no processo de cuidados das filhas (gemelar). A mulher conta no dia a dia com apoio de duas pessoas, uma que administra e realiza as atividades domésticas e outra que a auxilia no cuidado com as meninas. Segundo M18 isso facilita e oportuniza que ela tenha tempo de qualidade com as filhas gemelares e com o outro filho de 4 anos. As cadernetas de saúde da gestante e da criança de ambas gemelares foram avaliadas e os dados registrados.

Nos dias 05 e 06 de março as três entrevistas agendadas foram realizadas com sucesso, M19, M20 e M21. M19 recebeu a entrevistadora na sala de sua residência, onde mora com esposo e filhas. M19 se mostrou receptiva e atenciosa em relação aos objetivos e sua participação no estudo, referiu que realizou algumas consultas de pré-natal no serviço particular e depois migrou para o SUS por perceber que não teria condições de pagar para fazer o parto no serviço privado. E apresentou as cadernetas de saúde da criança e da gestante que foram avaliadas pela pesquisadora.

A entrevista com M20 aconteceu na sala de sua residência, onde mora com esposo e filhos. A mulher se mostrou a vontade com a presença da pesquisadora em sua residência e referiu que tinha receio das reações das vacinas porque seu filho de cinco anos ficou internado algumas vezes após receber as vacinas, pois necessitava ser medicado para baixar a febre pós vacinal. Os dados secundários foram coletados das cadernetas de saúde da criança e da gestante e foi possível observar algumas doses de vacina para além das ofertadas pelo SUS.

M21 foi receptiva e recebeu a pesquisadora na sala de sua residência e referiu achar importante a realização de pesquisas com o tema vacinação, pois acredita que assim as pessoas terão menos receio das reações das vacinas. A mulher relatou ter realizado seu pré-natal no serviço privado, porém as vacinas ela realizou na UBS. As cadernetas de saúde da criança e da gestante estavam acondicionadas em uma pasta de plástico e foram avaliadas e os dados registrados pela pesquisadora.

No dia 10 de março foram realizadas as entrevistas com M22, M23 e M24. A entrevista com M22 ocorreu na sala da residência, foi a mais demorada de todas entrevistas realizadas, pois a mulher demonstrou grande necessidade de falar, transcorrendo sobre sua vida particular, sobre problemas com vizinhos, mostrou sua residência para a entrevistadora, mas a entrevista ocorreu de forma satisfatória. Os dados secundários foram coletados das cadernetas de saúde da criança e da gestante.

Na entrevista com M23 aconteceu na sala de sua residência, enquanto seus filhos brincavam pela casa. Percebe-se que M23 é uma mãe zelosa e cuidadosa com seus filhos. As cadernetas de saúde da criança e da gestante foram avaliadas pela pesquisadora e os dados pertinente registrados. Após o término da entrevista pediu para contar um pouco de sua experiência como mãe adolescente de um menino com síndrome de Down e fez vários relatos de como o preconceito das pessoas a deixa triste.

A entrevista com M24 foi realizada na cozinha de sua residência, após duas visitas sem sucesso a residência, em função de problemas particulares da mulher. Após a segunda tentativa sem sucesso, a pesquisadora recebeu uma ligação da secretaria da UBS, explicando que a mulher havia solicitado uma nova data para realização da entrevista. Foi possível identificar a satisfação da mulher entrevistada e o relato de boas experiências quanto ao seu pré-natal realizado em Curitiba – PR, no programa Mãe Curitibana. As cadernetas de saúde da criança e da gestante foram avaliadas pela pesquisadora e os dados relevantes registrados

5.2 Apresentação dos dados secundários

Para elaboração do quadro a seguir, foram utilizados dados secundários coletados das cadernetas de saúde da gestante e da criança, a exemplo: a idade da mulher; o número de filhos; o sexo da criança; a idade gestacional no momento do parto; o número de consultas realizadas no pré-natal, os dias de vida da criança ao receber as vacinas *BCG* e Hepatite B; e a situação vacinal da criança no dia da entrevista. Bem como, informações primárias fornecidas pelas mulheres durante as entrevistas, como: cor de pele autodeclarada; estado civil e escolaridade.

Quadro 02 - Perfil das mulheres participantes da pesquisa

Identificação	Idade	Nº filhos	Sexo da Criança	Cor autodeclarada	Estado Civil	Escolaridade	IG Semanas	Nº de consultas	1ª consulta	Tipo de parto	Dias aplicação BCG	Situação Vacinal da Criança
M1	36 a	1	Menina	Branca	Casada	Fundamental Completo	27	7	16 semanas	Cesáreo ITU DPP	45 dias *38 dias UTI	Em dia
M2	23 a	1	Menino	Parda	Solteira	Superior Incompleto	40	8	11 semanas	Vaginal com episiotomia	6 dias de vida	Em dia
M3	19 a	1	Menina	Branca	Solteira	Fundamental Incompleto	39	2	11 semanas	Vaginal com episiotomia	48 dias de vida	Em dia
M4	18 a	1	Menino	Branca	Solteira	Fundamental Incompleto	39	6	9 semanas	Vaginal com episiotomia	14 dias de vida	Em dia
M5	25 a	1	Menino	Branca	Casada	Médio Completo	40	9	8 semanas	Vaginal com episiotomia	5 dias	Em dia
M6	25 a	2	Menino	Branca	Casada	Médio Completo	38	5	12 semanas	Vaginal sem episiotomia	8 dias	Em dia
M7	34 a	1	Menina	Branca	Casada	Superior completo	38	8	9 semanas	Cesáreo	3 dias	Em dia
M8	23 a	1	Menino	Branca	União Estável	Superior Incompleto	40	10	15 semanas	Vaginal com episiotomia	15 dias	Em dia
M9	19 a	2	Menina	Branca	União Estável	Fundamental Incompleto	39	9	6 semanas	Vaginal sem episiotomia	15 dias	Em dia
M10	22 a	1	Menina	Branca	Solteira	Superior Incompleto	29	5	4 semanas	Vaginal com episiotomia	40 dias *31 UTI	Em dia
M11	24 a	3	Menina	Parda	Casada	Médio Completo	40	7	11 semanas	Vaginal sem episiotomia	9 dias	Em dia

Identificação	Idade	Nº filhos	Sexo da Criança	Cor autodeclarada	Estado Civil	Escolaridade	IG Semanas	Nº de consultas	1ª consulta	Tipo de parto	Dias aplicação BCG	Situação Vacinal da Criança
M12	34 a	1	Menino	Branca	União Estável	Superior Incompleto	38	8	9 semanas	Cesáreo	2 dias	Em dia
M13	25 a	2	Menino	Branca	Casada	Médio Completo	39	8	7 semanas	Vaginal com episiotomia	6 dias	Em dia
M14	38 a	4	Menina	Negra	Casada	Fundamental Incompleto	37	8	7 semanas	Cesáreo	6 dias	Em dia
M15	36 a	1	Menino	Branca	Casada	Superior	36	5	22 semanas	Vaginal com episiotomia	7 dias	Em dia
M16	32 a	1	Menino	Branca	Casada	Superior Incompleto	36	11	5 semanas	Cesáreo	5 dias	Em dia
M17	29 a	3	Menina	Branca	Casada	Médio Completo	33	9	9 semanas	Cesáreo	15 dias *10 dias UTI	Em dia
M18	33 a	3	Meninas *gemelar	Branca	Casada	Superior	37	12	6 semanas	Cesárea	9 dias	Em dia
M19	38 a	2	Menino	Branca	Casada	Superior	39	7	7 semanas	Cesáreo	8 dias	Em dia
M20	21 a	2	Menina	Branca	Casada	Fundamental completo	39	8	9 semanas	Cesáreo	2 dias	Em dia
M21	38 a	1	Menino	Branca	Casada	Superior	38	10	8 semanas	Cesáreo	9 dias	Em dia
M22	42 a	3	Menina	Branca	Casada	Superior	39	7	11 semanas	Cesáreo	4 dias	*vencendo no dia entrevista
M23	29 a	3	Menino	Branca	Casada	Superior Incompleto	38	7	8 semanas	Cesáreo	6 dias	Em dia
M24	24 a	1	Menina	Branca	Casada	Superior Incompleto	40	15	8 semanas	Vaginal sem episiotomia	20 dias	Em dia

Fonte: quadro elaborado pela autora do estudo.

Ao analisarmos o quadro 02 observa-se que a faixa etária variou entre 18 anos e 42 anos; representando um intervalo de 24 anos entre a mulher mais jovem e a mulher mais velha. As idades que apresentaram a maior ocorrência foram de 25 e 38 anos com três mulheres respectivamente.

Em relação ao número de partos verificou-se que das participantes da pesquisa (13), são primíparas e 11 multíparas. E quanto ao sexo da criança, a predominância foi de meninas com 13 nascimentos e 12 nascimentos de meninos, isto porque uma das mulheres que participou da entrevista teve um parto gemelar de meninas.

Em relação à cor de pele autodeclarada pelas mulheres participantes da pesquisa, a cor branca aparece com predominância representada por 21 das mulheres, seguida pela cor parda duas mulheres e a cor negra uma mulher. Quanto ao estado civil a maioria das mulheres referem ser casadas, com uma representação de 17 mulheres, quatro solteiras e duas com união estável.

Quanto a escolaridade das mulheres que participaram da pesquisa observa-se, sete mulheres, com ensino superior incompleto, seguido por seis mulheres com ensino superior completo. Com ensino médio completo, observa-se cinco mulheres, seguida de duas com ensino fundamental completo e quatro com ensino fundamental incompleto.

Em um estudo realizado em uma maternidade de alto risco de Maceió com 204 puérperas atendidas pelo serviço de fonoaudiologia os resultados revelam dados que vão de encontro aos achados acima descritos. Segundo os autores, a maioria das mulheres (35,29%) entrevistadas referiram ter entre 4 e 7 anos de estudo, o que configura o ensino fundamental incompleto e 50% (102) puérperas eram solteiras (SANTANA; GOULART; CHIARI, 2010).

Em relação a IG observa-se a ocorrência de cinco partos prematuros e 19 partos a termo¹⁰. Cabe ressaltar que, um parto ocorreu com 27 semanas de gestação, segundo a mulher entrevistada a evolução do trabalho de parto ocorreu pelos diagnósticos de infecção urinária de repetição e descolamento prematuro de placenta. E outro parto ocorreu com 29 semanas de gestação, e a mulher também recebeu o diagnóstico de infecção urinária.

¹⁰ É todo parto ocorrido entre a 37ª semana e 41ª e 6 dias de gestação (BRASIL, 2017a).

Em ambas as ocorrências os RNs permaneceram internados na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) em um hospital no município de Sinop por um tempo de 38 e 31 dias respectivamente.

Estudos demonstram que a prematuridade e a situação de internação influenciam o vínculo mãe-bebê. Uma vez que o impacto do nascimento prematuro gera na mãe um sentimento de incompletude. A ambivalência e incerteza em relação ao risco de vida e a gravidade fazem com que a mãe se vincule ao bebê de forma gradual (MARCHETTI, 2015).

Segundo o MS, todo parto ocorrido antes da 37ª semana de gestação é considerado como parto/nascimento prematuro (BRASIL, 2006). Estudos associam a prematuridade com o baixo peso, e ao aumento do risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e outros agravos crônicos tanto em fases mais precoces da vida quanto em fases mais tardias (vida adulta) (ALMEIDA; LINS; CAMELO; MELLO, 2013).

Acredita-se que a assistência pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável, além de oportunizar espaço para esclarecimento de dúvidas e orientações sobre a evolução da gestação e o trabalho de parto. Neste sentido, o MS considera importante destacar que é direito da mulher gestante ter assistência de qualidade (BRASIL, 2000; 2011b).

Quanto ao número de consultas realizadas na gestação observou-se que 20 mulheres realizaram seis ou mais consultas e quatro mulheres realizaram menos de seis consultas. Identificando-se que uma mulher realizou apenas duas consultas durante o período de pré-natal e outra mulher realizou 15 consultas durante seu período gestacional.

No que se refere ao número de consultas de pré-natal realizadas pela maioria das participantes da pesquisa vai ao encontro do que é preconizado pelo MS no Programa de Humanização Parto e Nascimento que estabelece o número mínimo de seis consultas de pré-natal, tendo em vista a importância deste momento (BRASIL, 2005b).

Nestas consultas, a gestante deverá receber as orientações referentes ao acompanhamento pré-natal e segundo o MS deverão ser fornecidos: o cartão da gestante; o calendário de vacinas e suas orientações; solicitação dos exames de rotina e as orientações sobre a participação nas atividades educativas (BRASIL, 2005).

Corroborando com as orientações preconizadas pelo MS quanto a IG indicada a realização da primeira consulta de pré-natal para 21 mulheres deste estudo iniciou-se no primeiro trimestre da gestação e três mulheres iniciaram o pré-natal no segundo trimestre de gestação. Este resultado vai ao encontro da recomendação do MS de que, preferencialmente, uma das consultas aconteça no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre (BRASIL, 2005b). Ainda, identifica-se que a mulher que iniciou mais precocemente o pré-natal estava com 4 semanas de gestação e a que iniciou mais tardiamente estava 22 semanas de gestação, equivalente ao 2º trimestre gestacional.

A assistência pré-natal é um importante componente na atenção à saúde da mulher e da criança no período gravídico. De acordo com Viellas et al. (2014), a não aderência das mulheres ao pré-natal tem como justificativa a dificuldade no acesso, início tardio e número inadequado de consultas.

No entanto pode-se afirmar que no presente estudo estas constatações não foram evidenciadas, uma vez que a maioria das mulheres: (20) realizaram o mínimo de consultas preconizadas pelo MS, e (21) iniciaram precocemente o pré-natal. É possível inferir que há facilidade no acesso das gestantes ao serviço de pré-natal nas UBS do município de Sinop- MT, o que oportuniza espaço para o desenvolvimento de ações educativas e preventivas, a identificação precoce de patologias e situações de risco gestacional, bem como oportunidade para o estabelecimento de vínculo entre profissionais e gestantes.

Quanto a via de nascimento observa-se que 50% dos nascimentos ocorreram por parto cesariana, e dos 12 que ocorreram por via vaginal, sete com episiotomia e cinco partos vaginal sem episiotomia. Dentre as cesarianas oito foram realizadas no SUS e quatro no serviço privado. Observa-se que 40% dos partos realizados no SUS ocorreram por cesariana, percentual equivalente ao índice nacional de partos cesarianos informado pela Agencia Nacional de Saúde dentro dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2015).

O fato de que, metade das mulheres entrevistadas tiveram seus partos via cesariana se configura em uma situação de alerta, uma vez que vai de encontro ao percentual preconizado pelas políticas do MS. É relevante avaliar quais fatores influenciaram nesta tomada de decisão, quais informações e orientações sobre os tipos de parto as mulheres tem recebido nas UBS de Sinop para que possam fazer valer um dos elementos do Programa de Humanização no Pré-natal e

Nascimento: o direito de livre escolha da via de parto, que deverá ser respeitado, especialmente, quando estas forem devidamente orientadas e acompanhadas durante todo o processo de gestação e parto (BRASIL, 2002).

Quanto a idade da criança na data da realização da vacina BCG e os dados coletados na de saúde da criança, no momento da entrevista e registrado no verso do instrumento de coleta de dados, observa-se que nenhum dos RN foi vacinado ao nascer com a BCG ou com Hepatite B, ou nas primeiras 12 horas com a vacina hepatite B. Os recém-nascidos que receberam a vacina BCG e hepatite B mais precocemente foram dois RN vacinados com 2 dias de vida. Posteriormente, oito RN receberam as referidas vacinas entre o terceiro e sétimo dia de vida. Ainda é possível identificar que 12 RN receberam a vacina BCG e 14 RN a vacina contra Hepatite B tardiamente, porém ainda no período neonatal. Estes achados vão de encontro a preconização do PNI que orienta que a Vacina BCG deve ser administrada ao nascer em RN com mais de 2000 gramas, e a hepatite B nas primeiras 12 horas de vida do RN, ainda na maternidade (BRASIL, 2006f).

Identificou-se ainda, que uma das crianças mesmo tendo nascido a termo e indo para casa após 2 dias de vida, a família perdeu o prazo máximo preconizado pelo PNI para receber a primeira dose da vacina HB, que é de 30 dias. E os três RNs que ficaram internados na UTIN receberam a vacina BCG após a alta hospitalar da UTIN com 40, 45 e 48 dias respectivamente, provavelmente em função do peso ser menor do que o peso mínimo preconizado para receber a dose da vacina.

Em relação a situação vacinal das crianças de acordo com o calendário nacional de imunização do PNI, no dia da entrevista identificou-se que 24 crianças estavam com o cartão em dia e uma criança a data limite para realização das vacinas referentes ao 6º mês de vida, coincidiu com a data da entrevista. Desta forma, pode-se aferir que 100% não apresentavam atraso no esquema vacinal.

Em oposição aos dados descritos, destaca-se o estudo de inquérito populacional que avaliou o atraso vacinal em 339 crianças menores de cinco anos, e demonstra um atraso vacinal de 23,3%, que é considerado como alto e indica a necessidade de apoio de uma rede de apoio social e a busca de maior efetividade das ações da atenção básica (TERTULIANO; STEIN, 2011).

Acredita-se que os achados do presente estudo trazem informações positivas em relação à cobertura vacinal e às atividades de vacinação para os serviços de saúde de Sinop ao identificar de que 100% das crianças não apresentam atraso no esquema vacinal proposto pelo PNI o que pressupõe que há acesso as UBS e efetividade das ações desenvolvidas nas UBS do município.

5.3 O entendimento das mulheres quanto à vacinação

Os resultados deste estudo apontados na primeira temática se constituíram a partir do entendimento das participantes quanto a vacinação. Para a construção desta temática enfatizou-se três núcleos de sentido, a saber: para que servem as vacinas; os benefícios das vacinas para gestante e criança menor de um ano e como acontece a proteção após a vacinação no entendimento das mulheres entrevistadas.

Estudo realizado em uma UBS localizada na periferia do município de Salvador – BA com população de baixo nível econômico, cultural e social apontou que a compreensão pelos pais/responsáveis da importância da vacinação é fundamental para a adesão ao esquema vacinal, o estudo realizado com 24 pais/responsáveis de crianças demonstra que a maioria dos entrevistados têm um bom nível de conhecimento na prevenção de doenças infectocontagiosas como finalidade do processo de vacinação, além de se mostrarem cientes da importância que este procedimento tem para seus filhos, colaborando para a promoção e manutenção de sua saúde (SOUSA; VIGO; PALMEIRA, 2012).

As mulheres deste estudo ao serem questionadas quanto ao conhecimento sobre as vacinas, evidenciaram dois significados que identifica o conhecimento em relação as vacinas: **proteção** e **prevenção**.

Imunizar é igual a proteger eles (as crianças) das doenças. (M2)

As vacinas são uma forma de proteger eles, as crianças contra as doenças. (M6)

É a proteção da gente! Só não sei como. (M9)

É uma forma de prevenção, então previne as doenças, previne de vírus deixa ela mais forte. (M10)

É uma prevenção para ele (criança) ficar imune contra as doenças, é superimportante eu não deixo de dar. (M15)

É prevenção de doenças! Eu penso que é imunidade. (M18)

Proteção e prevenção das doenças para adultos e crianças. (M24)

Os depoimentos das entrevistadas corroboram com o estudo de Pugliesi; Tura; Andreazzi (2010) que constatou os sentidos de "prevenção" e "proteção" para vacina encontrados como representações que a mãe tem sobre a vacinação, substituindo possíveis desconhecimentos em relação a temática.

Nas falas das mães entrevistadas, observa-se que o conhecimento das mulheres quanto as vacinas, vai ao encontro do apontado por Silva; Silva (2012) de que a vacinação é considerada como uma ação de caráter coletivo, que tem como objetivo a prevenção de riscos e agravos à saúde. A vacinação é um processo fundamental para a prevenção e até mesmo a erradicação de várias doenças transmissíveis em crianças e adultos.

O discurso das participantes do estudo, assemelham-se aos resultados do estudo de Santos; Albuquerque; Sampaio (2005) que afirmam ser a imunização efetiva quando confere ao hospedeiro a capacidade de proteção contra determinado agravo imunoprevenível. Já vacinação, significa a imunização com antígenos administrados para a prevenção de doenças infecciosas.

Nesta perspectiva, o grupo de mulheres entrevistadas possuem conhecimento quanto a definição da vacinação, representadas pelas palavras **“proteção e/ou prevenção”**. Deste modo, é possível considerar um valor positivo atribuído a ampliação das ações do PNI, e conseqüentemente das políticas do SUS.

A proteção é boa, e a qualidade aqui é excelente. (M1)

Eu penso que as vacinas são muito importantes, e que não tem como não fazer, e também a evolução que teve porque na época que eu era pequena não tinha o tanto de vacinas que tem hoje, então eu vejo como prevenção mesmo eu acho muito importante por isso não tem como não fazer, ainda mais que é de graça. (M22)

Pode-se observar, a preocupação das mulheres entrevistadas com o bem-estar dos filhos, podendo ser este um potencializador para a procura dos serviços de imunização ofertados nas UBSs e conseqüentemente os resultados satisfatórios no que diz respeito a adesão à imunização, bem como a relação da vacinação aos processos de proteção da saúde e prevenção de doenças.

Contudo, a relação que as mulheres fazem entre os benefícios e as situações desagradáveis relacionadas às ações de imunização podem ser evidenciadas em depoimentos que dizem respeito principalmente ao choro dos

seus filhos e as reações adversas que permeiam as ações de vacinação, sendo considerados como compensação pela proteção que elas fornecem.

As vacinas servem, além de fazer eles chorar, para proteger...e aí tem as reações, mas essa aqui (se referindo à pentavalente) é por causa do vírus da coqueluche. (M2)

A prevenção supera o choro deles, porque a proteção é o mais importante. (M7)

Para ser bem sincera, eu não gosto muito das vacinas, para levar essa daqui para vacinar é um sacrifício eu fecho os olhos, eu choro. Só de ver a agulha eu já sinto a dor, mas eu sei que ela precisa. (M10)

As vacinas trazem bastante benefício, a única parte ruim é o choro. Eu nem entrei no primeiro dia com ele. Mas é melhor furar e chorar agora do que ficar doente mais tarde. (M12)

Vacinas para mim é igual a criança enjoada, essa última que ele (dose do 6º mês) ele ficou ruim, ruim assim fez febre, ficou muito enjoadinho. Mas é um mal necessário. (M19)

Eu acho que as vacinas trazem muitos benefícios, porque antes morria muita criança e não se sabia nem de que. Tem um ruinzinho que é o choro ou alguma febrinha, mas isso depois passa. (M23)

Acredita-se que os profissionais de saúde necessitam assegurar-se quanto ao conhecimento prévio das mulheres em relação aos EAPV e precisam enfatizar as orientações que se fizerem necessárias certificando-se de que as mulheres identifiquem os eventos adversos pós-vacinais e, sobretudo, compreendam que são temporários e que a ocorrência destes eventos não seja motivo para atraso ou abandono no esquema vacinal.

As recomendações do PNI quanto as reações adversas vão ao encontro ao apontado pelas entrevistadas, ficando evidenciada no discurso de M19 que faz referência as vacinas administradas aos seis meses de vida das crianças, momento que é preconizado pelo PNI a 3ª dose da vacina pentavalente.

De acordo com dados do MS, a presença de eventos adversos de natureza benigna como choro e febre entre outros foram encontrados para ambos os tipos de vacinas, tanto bacterianas quanto virais. A vacina pentavalente pode provocar vários eventos adversos, geralmente entre as primeiras 48 a 72 horas que se seguem à sua aplicação, sendo o componente *pertússis* o principal responsável por essas reações indesejáveis (BRASIL, 2014d).

As participantes deste estudo acreditam que, ocorre a proteção de crianças menores de um ano e gestantes por meio das ações de vacinação, demonstrando conhecimento acerca do mecanismo de ação das vacinas.

Eu não sei como acontece essa proteção. Mas acho que ela dá imunidade. Porque assim os outros falam isso né! Que dá imunidade, mas eu não sei explicar o que é ou como é. (M8)

Então, depois que a vacina entra no organismo da nenê, tem um tempo para agir, que nem antibiótico, para mim tem algo haver com a proteção das células para elas ficarem mais fortes, tipo assim vai encapando as células. (M10)

Eu acho que depois que a vacina entra no organismo tem um tempo, aí o organismo cria anticorpos contra os vírus. (M19)

Depois que a vacina entra no organismo dele, o próprio organismo vai criar imunidade através das células, do sangue, vai criar resistência e anticorpos para que os vírus das doenças não infectem as pessoas. (M21)

A vacina é um vírus. Na verdade, ela é o mesmo vírus da doença, e quando a vacina entra no nosso organismo ela vai produzir anticorpos contra aquela doença, para tentar que o organismo fique mais forte para quando vem a doença ele esteja pronto para combater. (M24)

Os discursos corroboram com o estudo de Santos; Albuquerque; Sampaio (2005) de que a vacinação se configura pela indução da resposta imune de forma natural ou artificial, e se efetiva quando esta confere ao hospedeiro a capacidade de proteção contra determinado agravo imunoprevenível.

As vacinas permitem a prevenção, o controle, a eliminação e a erradicação das doenças imunopreveníveis, assim como a redução da morbimortalidade por certos agravos. A administração de imunobiológico confere imunização ativa ou passiva ao indivíduo (BRASIL, 2014b).

Por outro lado, evidencia-se nos discursos de algumas participantes da pesquisa, dúvidas quanto ao mecanismo de ações e a motivação que leva as mulheres a se vacinarem no período gestacional e vacinarem seus filhos menores de um ano mostrando fragilidades neste sentido.

Então, elas (vacinadoras) não me falaram que podia pedir a vacina celular que tem menos reações, aí depois disso eu pesquiso muito sobre as vacinas na internet. (M2)

No postinho, tinha reunião que elas falam essas coisas, mas eu sempre chegava atrasada e não ouvia nada e não participava. Na consulta nunca me falaram nada não sobre essas vacinas. (M4)

Eu sei pouco das vacinas, porque só fala assim: tem que fazer, mas porque e para que tem que fazer eu não sei. (M6)

Vacina é proteção, então essa proteção eu não sei como acontece não. (M9)

Então, eu levo porque os outros dizem que tem que levar, e que tem que fazer. (M11)

Na verdade, sabe o porquê é importante a gente não sabe, mas mesmo assim faz porque todo mundo diz que é bom. (13)

Ressalta-se nos discursos, a fragilidade no tocante a informações e orientações que atinja a compreensão desta população, a fim de empoderar as mães, os pais e/ou cuidadores acerca do tema. Assim, acredita-se na importância de investir na capacitação e na atuação do enfermeiro nas ações imunização gestacional e infantil; principalmente, no que diz respeito à educação em saúde e à comunicação entre equipe de saúde e usuários dos serviços sobre a vacinação.

A importância do conhecimento das mulheres sobre as vacinas é reforçada por Andrade; Lorenzini; Silva (2014) que ressaltam que para ampliação do conhecimento dos responsáveis pela criança, é necessária uma abordagem multiprofissional, a fim de que não surjam informações contraditórias, confundindo quem busca a prevenção por meio da vacinação.

Neste sentido, ações de educação em saúde são fundamentais no exercício do processo de trabalho em sala de vacina, é necessário a realização de orientações sobre vacinação e ampliação do entendimento das mães sobre esta prática de saúde, enfatizando a manutenção do esquema vacinal atualizado e estimulando a promoção da saúde (OLIVEIRA et al.,2010).

5.4 (Des) conhecimento sobre a relação entre a vacina e a doença que previne

As práticas impositivas dos profissionais somado ao precário conhecimento materno revelam uma série de desafios a serem enfrentados para o alcance da meta de imunização da população brasileira. Neste sentido, para Sousa et al. (2010) é relevante que os profissionais que atuam em sala de vacina, busquem articular o conceito de educação em saúde para a prática.

Ao analisar temática intitulada: (Des) conhecimento sobre a relação entre a vacina e a doença que previne, observou-se que o saber das mães está relacionado ao número de doses necessárias para imunização, bem como surgiram questões que envolvem a data de aprazamento para determinada dose da vacina e as implicações em atrasar a ida a UBS para a realização da vacina.

Quando questionadas em relação a qual vacina seu filho (a) havia recebido, a maioria das mulheres fizeram referência a vacina denominada *BCG*, seguida de quatro depoimentos que destacaram a realização da vacina Hepatite B, duas mulheres fizeram referência a vacina oral rotavírus humano. As demais observações estavam relacionadas ao mês de realização da vacina ou local de aplicação e não qual vacina foi realizada.

Rotavírus ela tomou em gota. (M1)

Então o nenê fez duas vacinas uma no braço e outra na perna, mas eu não sei para que serve não. (M4)

Não sei o nome da vacina que ela fez não, nem de que doença ela protege, só sei que foi uma no bracinho e outra na perninha. (M7)

Ela fez a *BCG* que é a da marquinha e a outra eu não sei, na verdade eu nem sabia que fazia duas, pensei que era só uma. (M14)

Ele fez hepatite B que eu sei que são três doses. (M15)

A primeira foi a *BCG* ela fez no bracinho e fez outra na perna que eu não sei qual foi não. (M20)

É importante apontar que as mulheres possuem dificuldade em identificar qual vacina recebeu durante o período gestacional, bem como a vacina do que seu filho recebeu, isto porque de um total de aproximadamente 12 imunobiológicos, apenas três foram salientados. De modo geral, as referências estão mais relacionadas ao local do corpo onde a vacina foi aplicada e algumas características pós vacinal de determinado imunobiológico.

No estudo realizado com 43 mães ou cuidadores nas UBS de Natal, os autores evidenciaram que quando questionados os participantes sobre a finalidade da vacinação, a maioria das mães/cuidadores (88,4%) estão cientes de que se trata da prevenção de doenças, mesmo sem saber relacionar as vacinas e quais são as doenças (OLIVEIRA; PEDROSA; MONTEIRO; SANTOS, 2010). Os depoimentos corroboram com o estudo citado quanto a relação da vacina recebida e a doença que previne:

Tem que vacinar, por causa dessas bactérias que nem a dengue... eu levei ela para fazer essa do bracinho. (M3)

Vai proteger ele, mas eu não sei quais são essas doenças. (M6)

No posto nunca me explicaram, por exemplo essa VIP e VOP eu não sabia para que era, aí eu fui perguntar para meu pai que é médico. (M15)

Eu acho até que devia ter mais, tipo da pneumonia aí não tem né, mas era importante ter contra pneumonia. (M16)

A primeira que ela fez foi *BCG* e ela previne contra a paralisia infantil. (M17)

De maneira unânime as mulheres não sabem relacionar a vacina *BCG* com as doenças que esta previne. E M3 acredita que a referida vacina protege contra a dengue. Outras mulheres conseguiram relacionar a vacina e doença quando referem hepatite B, meningite e febre amarela. Em relação a vacina VIP e VOP não relacionam com a prevenção da paralisia infantil, salvo M15 que foi orientada pelo seu pai, que é profissional da saúde. Quanto a vacina pentavalente mencionada em função dos eventos adversos como choro e febre, apenas M2 referiu que as reações acontecem em função do vírus da doença coqueluche presente na vacina pentavalente.

As meninas da sala de vacina disseram que as reações, é por causa do vírus da coqueluche. M2

O entendimento das mulheres deste estudo quanto a relação vacina *versus* a doença que previne corrobora com o estudo de Andrade; Lorenzini; Silva (2014), quando afirmam que algumas mães não identificam quais doenças são passíveis de prevenção por meio das ações de imunização. Sinalizando a necessidade de comunicação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de vacinação das UBS.

Evidencia-se a necessidade de repensar o processo de trabalho dos profissionais de saúde, no sentido de utilizar o momento da vacinação para efetivamente desenvolver ações de educação em saúde. Cabe aos profissionais orientar as mães sobre as vacinas administradas, bem como as doenças que podem ser evitadas com este processo de imunização. E acima de tudo utilizar como ferramenta as informações disponíveis nas páginas 24 e 25 da caderneta de saúde da criança disponibilizada pelo MS (BRASIL, 2015).

Quanto ao número de doses necessárias para completar o esquema vacinal de cada imunobiológico, as entrevistadas manifestaram desconhecimento quanto ao esquema vacinal gestacional ou infantil:

Eu sei que tem vacinas que uma dose só, tipo a do bracinho (*BCG*) e outras que tem mais doses que é as da perninha. (M6)

Das doses, eu sei que tem umas que é duas doses, que nem a febre amarela. Agora as outras eu não sei, acho que a rotavírus, é só uma dose. (M10)

Então sabe, sabe quantas doses precisam eu não sei, porque a gente chega lá e elas (se referindo as vacinadoras) falam toma você tem que tomar essa e pronto. (M11)

Observa-se por meio dos depoimentos a fragilidade no processo de imunização e no entendimento das mães em relação ao número de doses e a diferença entre uma e outra vacina, situação que é preocupante uma vez que, evidencia a necessidade de ações de educação em saúde com gestantes e mulheres sobre o esquema vacinal infantil e gestacional.

Por outro lado, identifica-se que as mulheres entrevistadas não exploram o acesso a informações de modo a se tornarem protagonistas em relação ao tema vacinação. A maioria se mantém passiva as orientações e ao saber dos profissionais de saúde.

É importante que orientações no sentido do número de doses sejam fornecidas as mães, uma vez que cada vacina possui esquema de doses particular e preconizada pelo PNI para as crianças menores de um ano. A exemplo da vacina *BCG* com dose única ao nascer, a vacina Pentavalente com três doses, a vacina Rotavírus com duas doses, a vacina Febre Amarela uma dose. No entanto, é relevante que as mulheres se apropriem das informações contidas na caderneta de saúde da criança.

Para obter-se a cobertura vacinal, ou seja, a eficiência máxima de proteção contra determinadas doenças o cálculo é distinto para cada imunobiológico oferecido pelo PNI. Estima-se o nível de proteção da população infantil contra as doenças preveníveis pela imunização, mediante o esquema básico de vacinação. Por exemplo, a vacina Pentavalente avalia o número de terceiras doses da vacina aplicada em crianças menores de 1 ano, dividido pelo número de crianças nesta faixa etária. (BRASIL, 2016d).

As vacinas inativadas necessitam de mais de uma dose para uma adequada proteção, por exemplo, a vacina hepatite B, tétano, difteria, pneumococo, meningococo, exceção para a vacina contra poliomielite. Já as vacinas atenuadas: *BCG*, sarampo e febre amarela, necessitam de apenas uma dose para adequada proteção e um reforço para manutenção (BRASIL, 2014b).

Desta forma, se determinada vacina tem preconizado pelo PNI três doses para crianças menores de um ano, como é o caso da vacina Pentavalente, isso quer dizer que a eficácia máxima de proteção contra as doenças que a vacina protege se dará após a 3ª dose. Assim, situações de interrupção ou atraso no esquema vacinal fazem com que a criança não esteja protegida como poderia. Nesta lógica reforça-se a necessidade de informar, orientar e estimular mães e pais a manterem o esquema vacinal em dia.

O aprazamento é a data do retorno do usuário para receber a dose subsequente da vacina (BRASIL, 2014). E segundo preconizado pelo PNI deve ser registrado com lápis a data (dia, mês e ano) no espaço correspondente do cartão de vacina, e posteriormente ao registro o usuário precisa ser orientando quanto a data do retorno.

Já em relação ao retorno a UBS para realização da próxima dose da vacina, observa-se o atraso no retorno para vacinação.

Só sei que não pode fazer antes, mas acho que atrasar tudo bem, não fui orientada, mas procuro tudo na internet. (M5)

Elas (vacinadoras) sempre me falam que eu não posso ir antes, mas que eu posso ir depois da data marcada. (M6).

Marcam a lápis a volta. (M7, M12, M17, M19, M20, M21, M22)

Eu não sei se pode atrasar ou adiantar, porque às vezes cai no feriado e aí eu não sei o que fazer e quando levar. (M8)

Só me falaram que tenho que voltar na data a lápis, eu acho que não pode atrasar esse dia não. (M10)

Elas falaram que não é bom atrasar né, porque devido o atraso pode ter o acumulo de vacinas e aí fica mais sofrido para ele, aí eu nunca atraso. (M16)

Evidencia-se nos depoimentos das mães entrevistadas, que o aprazamento foi realizado de acordo com o preconizado pelo PNI, fato que facilitou as mães identificarem a data de retorno a UBS para realização da dose seguinte do esquema vacinal. Por outro lado, persistiram dúvidas no sentido de qual conduta as mulheres devem seguir quando a data aprazada foi final de semana, como o depoimento a seguir:

Às vezes (o retorno) cai no feriado e aí eu não sei o que fazer e quando levar. (M8)

O depoimento de M8 identifica ações do processo de trabalho em sala de vacina, em que os profissionais realizam agendamento da próxima dose da

vacina, provavelmente seu utilizar o calendário para aprazar o retorno a UBS e o retorno foi agendado para o final de semana. Desta forma, ressalta-se a importância quanto a utilização por parte dos profissionais de saúde do calendário para efetivação do agendamento da próxima dose da vacina, evitando aprazamento para finais de semana ou feriados que pode acabar desmotivando a prática de manutenção do calendário vacinal atualizado.

Quando questionadas em relação ao motivo que levou ao atraso no retorno a UBS para dar início ou continuidade no esquema vacinal aprazada no cartão de vacina da criança, algumas afirmações foram evidenciadas no discurso das mulheres, como:

Então era para levar, mas eu não sabia quando, ninguém me falou o dia e tal, aí eu levei numa terça feira no posto, mas me falaram para voltar na quarta ou sexta e aí eu voltei. (M3)

Então a primeira vacina eu demorei um pouco porque eu não sabia que era só de quarta e sexta, aí eu tinha que esperar o carro do meu marido para poder ir lá, aí foi passando e passou 15 dias. (M9)

Na verdade, elas (gêmeas) receberam a *BCG* depois de uma semana porque a pediatra pediu para esperar uma semana e depois levar para fazer. (M18)

Eu atrasei a vacina dos 5 meses porque eu dei prioridade para fazer a mudança eu sabia que estava atrasada, e eu deixei para fazer a dos 5 junto com as do 6º mês. (M19)

Então eu cuido no cartão a data que está a lápis é a que eu tenho que levar, e eu sempre tento levar naquele dia que está marcado. Já atrasei uma vez por 3 dias porque eu esqueci. (M23)

Pode-se dizer que, tanto no que diz respeito as orientações que são fornecidas às mulheres quanto ao retorno na UBS para vacinação parecem frágeis quanto aos dias e horários de oferta das vacinas, uma vez que vacinas como a *BCG* está sendo ofertada em alguns dias da semana. Em relação as orientações dos profissionais, destaca-se que estas atendem as preconizações pelo PNI no que diz respeito a realização do aprazamento a lápis da data do retorno na caderneta de saúde da criança.

Os depoimentos demonstram tanto no tocante ao aprazamento quanto aos motivos de atraso do esquema vacinal uma lacuna em relação a dinâmica dos serviços de saúde e indicam que os profissionais que atuam em sala de vacina precisam abordar mais claramente estas questões no processo de educação em saúde.

Ao analisar os depoimentos das entrevistadas quanto as vacinas recebidas no período gestacional, destaca-se:

A doutora falou que era importante vacinar porque evitava de transmitir doença para a criança, mas eu não tive tempo de ir antes, mas aí o reforço eu não tomei. Lá no hospital eu tomei uma vacina né para poder engravidar de novo...eles me orientaram bem direitinho. (M1)

A médica falou: vai ter que ir lá fazer essa, essa e essa vacina. E lá na sala de vacina também não me falaram que vacina era, lá a gente chega e *puff* e só diz assim: vai doer um pouquinho porque é gelada. (M7)

Acho que essa vacina dTpa protege eu e ela, porque na hora do parto quando corta o cordão umbilical para não dar tétano. (M10)

Essa da hepatite B, são três doses, eu fiz só duas, sei que tem uma atrasada. Tem outras duas que eu fiz, mas não sei para que serve não, só fiz porque a doutora do pré-natal disse que era para ir fazer. (M11)

Eu não sei que vacina foi nem para que serve...olha quem me disse que tinha que fazer foi a doutora. (M13)

Evidencia-se nos depoimentos das mulheres participantes da pesquisa que a conduta de imposição por parte dos profissionais de saúde no que diz respeito as ações e calendário de vacinação, o que revela desafios que necessitam ser superados no processo de trabalho destes profissionais. Salienta-se a importância da educação em saúde como instrumento para superação do modelo biomédico e tecnicista ainda presente nas UBS, bem como o estímulo ao protagonismo da mulher no processo de vacinação.

O depoimento a seguir de M1, demonstra que algumas mulheres buscam se vacinar em função de uma orientação “tem que fazer” dos profissionais da saúde, sem entender o motivo pelo qual a vacinação é importante no período gestacional.

Nessa gestação eu só tomei uma, porque eu já tinha tomado as outras porque ela tem 4 anos só né! Eu não sei que vacina foi nem para que serve, olha quem me disse que tinha que fazer foi a doutora do postinho. (M1)

Por outro lado, a participante M8 acredita que a medicação recebida intra-hospitalar pelas mães com Rh- e filhos Rh+ seja uma vacina. Este entendimento de M8 vai ao encontro da importância de ações de educação em saúde no pré-natal, com o intuito de esclarecer as dúvidas das gestantes e fornecer informações quanto as indicações das medicações e as implicações para mulher e/ou criança.

Eu fui ali e elas aplicaram a vacina, mas não sei para que servia não. Ah! Eu, também fiz a vacina porque meu sangue é negativo e o dele é positivo. (M8)

Algumas participantes apontam para uma ideia de que as vacinas realizadas na gestação protegem apenas a gestante, ainda há dúvidas em relação a vacina e a proteção conferida pela mesma, e a conduta dos profissionais de saúde que ainda resistem em orientar o esquema vacinal preconizado pelo PNI, tornando evidente a fragilidade nas informações sobre as vacinas neste período.

Ah eu acho que essas vacinas protegeram eu e ele, mas eu só acho, porque não me explicaram isso nem para que elas servem. (M6)

Eu acho, que as vacinas protegem eu e a nenê, mas eu não tenho certeza. (M7)

Essas vacinas protegem só a mãe né, porque as do bebê vem depois que ele nasce. (M16)

Vacina não, eu acho que era porque não precisava, não sei. Ninguém me pediu o cartão de vacina meu não, eu acho que nem tenho. (M3)

Eu tinha que fazer um da coqueluche com 27 semanas, mas a obstetra achou que não precisava e eu não fiz, ela disse que era melhor não fazer, não sei porque ela disse isso. (M18)

Contudo, M18 mesmo tendo conhecimento e registrado em sua caderneta de gestante o aprazamento para realização da vacina dTpa com 27 semanas de gestação ao ser orientada pela médica obstetra a não realizar a referida vacina, acata a decisão da profissional sem ser esclarecida quanto aos motivos de tal situação que vai de encontro a recomendação do PNI.

Ao verificar-se a situação vacinal das gestantes por meio do cartão da gestante 50% das mulheres entrevistadas receberam a dose de dTpa preconizada pelo PNI. Contudo, M18 relata ter sido orientada pelo médico obstetra a não fazer a referida dose da vacina. Já M1, M7 e M11 relatam ter esquecido de ir até a UBS para fazer a vacina. M3 não fez as vacinas na gestação porque ninguém orientou que era necessário receber vacina no período da gestação. E as outras sete mulheres que não apresentavam registro de realização da dose da dTpa no período da gestação, afirmaram ter procurado a sala de vacina todas as vezes que foram orientadas pelos profissionais de saúde.

Sendo assim, pode-se afirmar que as mulheres participantes do estudo detêm um conhecimento superficial em relação as vacinas realizadas no período gestacional e o grau de proteção para si e para o bebê. E ainda, identificou-se a recomendação de um profissional de saúde quanto a não vacinação da gestante com a dose da vacina dTpa preconizada pelo PNI e recomendado pelo MS. Desta forma, a recomendação da profissional vai de encontro as recomendações do PNI de que toda gestante deve receber uma dose da vacina dTpa a partir da 20ª semana de gestação, período que gera maior proteção para a crianças, com efetividade estimada em 91% ou no puerpério o mais precoce possível. E as mulheres que perderam a oportunidade de serem vacinadas no período gestacional, devem receber uma dose da dTpa no puerpério o mais precoce possível (BRASIL, 2017b).

Portanto, pode-se afirmar que tais ocorrências fragilizam o processo de imunização e necessitam ser repensadas pelos profissionais de saúde. O momento da vacinação se caracteriza por um espaço importante para o desenvolvimento de ações de educação e promoção da saúde, construção e/ou fortalecimento de vínculo entre população e equipe de saúde, bem como oportunidade para esclarecimento de dúvidas dos usuários do SUS relacionados a vacina, cuidados, calendário de vacinação preconizado pelo PNI e importância da vacinação.

Por outro lado, entende-se que não pode ser atribuído apenas ao profissional de saúde a responsabilidade quanto a fragilidade no entendimento das mulheres que participaram da pesquisa. Uma vez que, observa-se que as mulheres tem acesso ao serviço de saúde, a sala de vacina da unidade e aos profissionais. Ainda possuem em mãos a caderneta de saúde da criança que contempla informações sobre tipo de vacina, doses necessária, idade indicada e doenças preveníveis.

Observou-se na maioria dos depoimentos das entrevistadas, a fragilidade no protagonismo das mulheres relacionado a busca de informações e conhecimentos sobre a temática vacinação. As mulheres aparentam uma passividade e recebem as orientações dos profissionais de saúde sem expressarem questionamento ou dúvidas.

5.5 As orientações recebidas ou não pelas mulheres sobre vacinas

Segundo o PNI é fundamental que os profissionais que atuam em sala de vacina forneçam orientações a população que procura este serviço quanto: as reações adversas esperadas para cada imunobiológico administrado; registro da data de retorno para realização da próxima dose denominado aprazamento; qual vacina está sendo aplicada e o número de doses desta vacina; quais as doenças que a vacina previne e os cuidados após o procedimento de vacinação (BRASIL, 2014).

Ao analisar temática intitulada: As orientações recebidas ou não pelas mulheres sobre vacinas, observou-se que apenas três vacinas do calendário de vacinação infantil são identificadas pelas mulheres; as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde sobre as vacinas possuem caráter técnico, e identificar as orientações que as mulheres gostariam de ter recebido.

Acredita-se que as orientações que antecedem o momento da vacinação são fundamentais, isto é a educação em saúde que pode auxiliar no sentido de: evitar mitos e crenças em relação aos imunobiológicos, estabelecer o vínculo entre profissionais e usuários das ações da sala de vacina, além de fortalecer das ações do PNI. Ainda neste contexto, a “sala de espera” é local potente para esta ação de educação em saúde. Desse modo, enquanto as pessoas aguardam o atendimento os profissionais podem utilizar este tempo de espera para trocar conhecimento e informações com as gestantes e familiares.

No entanto, as iniciativas programadas para a sala de espera não substituem as informações que devem ser repassadas pelos profissionais no contato que ocorre nos diversos setores do serviço de saúde, a exemplo da sala de vacina e/ou consulta pré-natal.

Dentre as orientações de relevância em sala de vacina destaca-se: explicar sobre a vacina que será aplicada, as doenças que previne, eventos adversos esperados, número de doses, cuidados pós vacinação e especialmente a data aprazada para o retorno (BRASIL, 2014).

As participantes deste estudo foram indagadas sobre as orientações que receberam na sala de vacina.

Falaram para levar ela para vacinar de manhã, e também disseram para comprar um remedinho que ela passou nome e dar para criança. (M1)

Elas falaram que eu podia dar um remedinho para febre que eu tinha em casa. (M2)

Ninguém falou nada, quer dizer elas até falaram. Só que eu esqueço, minha cabeça é muito avoada sabe, ela falou que era para previne não sei o que lá. (M4)

As meninas orientam que é melhor vacinar de manhã porque se der alguma coisa eu posso voltar no posto a tarde para doutora olhar ele. (M6)

Então eu sei que tenho que voltar porque elas marcam aqui a lápis. (M22)

Os depoimentos fazem referência às orientações recebidas ou não pelas mulheres que procuraram o serviço da sala de vacina, antes da aplicação do imunobiológico ser administrado. Em relação às orientações fornecidas as participantes da pesquisa, salienta-se que de um lado vão ao encontro do preconizado pelo PNI como a marcação do retorno realizada no cartão de saúde da criança a lápis e a oferta do medicamento de uso costumeiro da família em caso de febre. Por outro lado, observou-se orientações que não são recomendações do PNI como o fato de levar para vacinar pelo período da manhã, fato que acredita-se ser uma rotina do serviço local, e a sugestão de determinado medicamento para hipertermia.

Observa-se no estudo que apesar da orientação de possibilidade de febre como evento adverso pós-vacinal pelas vacinadoras, nenhuma das mães foi orientada quanto ao parâmetro para definir se a criança está ou não com febre. Ao serem questionadas como identificam que o bebê estava com febre, M1 e M19 responderam:

É que ela ficou quentinha aí eu sei que estava com febre. (M1)

Ela ficou quentinha, aí eu dei o remedinho da febre. (M19)

Por outro lado, as mulheres participantes da pesquisa relatam que quando tem dúvidas buscam informações de modo geral sobre o processo de vacinação em outras fontes, a exemplo dos depoimentos abaixo transcritos:

Eu só fiquei sabendo (falando das vacinas do CRIE) porque a minha cunhada me falou. (M2)

Eu pergunto para minha mãe que me ajuda cuidar dele. (M3)

Eu faço pesquisas na internet e converso com minha vizinha. (M5)

Eu até li o cartão (caderneta de saúde da criança), mas não entendi. (M21).

Meu marido é biólogo ele sempre me explica das vacinas. (M22)

Os depoimentos ressaltados, reforçam a relevância que as mulheres e a população em geral que procura os serviços oferecidos em sala de vacina sejam orientados pelos profissionais de saúde quanto a possibilidade de ocorrência de eventos adversos pós vacinais esperados como: febre, dor local, ou eventos considerados mais graves como: convulsões febris. Cabe ressaltar também a ocorrência temporal dos eventos adversos pós-vacinais e como as pessoas podem conduzir para minimizar os sinais e sintomas.

A vacinação deve ser uma intervenção segura e efetiva. No entanto, podem ocorrer acontecimentos indesejáveis, denominados eventos adversos pós vacinais (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011).

Para Fernandes et al. (2007), nem sempre a relação entre vacina aplicada e evento adverso evidenciado procede, pois, a maioria consiste em associação temporal devido a condições do indivíduo com determinados fatores predisponentes, como: convulsão febril, quadros neurológicos, infecções pré-existentes.

A medida que mais vacinas são disponibilizadas pelo PNI, que as doenças são controladas e até mesmo erradicadas os profissionais de saúde necessitam estar atentos no sentido de desenvolverem ações de educação em saúde. Acredita-se que a educação em saúde possibilita a troca de saberes e práticas entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço que fortalecem a importância da vacinação e da prevenção para qualidade de vida para mães e filhos.

Identifica-se nos depoimentos das participantes da pesquisa que algumas vacinas se destacam quanto as orientações recebidas e quanto aos eventos adversos pós vacinais evidenciados. Dentre os imunobiológicos destacados evidencia-se a BCG, VORH e vacina Pentavalente.

Quando se trata de orientações em relação a uma vacina específica algumas orientações são relevantes como nome da vacina, quais doenças a referida vacina protege, qual o local e via de administração, número de doses e

data de retorno se for o caso, os eventos adversos esperados, evolução normal da lesão da vacina *BCG*.

Eu levei ele para fazer a *BCG* elas falaram (vacinadoras) que ia inflamar, que ia fazer uma feridinha e depois ia cicatrizar, elas disseram que não podia passar nada e podia molhar normal no banho, lavar normal, só não podia passar remédio em cima. (M2)

Então da *BCG* elas explicaram que era para ficar analisando e se não ficasse a marquinha até os 6 meses aí se não fizesse tinha que retornar de novo para fazer outra. (M6)

A primeira foi a *BCG* aquela da marquinha, me falaram só para lavar com água e sabão. (M16)

Lá no posto falaram que não era para passar nada, que ia inflamar, só que assim eu tive dúvidas porque ela demorou quase um mês “para vir a furo” que nem dizem. (M21)

Da *BCG* falaram que não era para passar nada, nem fazer nada no local, e que o local ia ficar vermelhinha durante um tempo, e que não era para assustar se a feridinha estourasse e saísse pus. (M24)

Observa-se que as orientações fornecidas pelas vacinadoras foram em relação aos cuidados pós vacinal e ao processo de cicatrização da lesão ocasionada pela vacina *BCG*, porém de forma fragmentada e frágil gerando dúvidas em algumas mães. Neste sentido, destaca-se o depoimento de M14:

Olha essa vacina *BCG* é uma vacina bem ousada né, porque todo mundo tem e eu nem sei para que é. Então eu fiquei surpresa, porque lá no Nordeste eles sai da maternidade já com as vacinas sabe...aí a gente já recebe a criança com vacina. (M14)

O depoimento de M14 vai ao encontro da preconização do PNI de que a vacina *BCG* deve ser administrada ainda na maternidade, assim como a primeira dose da vacina Hepatite B nas primeiras 12 horas de vida do RN (BRASIL, 2006f).

Os depoimentos registrados demonstram que orientações precisam ser reforçadas com intuito de que as mulheres sintam-se informada e seguras do procedimento que estão expondo seus filhos, em relação a vacina *BCG* ser dose única, e proteger contra a tuberculose e formas graves da hanseníase. Salienta-se, que desde o momento de aplicação da vacina até o aparecimento da cicatriz pode levar até 12 semanas.

Outra situação que traz muita preocupação é quanto a não vacinação dos RNs com a *BCG* ainda na maternidade como preconizado pelo PNI, fato que merece espaço para ser discutido dos serviços de saúde (hospital, coordenação de imunização e UBSs). Para elaborar estratégias condizentes PNI.

Em relação as orientações da VORH, é importante destacar como: nome da vacina, qual doença protege, o local e via de administração, número de doses e data de retorno se for o caso, prazo máximo para aplicação das doses, os eventos adversos esperados, os cuidados com as fraldas e higienização das mãos após troca das fraldas (BRASIL, 2014b).

Em relação ao momento que antecede a aplicação da VORH as mulheres entrevistadas responderam:

Da vacina que é uma seringinha na boquinha elas falaram que era para jogar a fralda fora da casa por três dias toda vez que ele fizesse coco e lavar bem a mão. (M6)

A vacina da boquinha ela falou que eu tinha que cuidar das fraldas por uns 3 dias, assim depois do cocô tinha que higienizar mais o bumbum e colocar a fralda fora de casa. (M20)

Ressalta-se que as orientações fornecidas pelas profissionais da equipe de enfermagem relacionam-se ao cuidado com as fraldas e higiene das mãos, preconizada pelo PNI. Porém algumas mulheres referiram não ter recebido tal orientação. Nas falas das mulheres entrevistadas não foi identificado a orientação das mulheres quanto: a doença que a vacina protege, as doses necessárias, a especificidade quanto ao prazo máximo para realização da primeira e da segunda dose.

Evidencia-se ainda, a orientação repassada pelas vacinadoras as mães quanto a não amamentarem as crianças por um período de 30 a 60 minutos antes da aplicação da dose da VORH, tal orientação não é uma preconização do PNI. E de acordo com alguns depoimentos a referida orientação não é compreendida por parte mães, conforme os depoimentos abaixo:

Elas disseram que era para deixar ele sem amamentar pelo menos uma hora antes, para ele ter vontade de tomar a vacina na boquinha, mas aí lá no Pará eles disseram que não tem nada disso. Aí fiquei sem entender! (M2)

Falaram que tem que levar ele 1 hora sem mamar, então não entendi e não sei porque não, elas (vacinadoras) só disseram isso. (M8)

Da Rotavírus falaram para não dá mama uma hora antes, porque ela é tipo assim uma “gosma” e ele podia regurgitar. (M15).

Em relação ao rotavírus elas falaram para deixar de mamar por uma hora, mas não explicaram por que. (M17)

Evidenciam-se temas que necessitam ser abordados e discutidos pela equipe, e que estejam respaldados nas recomendações do PNI tendo como meta qualificar o processo de trabalho dos serviços de imunização e mais esclarecimento das mães que procuram o serviço.

Em relação a vacina Pentavalente, algumas orientações são importantes como: nome da vacina, as doenças que a vacina protege, o local e via de administração, o número de doses e data de retorno se for o caso, os eventos adversos esperados, aplicação de compressa fria no local da aplicação e a ação desta conduta (BRASIL, 2014b).

As mulheres entrevistadas ao serem questionadas quanto as orientações recebidas no momento que antecede a aplicação da vacina Pentavalente apontaram:

Quando foi a de dois meses que incomoda porque fura as duas perninhas, elas falaram que essa dá reação, reação forte, que dá bastante febre e pode até dá convulsão...e que quando eu chegasse em casa era para eu dar um remedinho tipo paracetamol. (M2)

Agora, quando é aquela dos 4 meses que é mais doloridinha, aí sim aquela elas explicaram melhor, falaram que ia ficar dolorido e que era para mim fazer compressa fria. (M5)

Na vacina dos dois meses falaram assim oh: se fizesse febre era para dar as gotinhas que ele toma né, e colocar compressa gelada. (M6)

A da perninha me falaram que ia doer só na hora porque era intramuscular, caso doesse era para fazer uma compressinha de agua norma. (M10)

A perninha com 2 meses que é bem enjoadinha, ali elas (vacinadoras) orientaram a fazer compressa fria no local, e não norma ou quente. Eu fiz a compressa de agua fria e ela acalmou. (M24)

Observa-se que as orientações fornecidas as mulheres estão relacionadas aos eventos adversos da vacina Pentavalente como: dor local e febre alta e aos cuidados pós vacinal como a indicação de compressas.

De acordo com o artigo 12 do Código de Ética da Enfermagem, o técnico de enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem. Compete ao técnico de enfermagem executar as ações de assistência de enfermagem, exceto as privativas ao enfermeiro (COFEn, 1986).

Desta maneira, o depoimento de M2 no que se refere a indicação de antitérmicos é um fator preocupante relacionada ao processo de trabalho da sala

de vacina, uma vez que os profissionais técnicos de enfermagem que atuam em sala de vacina não têm amparo legal para tal conduta.

Já o enfermeiro pode realizar prescrição de medicamentos pertencentes aos programas de saúde pública, mediante protocolo aprovado pelas instituições de saúde. O ato de prescrição de medicamentos é regulamentado pela Lei n. 7.498/1986 que regula o exercício profissional da enfermagem (COFEn, 1986).

Em relação aos cuidados quanto a dor no local de aplicação da vacina e como alivia-la, nas orientações apresentadas há controvérsias, pois foi relatado a indicação quanto ao uso de compressa fria (M5 e M24), gelada (M6) e quente (M10).

De acordo com o preconizado pelo PNI a compressa deve ser com água fria (BRASIL, 2014b). E ainda quando as mães foram questionadas de como providenciar está compressa fria, muitas disseram não saber, duas referiram proteger um pedaço de gelo em um pano e colocar sobre o local da vacina e duas disseram pegar água na torneira.

A vacina da perna, falaram que era para fazer compressa gelada, mas não me explicaram como se era com gelo ou com agua gelada. (M15)

Me disseram que eu podia fazer uma compressa de gelo. Eu pensei em proteger o gelo com a fralda e colocar na perninha. (M22)

Disseram para fazer compressa gelada, mas nem precisou, eu passei hirudoid^R e melhorou. (M18)

Tais depoimentos demonstram novamente a necessidade de um espaço para repensar o processo de trabalho tendo a educação em saúde como ferramenta para qualificar e fortalecer as ações de imunização no município de Sinop.

O MS por meio do PNI, preconiza um calendário vacinal especialmente voltado as mulheres no período gestacional. A mulher logo após receber a confirmação da gestação deve procurar a UBS para verificar a situação de sua história vacina e seguir o calendário preconizado para a gestante.

De acordo com o PNI toda gestante deve comprovar, completar o esquema iniciado ou receber no período gestacional três doses da vacina contra hepatite B, três doses da vacina dT adulto, uma dose da vacina contra gripe e uma dose da vacina dTpa a partir da 20^a semana (BRASIL, 2017b).

Quando se trata de orientações em relação as vacinas do período gestacional é fundamental apresentar o calendário preconizado pelo PNI para este grupo populacional, como: nome da vacina, quais doenças que protege, o local e via de administração, número de doses, data de retorno se for o caso e os eventos adversos esperados (BRASIL, 2014b).

As entrevistadas falaram ao serem questionadas sobre as orientações que receberam no momento que antecede a aplicação das vacinas no período gestacional:

Sim eu fiz a antitetânica e a hepatite, não me explicaram quanto as doses e nem para que elas servem, isso eu não sei. (M6)

Sim eu fiz, acho que só uma, mas não sei qual o nome dela não sei e nem para que serve, mas eu fiz porque a doutora pediu para fazer, mas nunca me explicaram nada disso não, aí me falaram que tem que fazer com 27 semanas e só. (M9)

Só a da gripe eu fiz, que a obstetra pediu para fazer, aí me disserem (vacinadoras) que eu tinha que fazer um da coqueluche com 27 semanas, mas a obstetra achou que não precisava e eu não fiz, ela disse que era melhor não fazer. (M18)

Fiz uma na gestação, mas não sei para que doença não. Eu fiz porque a enfermeira que fazia o pré-natal me orientou a fazer, eu acreditei e fiz né. (M20)

Oh! Mandaram eu fazer assim: faz essa vacina e pronto. (M22)

Observa-se duas situações, a primeira de que ainda é evidente a imposição por parte dos profissionais de saúde sobre a “obrigatoriedade” da vacinação, ao invés de condutas de educação em saúde e orientação sobre os benefícios da imunização no período gestacional e a procura pelo serviço por parte das mulheres mesmo sem compreender a finalidade da vacinação.

Por outro lado, a orientação da profissional quanto a não realizar a vacina dTpa preconizada pelo PNI sem qualquer explicação, somada a aceitação da mulher mesmo sabendo que estava aprazado em sua caderneta de gestante para fazer a vacina com 27 semanas de gestação é preocupante. E ainda, reforça a assistência centrada no modelo biomédico e o papel passivo da mulher que aceita sem questionar a recomendação do profissional de saúde.

As orientações sobre os benefícios da vacinação relacionados as doenças que podem ser prevenidas, devem estar rotineiramente associados a todos os cuidados realizados pela equipe de saúde, desde o pré-natal, perpassando pelo

acompanhamento da puérpera e da criança na puericultura, bem como nas atividades realizadas em sala de vacina, para que o impacto na vida da criança seja positivo (SOUSA; VIGO; PALMEIRA, 2012).

No período gestacional as mulheres podem prevenir algumas doenças tanto a mãe quanto ao RN, por meio das vacinas preconizadas pelo PNI. No entanto é de suma importância que as gestantes estejam cientes dos benefícios da vacinação, das doenças que podem ser prevenidas, da proteção para si e para o bebê que as vacinas conferem.

Por outro lado, para sucesso no processo de vacinação é relevante que os profissionais estabeleçam um vínculo de confiança com as gestantes utilizando como ferramenta o esclarecimento de dúvidas e fornecimento de orientações sobre as vacinas e suas particularidades.

Ao serem questionadas em relação as orientações que gostariam de ter recebido antes de serem vacinadas no período gestacional ou antes da vacinação de seus filhos, pode-se constatar os seguintes relatos:

Acho que na *BCG* elas já deviam falar que a vacina dos dois meses dá febre, pode dar convulsão, explica é dá a opção para a mãe fazer no particular que a vacina é acelular, que não tem essas reações. (M2).

Elas podiam dizer: oh! Mãe está tomando essa vacina para combater essa doença e os sintomas depois da vacina para deixar agente mais tranquila, porque a gente sabe que está tomando para evitar algum tipo de doença, mas não sabe qual. (M5)

Gostaria que elas me falassem o porquê da vacina, tipo para que serve, qual doença vai evitar. (M6)

Explicar que vacina que é (nome), e ela vai precavê de quê (doença). (M7)

Era bom falar para gente sobre as reações das vacinas, sobre a febre que pode dar e aquelas que dá mais dor, sobre o que fazer. (M13)

Para mãe de primeira viagem faltou todas as informações, que tipo de vacina é (nome), para que serve (doenças evita) e quantas doses são, quais as reações após vacinação (M15)

Sobre como fazer essa compressinha gelada, esse tipo de coisa. (M18)

Eu acho que o mais importante mesmo e falar sobre lote, sobre validade da vacina, sobre como está sendo conservada a vacina para gente poder confiar no que está sendo feito. Eu não me senti segura ali no posto. (M24)

No que diz respeito às questões que envolvem a educação em saúde, é relevante que os profissionais de saúde atentem para os diferentes saberes da população que atendem na UBS. Acredita-se que a sala de vacina se caracteriza como um espaço coletivo, e que o processo de aprender e ensinar precisa acontecer de forma contínua e recíproca. O esclarecimento das mulheres é fundamental para que entendam a importância da vacinação, reconheçam os eventos adversos pós vacinação e sintam-se seguras de como proceder nestas situações.

Por outro lado, as orientações sobre a vacinação não devem ser atribuições restritas aos profissionais que atuam na sala de vacinação, mas devem fazer parte de todas as ações de atendimento individual e coletivo da UBS todos os profissionais da UBS que precisam conhecer e orientar conforme as preconizações do PNI.

Para o alcance de uma assistência qualificada e segura acredita-se que as atividades de imunização desenvolvidas nas UBS necessitam de constante reflexão e ações tendo como meta a qualificação do processo de trabalho.

6 Considerações finais

A atenção básica é um espaço para articular teoria e prática e merece destaque no que diz respeito às ações de imunização no âmbito individual e coletivo e a enfermagem desenvolve papel relevante neste processo.

A sala de vacinas é um espaço nas UBSs em que a enfermagem deve atuar tecnicamente com competência e ética, bem como desenvolver atividades de educação em saúde tendo como objetivo tencionar o protagonismo dos usuários do SUS que procuram os serviços de imunização.

No presente estudo os objetivos foram alcançados, pois permitiu identificar o conhecimento das mulheres em relação às vacinas recebidas na gestação e no primeiro ano de vida da criança, sendo que este conhecimento apresenta-se frágil, fragmentado e ancorado nas orientações realizadas pelos profissionais de saúde que atuam nas salas de vacina.

Constatou-se que a o método da Análise de Bardin, contribuiu de maneira significativa para identificar o conhecimento das mulheres em relação às vacinas recebidas na gestação e no primeiro ano de vida da criança e no sentido de elencar estratégias para qualificar o processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam nas salas de vacina.

Também foi possível confirmar os pressupostos de que a mulher não associa a vacina recebida na gestação e pela criança até um ano com as doenças que previne e que as orientações recebidas pela mulher sobre as vacinas do calendário da gestante e da criança e os benefícios destas são insuficientes e/ou frágeis.

Evidenciou-se dois significados quanto ao entendimento das mulheres entrevistadas em relação as vacinas realizadas no período gestacional e no primeiro ano de vida da criança: a proteção e a prevenção. E ainda, a preocupação das mulheres entrevistadas com o bem-estar dos filhos, como potencializador para a procura dos serviços de imunização do SUS.

Por outro lado, as orientações recebidas pelas mulheres entrevistadas, foram de caráter técnico, relacionado ao local da aplicação, cuidados pós vacinais, processo pós vacina *BCG* e data para retorno a UBS para realização da próxima dose da vacina preconizada pelo PNI.

Neste sentido, o presente estudo identifica lacunas no que diz respeito ao conhecimento das mulheres entrevistadas em relação as vacinas recebidas na gestação e/ou pelas crianças menores de um ano de vida e as doenças que podem ser prevenidas. Algumas mulheres sinalizaram como justificativa para vacinação a orientação dos profissionais de saúde “de fazer” como obrigação, como “mal necessário” em que o protagonismo das mulheres não é percebido.

É importante ressaltar, que o estudo aponta um dado significativo quanto a não realização da vacina *BCG* na maternidade e da vacina contra Hepatite B nas primeiras 12 horas de vida de nenhum dos bebês. Situação que vai de encontro a Portaria 1.602 de 17 de julho de 2006 que instituiu que as vacinas *BCG* e Hepatite B devem ser administradas ainda na maternidade, sendo que a Hepatite B até 12 horas de vida do RN.

Os achados descritos caracterizam situação frágil nos serviços de saúde hospitalares do município de Sinop, uma vez que nenhum dos RN recebeu as doses da vacina *BCG* e hepatite B de acordo com o preconizado pelo PNI. Desta forma, evidencia-se a necessidade de discussão e planejamento conjunto entre SMS e maternidades para a oferta do serviço de imunização dos RNs. E ainda, ressalta-se que as orientações quanto a importância da vacinação necessitam ser intensificadas, no sentido de que a procura pela UBS para vacinação dos RNs deve ser imediata após a alta, quando as vacinas não forem ofertadas no ambiente intra hospitalar.

Um resultado positivo deste estudo, refere-se a constatação de nenhuma criança com atraso vacinal no momento da entrevista. Desta forma, o pressuposto de que a fragilidade nas orientações poderia levar a um atraso vacinal, não foi confirmado.

Identificou-se que algumas mulheres na busca por serviços de melhor qualidade de acordo com seu entendimento, migram de outras cidades e estados para Sinop para usufruir dos serviços de saúde do município. Por outro lado, que algumas mulheres foram desencorajadas, hora por pessoas de seu círculo de

amizade, hora por profissionais de saúde em relação ao parto normal e a amamentação, especialmente quando em situações de partos prematuros.

Identifica-se fragilidade no tocante ao processo de educação em saúde por parte dos profissionais de enfermagem que desenvolvem as suas atividades em sala de vacina, pois a educação em saúde se limita a fornecer orientações quanto aos procedimentos técnicos realizados e os cuidados pós vacinais.

Acredita-se necessário criar espaço de reflexão e discussão entre os profissionais de saúde sobre a temática vacinação e suas especificidades, bem como investimento em educação em saúde na perspectiva da autonomia dos sujeitos, na construção ampliada do saber das mulheres sobre a vacinação, articulando o saber tecnológico e as ações não tecnológicas que ampliam o cuidado.

Uma vez que as vacinas não foram oferecidas na unidade hospitalar, sugere-se que seja realizada aproximação entre os serviços atenção básica e hospitalar com intuito de avaliar a possibilidade de estabelecer uma rotina de oferta das vacinas *BCG* e Hepatite B antes da alta hospitalar do RN, visando atender a recomendação da portaria prevenir agravos.

Diante dos resultados apresentados neste estudo, acredita-se que o processo de educação em saúde deveria ser refletido, planejado e desenvolvido pelos profissionais de saúde tendo como objetivo a qualificação dos serviços de saúde ofertados e o esclarecimento das dúvidas das mulheres.

Outra possibilidade de mudança em relação à vacinação seria investir esforços em ações nas consultas de puericultura para que as informações sobre vacinação sejam repassadas e as dúvidas das mulheres esclarecidas, ressalta-se ainda realizar rodas de conversa com as gestantes e puérperas que abordem o tema vacinação.

É de fundamental importância que todos os profissionais de saúde, tanto da atenção básica quanto da área hospitalar, estejam articulados e atualizados a respeito da imunização, assim possibilitando a promoção a educação em saúde, com a temática imunização e suas especificidades.

Uma vez que as atividades de imunização se destacam por elevada contribuição à saúde pública quanto à prevenção de agravos a população e avaliando as atividades relativas à imunização como um processo

problematizador e humanizado para além da técnica, considera- a necessidade de refletir sobre o processo de trabalho relacionado à vacinação.

Neste sentido, sugere-se que seja avaliada a possibilidade de realizar roda de conversa com os profissionais que atuam em sala de vacina tendo como objetivo elaborar um plano de ação para diminuir as fragilidades apresentadas neste estudo, e assim trabalhar ativamente com a educação em saúde dentro das ações de imunização.

Percebe-se ainda, que outro caminho que pode ser percorrido no sentido de qualificar as ações de atenção a gestante e criança seria no acolhimento da mulher na sala de vacina já investigar o que ela sabe sobre as vacinas, doses, doenças que podem ser prevenidas e, a partir destas informações, desenvolver ações de educação em saúde.

As limitações deste estudo estão relacionadas a não realização da visita domiciliar mesmo com agendamento prévio de dia e hora, em função de endereço não existente ou mulher não morar no endereço informado, o que desencadeou em atraso na coleta de dados. E situações em que as mulheres pediram para reagendar a visita domiciliar. Por outro lado, limita-se a uma realidade local não podendo ser generalizado.

Espera-se que os resultados apresentados neste estudo possam trazer subsídios para a ampliação do conhecimento dos profissionais de saúde em relação à vacinação gestacional e infantil, estimulando-os para que o processo de trabalho esteja pautado no desenvolvimento de ações que atendam das necessidades das mulheres e das crianças com garantia das coberturas vacinais preconizadas pelo PNI e conseqüentemente contribuir para a promoção à saúde da mulher e da criança.

Referências¹¹

ALMEIDA, T. S. O.; LINS, R. P.; CAMELO, A. L.; MELLO, D. C. C. L. Investigação sobre os Fatores de Risco da Prematuridade: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. n. 3, v. 17, p. 301-308, 2013.

ANDRADE, D. R. S.; LORENZINI, E. SILVA, E. F. Conhecimento de mães sobre o calendário de vacinação e fatores que levam ao atraso vacinal infantil. **Revista Cogitare Enfermagem**. n. 19, v. 1, p. 94-100, jan./mar, 2014.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC. IMS/UERJ. Abrasco. 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 2290 p.

BRAGA, J. C. S.; Paula S. G. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Cebes/Hucitec. 1981.

BRASIL. Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975. **Dispões sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências**. Diário oficial da União. Brasília: DF em 31 de outubro de 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L62+59.htm> Acesso em: 07 de Jul. de 2016.

_____. Decreto nº 78.231 de 12 de agosto de 1976. **Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 13 de agosto de 1976. p. 10.731. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78231-12-agosto-1976-427054-norma-pe.html>> Acesso em: 04 de Jul. de 2016.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. Centro Gráfico. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

¹¹ Este estudo foi formatado de acordo com o Manual para elaboração de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal de Pelotas- Pelotas, RS.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069 de 09 de set. de 1990a. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.html> > Acesso em: 02 de Jun. de 2016.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências**. Diário oficial da união Brasília: DF. 20 set. 1990b. p.18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.html > Acesso em: 05 de Jun. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento no âmbito do SUS. Brasília. 2000. 164p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Normas de Vacinação**. 3.ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: 30 Anos**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 212 p.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 80 p.

_____. Portaria nº 597/GM em 8 de abril de 2004b. **Institui, em todo território nacional, os calendários de vacinação**. Disponível em: <<http://www.educacao.pr.gov.br/arquivos/File/portarias/portaria5972004.pdf>> Acesso em: 10 de Jun. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 158 p.

_____. Portaria nº 1.067. **Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Publicada em 04 de julho de 2005c. Disponível em: Acesso em: 17 de setembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2006a. 60 p.

_____. Rio de Janeiro. **1904 - Revolta da Vacina. A maior batalha do Rio**. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro: Secretaria Especial de Comunicação Social 2006b. p. 120.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006d. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. 2006d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html> Acesso em: 04 de Jun. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. **Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2006e. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf> Acesso em: 02 de Jun. de 2016.

_____. Portaria nº 1.602 de 17 de julho de 2006. **Institui em todo o território nacional, os calendários de Vacinação da Criança, do Adolescente, do Adulto e do Idoso**. 2006f. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1602-%5B2822-120110-SES-MT%5D.pdf>> Acesso em: 09 de Jun. de 2016.

_____. Lei nº 11.770 de 09 de setembro de 2008. **Dispões sobre a licença maternidade de pelo período de 180 dias**. Diário oficial da União. Brasília, DF. 10 de setembro de 2008. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/lei11770_2008.htm> Acesso em: 16 de Jun. de 2016.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 3.ed. Rio de Janeiro: 2009a. 244 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009b. 100 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011a. **Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.htm> Acesso em: 01 de Jun. de 2016.

_____. Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 118p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde: 2012b, 272 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 2012c.** Dispõe sobre pesquisa com seres humanos. Brasília; 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 19 de Julho 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul.** Fiocruz, UFSM, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 84 p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos.** Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 236 p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Rede de Frio.** 4.ed. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2013d. 144 p.

_____. Ministério da Saúde. **13ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, prevenção e controle de doenças.** Brasília. Ministério da Saúde. 2013e. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/noticias-vigilancia/7694-13-expoe-pi-premia-trabalhos-que-fazem-a-diferenca-na-saude-publica-do-brasil>> Acesso em: 09 de julho de 2016.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento.** Brasília: 2014a. 214 p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 176 p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.** 4ª. ed. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. 250 p.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução para estimular o parto normal.** Publicado em 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar>>

Acesso em: 02 de junho de 2017

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em:
<http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=51&VCodMunicipio=510790&NomeEstado=MATO%20GROSSO> Acesso em 10 de Jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/Com2007/Com_F13.pdf> Acesso em: 10 de Jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **SIPNI**. DATASUS. Disponível:
<<http://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/relatorio/consolidado/dosesAplicadasMensal.jsf>> Acesso em 12 de Ago. de 2016.

_____. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. Disponível em:
<<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>>
Acesso em: 17 de Jun. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Disponível em:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>> Acesso em: 07 de Out. de 2016.

_____. **Centro cultural do Ministério da Saúde**. Disponível em:
<<http://www.ccms.saude.gov.br/revolta/revolta.html>> Acesso em: 08 de Jun. de 2016.

_____. Decreto nº 8.737 de 3 de maio de 2016. **Institui o Programa de Prorrogação da Licença Paternidade para os servidores regidos pela Lei nº. 8.112, de 11 de dezembro de 1990**. Diário oficial da União. Brasília: DF. 04 de maio de 2016. p. 6. Disponível em:
<http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%208.737-2016?OpenDocument> Acesso em: 04 de Jul. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pni/cnv/cpniuf.def>> Acesso em: 27 de outubro de 2016.

_____. Decreto nº 8.869 de 5 de outubro de 2016. **Institui o Programa Criança Feliz**. Diário Oficial da União. Brasília: DF 06 de outubro de 2016. p.2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8869.htm> Acesso em: 08 de Out. de 2016b.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016d. 97p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 51 p.

_____. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/03/Novo-calendario-vacinal-de-2017b.pdf>> Acesso em: 07 de julho de 2017.

BRITO, J. C. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 21, n. 5, set./out, 2005.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.15-38, 2003.

CAMPOS, A. L. V.; NASCIMENTO, D. R.; MARANHÃO, E. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos. v. 10, p.573-600, 2003.

CARVALHO, G. A Saúde Pública no Brasil. **Estudos Avançados**. São Paulo: v. 27, n.78, 2013.

CARVALHO, I. V. R. L.; OLIVEIRA, E. A. R.; LIMA, L. H. O.; FORMIGA, L. M. F.; SILVA, A. K. A.; ROCHA, S. S. Conhecimento das Mães a Respeito das Vacinas Administradas no Primeiro Ano de Vida. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v.19, n. 3, p.205-210, 2015.

CAVALCANTE, C. C. F. S.; MARTINS, M. C. C.; ARAÚJO, T. M. E.; NUNES, B. M. V. T.; MOURA, M. E. B.; NETO, J. M. M. Vacinas do esquema básico para o primeiro ano de vida em atraso em município do nordeste brasileiro. **Revista online de pesquisa cuidado e fundamental**. v. 7, n.1, p. 2034-204. jan./mar., 2015.

CESTARI, M. E. **Vivenciando um processo educativo**: um caminho para ensinar aprender e pesquisar. 1999. 171 p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo: v. 46, n.3, jun., 2012.

COFEN. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. **Dispões sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html Acesso em 17 de Jun. de 2016.

CONTEE. **Confederação Nacional dos Trabalhadores em Estabelecimentos de ensino**. Disponível em: <http://contee.org.br/contee/index.php/2013/10/a-constituicao-de-1988-e-o-movimento-popular/#.V7i3pvkrLIU> Acesso em: 08 de Jun. de 2016.

CRESCÊNCIO, C. L. Revolta da vacina: higiene e saúde como instrumentos políticos. **Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação**. Rio Grande do Sul: v. 22, n. 2, 2008.

DICIO. **Dicionário on line de português**. Disponível em: <http://www.dicio.com.br/meritocracia/> Acesso em: 15 de Jun. de 2016.

DOMINGUES, C. M. A. S.; TEIXEIRA, A. M. S.; CARVALHO, S. M. D. National immunization program: vaccination, compliance and pharmacovigilance. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**: n. 54, p. 22-27, out., 2012.

DOMINGUES, C.M. A. S.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília: v. 22, n.1, mar., 2013.

FERNANDES, T. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos. v.1, n.1, p.29-51, mar./jun. 1999.

FERNANDES, G. C. et al. Neurological adverse events temporally associated to mass vaccination against yellow fever in Juiz de Fora, Brazil, 1999-2005. **Vaccine, Amsterdam**. v. 25, n. 16, p. 3124-3128, abr. 2007.

FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro: v. 81, n.5, p.173-180, 2005.

FIOCRUZ. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/oswaldo-cruz> Acesso em: 10 de Jun. 2016.

FONSECA, C. O. As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde (1953-1990). In: BENCHIMOI, J. (Coord.) Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos/Editora Fiocruz, 2001.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 24, n.1, p.17-27, jan., 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia. Saberes necessários a prática educativa**. Paz e Terra. 25.ed. 1996.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREIRE, P.; NOGUEIRA, A. Que fazer – teoria e prática em educação popular. Petrópolis: Vozes; 1991. 68p.

GIL, A. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O que há de novo? políticas públicas de saúde e previdência, 1937-45. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999.

HOCHMAN, G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. n.16, p.375-386, 2011.

HOMMA, A.; MARTINS, R. M.; LEAL, M. L. F.; FREIRE, M. S., COUTO, A. R. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. **Ciência & Saúde Coletiva**. n. 16, p.445-458, 2011.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo demográfico 2010. Brasília: 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=510790> Acesso em: 16 de Ago. de 2016.

JUNIOR, A. G. S.; ALVES, C. A. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas**. In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo (org). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 27-41, 2007.

KUSCHNIR, R.; FAUSTO, M.C.R. **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. vol. 1. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014, 280 p.

LEVI, G.C. **Recusa de vacinas: causas e consequências**. São Paulo: Segmento Farma, 2013, p. 72.

LIMA, C. R. V.; BISPO, B. K. S.; ARAUJO, E. A. N.; MONTEIRO, E. M. L. M.; LOW, S. T. Dificuldades relatadas pelos pais/responsáveis para o cumprimento da imunização básica das crianças de uma creche. **Revista de enfermagem da UFPE**. v. 6, n.10, p.2404-10, out., 2012.

LOUZEIRO, E.M.; QUEIROZ, R.C.C.S.; SOUZA, I.B.J.S.; CARVALHO, L.K.C.A.A.; CARVALHO, M.L.; ARAÚJO, T.M.E. A importância da vacinação em gestantes: uma revisão sistemática da literatura no período de 2003 a 2012. **Rev. Interdisciplinar**. v. 7, n. 1, p. 193-203, jan. fev. mar, 2014.

LUHM, K. R.; CARDOSO, M. R. A.; WALDMAN, E. A. Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR. **Revista de Saúde Pública**. v. 45, n.1, p. 90-8, 2011.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.

MARCHETTI, D. Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? **Revista Psicologia e Saúde**. v.7, n.1, jan/jun, 2015.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Análise dos Indicadores de Atenção Primária Sistema de Informação da Atenção Básica: Modelo de Atenção Estratégia Saúde da Família 2009**. Mato Grosso: Secretaria de Estado de Saúde, 2012, 36 p.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011, 549 p.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro: v. 21, n.1, jan./mar, p.77-92, 2014.

MERHY, E. E. A cartografia do trabalho vivo. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 24, n. 8, p.1953-1957, ago., 2008.

MINAYO, M. C. S., 13 ed. São Paulo: Hucitec. 2013.

MOLINA, A. C.; GODOY, I.; CARVALHO, L. R.; JUNIOR, A. L. C. Situação vacinal infantil e características individuais e familiares do interior de São Paulo. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá: v. 29, n. 2, p. 99-106, 2007.

MORAES, J. C.; RIBEIRO, M. C. S. A. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. n.11, p.113-24, 2008.

MUNIZ, S. V.; SILVA, F. S.; MARTINI, A. C. Acolhimento do usuário de sala de vacinas. **Revista de Iniciação Científica do Unilasalle**. v. 1, n.1, mai. 2012.

OLIVEIRA, V. G.; PEDROSA, K. K. A.; MONTEIRO, A. I.; SANTOS, A. D. B. Vacinação: o fazer da enfermagem e o saber das mães e/ou cuidadores. **Revista Rene**. v. 11. n. esp. p. 133-141, 2010.

OLIVEIRA, V. C.; GALLARDO, P. S.; GOMES, T. S.; PASSOS, L. M. R.; PINTO, I. C. Supervisão de Enfermagem em Sala de Vacina: Percepção do Enfermeiro. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**. v. 22, n. 4, p. 1015-21, 2013.

PAIM, J. S. O futuro do SUS. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: n. 28, p. 612-613, abr., 2012.

PAIM, J. S.; FILHO, N. A. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook. p. 3-12, 2014.

PARANA. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná. Programa Mãe Curitibana.. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mae-curitibana> Acesso em 02 de junho

PEREIRA, M. A. D.; BARBOSA, S. R. S. Cuidar de enfermagem na imunização: os mitos e a verdade. **Revista Meio Ambiente e Saúde**. v. 2, n. 1, p. 76-88, 2007.

PEREIRA, D. R.; MATHIAS, T. A. F.; SOARES, D. F. P. P.; CARVALHO, W. O. Cobertura vacinal em crianças de 12 a 23 meses de idade: estudo exploratório tipo Survey. **Revista Eletrônica de Enfermagem da UFG**. n. 11, v. 2, p. 360-7, 2009.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: v. 62, n. 2, p. 294-299, mar./abr. 2009.

PUGLIESI, M. V.; TURA, L. F. R.; ANDREAZZI, M. F. S. Mães e vacinação das crianças: estudo de representações sociais em serviço público de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.10, n. 01, jan./mar, 2010.

ROCHA, K. S.; SILVA, E. A.; MARQUES, R. B. Perfil dos profissionais que atuam nas salas de vacina das secretarias de saúde de abrangência do Escritório Regional de Saúde, Sinop/MT. **13ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, prevenção e controle de doenças**. Brasília. 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/noticias-vigilancia/7694-13-expoepi-premia-trabalhos-que-fazem-a-diferenca-na-saude-publica-do-brasil> Acesso em: 09 de julho de 2016.

SANTANA, M.C.C.P.; GOULART, B.N.G.; CHIARI, B.M. Caracterização das puérperas assistidas pela fonoaudiologia de uma maternidade escola. **Pró fono: Revista de atualização científica**. n.22, 2010.

SANTOS, L. B.; BARRETO, C. C. M.; SILVA, F. L. S.; SILVA, K. C. O. Percepção das mães quanto à importância da imunização infantil. **Revista Rene**. n.12, v. 3, p. 621-6, Jul/Set, 2011.

SANTOS, Z. M. S. A.; ALBUQUERQUE, V. L. M.; SAMPAIO, F. H. S. Vacinação – o que o usuário sabe? **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. n.18, v. 2, p. 24-30, 2005.

SILVA, D. L.; SILVA, J. S. L. G. A evasão da criança a vacinação na estratégia de saúde da família. **Revista Pró-Univer SUS**. n. 03. p. 05-11. jul./dez. 2012.

SILVA, D. S. G.; CÂMARA, C. N. S. Poliomielite no Brasil: histórico e inclusão no mercado de trabalho. **Revista Digital**. Buenos Aires: n.156. Mai. 2011. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/> Acesso em: 14 de Jul. 2016.

SILVA, Jose Richard de Sosa. **Reconfiguração do sistema único de saúde e as suas relações intersetoriais no município do Rio Grande: contribuições do enfermeiro**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 2013. Disponível em: http://www.ppgenf.furg.br/images/02_Teses/2013/Jose.pdf Acesso em: 27 de

outubro de 2016.

SILVA, L. J. Poliomielite: a próxima na lista da erradicação. **Revista Imunizações**, v. 6, n. 4, 2013.

SOUSA, C. J.; VIGO, Z. L.; PALMEIRA, C. S. Compreensão dos pais acerca da importância da vacinação infantil. **Revista Enfermagem contemporânea**. Salvador: v. 1, n. 1, p. 44-58, dez., 2012.

SOUSA, L.B.; TORRES, C.A.; PINHEIRO, P.N.C.; PINHEIRO, A.K.B. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da Enfermagem. **Revista Enfermagem** Rio de Janeiro: n.18, v. 1, p. 55-60, 2010.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde pública ou saúde coletiva? **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina: v. 15, n. 4, p. 07-21, out/dez., 2014.

TEIXEIRA, L. A. Medo e morte: Sobre a epidemia de gripe espanhola de 1918. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Instituto de Medicina Social**. n. 59. p. 32, 1993.

TEIXEIRA, S.M.F. (org). **Antecedentes da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: DAPS/ENSP/Fiocruz, 1988. Primeiro Relatório de pesquisa “Estudo das Políticas e Estratégias de construção do sistema de saúde: perspectivas da reforma sanitária.

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

TEMPORÃO, J. G. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e Desenvolvimento. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro: v. 10, Supl. 2, p. 601-617, 2003.

TERTULIANO, G. C.; STEIN, A. T. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. n.16, p.523-530, 2011.

TOSCANO, C., KOSIM, L. **Cartilha de vacinas: para quem quer mesmo saber das coisas**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, 40 p.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

UFPEL. **Manual para elaboração de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal de Pelotas**- Pelotas, RS. Disponível:
http://sisbi.ufpel.edu.br/arquivos/PDF/Manual_Normas_UFPel_trabalhos_acad%C3%A0Amicos.pdf

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.A.G.N.; FILHA; M.M.T.; COSTA, J.V.; BASTOS, M.H.; LEAL, C.C. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 2014.

WHO. World Healthy Organization. **Definitions**. 2004. Disponível em:
<<http://www.who.int/reproductive-health>>. Acesso em: 10 de jun. de 2014.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Orientadora: Dr^a Enf^a Marilu Correa Soares Tel: (53) 91479691
Email: enfmari@uol.com.br
Orientanda: Enf^a Msd^a Kátia da Silva Rocha Tel: (53) 99073170
Email: katiadasilvarocha@hotmail.com

Sinop, ____ de _____ de 2017.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada “**O conhecimento de mulheres sobre a imunização gestacional e infantil**” que será realizada com as mães de crianças com até um ano de vida da área de abrangência da UBS Jardim Botânico. A pesquisa tem por objetivo identificar o conhecimento de mulheres em relação às vacinas recebidas na gestação e no primeiro ano de vida da criança.

PROCEDIMENTOS: Serão realizadas entrevistas gravadas com a Senhora em períodos previamente agendados entre as participantes e a pesquisadora. Os resultados serão usados para fins científicos e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

RISCOS: O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. A entrevista poderá causar desconfortos, que serão minimizados, pois a Senhora responderá as questões de livre e espontânea vontade, e as perguntas poderão ser respondidas na totalidade ou em parte, sem prejuízo para a Senhora. A entrevista será gravada com seu consentimento.

BENEFÍCIOS: Os benefícios de sua participação nesta pesquisa relacionam-se com a possibilidade pensarmos sobre o tema vacinação, pois ao identificarmos o conhecimento de mulheres quanto à vacinação de si no período da gestação e da criança poderá trazer informações para analisar o processo de trabalho dos profissionais de saúde, bem como possibilidades de qualificar o saber/fazer dos profissionais que desenvolvem atividades nas Salas de Vacina. .

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: A sua participação neste estudo será voluntária, podendo interrompê-la a qualquer momento, se assim desejar, sem que isso lhe traga prejuízo pessoal ou profissional.

CONFIDENCIALIDADE: Sua identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO: Pelo presente consentimento informado declaro que fui esclarecida, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa da pesquisa, dos riscos e benefícios para mim. A pesquisadora respondeu todas as suas perguntas até sua completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias ficando uma em seu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Assinaturas:

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Data: ____/____

Apêndice B – Instrumento da Pesquisa

Dados de Identificação

Identificação: _____ Idade: _____

Cor: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: _____ Número de filhos: _____

DN da criança: _____

Situação Vacinal da criança: () em dia () atraso

(se atraso detalhar) _____

Nº consultas pré-natal: _____

Via de Nascimento: () cesariano () vaginal (com ou sem episiotomia)

1) Comente o que você sabe sobre as vacinas.

- ✓ Questões disparadoras: Para que servem as vacinas? As vacinas trazem benefícios para a gestante/criança? Sim ou não, comente? Como acontece a proteção da vacina que a mulher toma na gravidez? Como aconteceu a proteção do bebê por meio das vacinas? Quantas doses são necessárias? O atraso de doses, na sua opinião, pode prejudicar o processo de proteção contra as doenças? Por quê?

2) Você recebeu vacinas na gestação? Comente sobre as vacinas que você recebeu na gestação.

- ✓ Questões disparadoras: Quais foram? Quantas doses?

3) Comente sobre as vacinas que seu filho recebeu.

- ✓ Questões disparadoras: Quais foram? Para que serviam? Você recebeu orientações sobre a vacina? Quais orientações? Qual profissional deu essas orientações?

4) Você recebeu alguma orientação antes da realização da vacina?

Sim () Não ()

Comente:

- ✓ Se não recebeu orientação você buscou informações? Como buscou e onde?

5) Que tipo de orientação você gostaria de receber?

Apêndice C - Termo de Confidencialidade dos dados Secundários

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Orientadora: Dr^a. Enf^a. Marilu Correa Soares

Email: enfmari@uol.com.br

Tel: (53) 91479691

Orientanda: Enf^a Msd^a Kátia da Silva Rocha

Email: katiadasilvarocha@hotmail.com

Tel: (53) 99073170

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Por meio do presente termo eu, Kátia da Silva Rocha e minha orientadora, Dr^a. Enf^a. Marilu Correa Soares, comprometemo-nos a guardar sigilo sobre todos os dados de identificação das mulheres e das crianças utilizados para o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“O conhecimento de mulheres sobre a imunização gestacional e infantil”** durante e após a conclusão da mesma.

Pelotas, ___/___/___

Orientando: Kátia da Silva Rocha
E-mail: katiadasilvarocha@hotmail.com
Fone: (53) 99073170

Orientadora: Marilu Correa Soares
E-mail: enfmari@uol.com.br
Fone: (53) 91479691

Assinatura da participante: _____

ANEXOS

Anexo A – Carta de Anuência Gestor



Ofício nº. 1865/GAB/SMS/2016.

Sinop-MT, 20 de setembro de 2016.

Ilmo. Senhora
Pesquisador Dr^a Enf^a Marilu Correa Soares
Acadêmica: Kátia da Silva Rocha

Assunto: Devolutiva de Projeto

Prezada (o) Senhora (o)

Considerando que a Comissão de Integração Ensino-Serviço – CIES, “são *Instância Intersetoriais e Interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde*” (Portaria 1.996/07 art. 2º §2º e na NOB/RH-SUS).

Considerando que a criação da CIES é uma determinação da Lei Orgânica da Saúde “*Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior*” (Lei 8080/90).

Considerando que a CIES SINOP foi criada em 30.07.2015 pelo Conselho Municipal de Saúde. (Resolução 029/2015).

Considerando que, dentre outras atribuições, a CIES tem a função de regulamentar a integração ensino-serviço por intermédio da articulação das Instituições de Ensino para a promoção coordenada de estratégias de intervenção no campo da formação dos profissionais da saúde e do desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.

Sendo assim, a CIES-Sinop avaliou o projeto de pesquisa intitulado “*Percepção de mulheres quanto a vacinação na gestação e nos primeiros seis meses da criança*”. Ademais deliberou pela **RECOMENDAÇÃO**, conforme **Parecer 040/2016/CIES/SMS/SINOP**, anexo.

Diante do exposto, **AUTORIZO** o projeto para execução no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, visto que, houve Recomendação da CIES Municipal, conforme parecer supracitado, com base Resolução CNS 466/2012.

Manoelito da Silva Rodrigues
 Secretário Municipal de Saúde
 Port. 1865/GAB/SMS/2016
 Sinop/MT

Manoelito da Silva Rodrigues
Secretário Municipal de Saúde

Anexo B – Parecer do comitê de ética e pesquisaUFPEL FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUESA

Título da Pesquisa: O conhecimento de mulheres sobre a imunização gestacional e infantil
Pesquisador: KATIA DA SILVA ROCHA Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63197416.9.0000.5317

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.892.576

Apresentação do Projeto:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelo conjunto das ações e de serviços de saúde ofertados pela gestão pública e insere-se no contexto das políticas públicas com a finalidade de reduzir os riscos a doenças, e garantir o acesso universal aos serviços para a promoção prevenção e recuperação da saúde (KUSCHNIRT 2014). A vacinação é considerada uma ação de caráter coletivo, constituindo-se em uma intervenção de Saúde Pública que tem como objetivo a prevenção de riscos e agravos à saúde. A vacinação é um processo fundamental para a prevenção e até mesmo a erradicação de várias doenças transmissíveis em crianças e adultos (SILVA: SILVA 2012) A equipe de saúde necessita estar capacitada para além de serem bons técnicos em aplicação de vacinas mas serem capazes que perceber o que a vacinação representa para a pessoa que será vacinada e também aproveitarem o momento da vacinação como espaço efetivo de Educação em Saúde.

Objetivo da Pesquisa;

Objetivo Primário: Identificar o conhecimento de mulheres em relação às vacinas na gestação e no primeiro ano de vida da criança.

Objetivo Secundário;

-.Descrever o entendimento de mulheres sobre a vacinação.

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96 020-360

Município: PELOTAS

Telefone: (53)32844960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: famed@gmail.com



Continuação do Parecer 1. 892.576

- Elencar o conhecimento de mulheres sobre a proteção que a vacina materna oferece à mulher e à criança. - Revelar as orientações recebidas pelas mulheres em relação às vacinas dela e da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa não acarretará riscos físicos, pois não serão realizados procedimentos invasivos. No entanto, a entrevista poderá gerar desconfortos, e, para amenizar ou suprimir este risco, as questões serão respondidas ou não, de acordo com o consentimento voluntário das participantes que estarão livres para desistir a qualquer momento sem prejuízo as mesmas.

Benefícios: Os benefícios às participantes da pesquisa serão a escuta e a possibilidade de troca de conhecimento entre as participantes e a pesquisadora em relação às vacinas com a possibilidade de reflexão sobre a temática vacinação* pois ao conhecermos a percepção de mulheres quanto á vacinação de si no período da gestação e da criança poderá trazer subsídios para reflexão sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde, bem como possibilidades de qualificar o saber/fazer dos profissionais que desenvolvem atividades nas Salas de Vacina. Não haverá nenhum custo para a participação da pesquisa

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa caracteriza-se como estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Será realizada no município de Sinop/MT. Farão parte do estudo as mães de crianças até um ano de idade, que receberam alguma vacina do calendário da gestante e da criança preconizado pelo MS e pertencem ao território de abrangência da ESF Jardim Botânico. A pesquisadora permanecerá um período do dia acompanhando as atividades da sala de vacina e no momento em que as mães vierem até serviço para vacinarem seus filhos será feito o primeiro contato com as prováveis participantes, bem como o convite formal a participar da pesquisa. Será pactuado com a participante o agendamento da visita ao domicilio para realização da entrevista. Os dados secundários serão coletados nos cartões de vacinas da criança e da gestante, ou pelo cartão sombra arquivado na sala de vacina do cartão da gestante e da criança. Os dados primários serão coletados por meio de entrevista semiestruturada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:.

OK

Endereço: Rua Ptof Arago, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96 020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4g60

Fax: (53)3221-3554

E-mail: famed@gmail.com

Página 02 de 04

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Continuação do Parecer: 1.892.576

Conclusões ou Pendências e de Inadequações:

OK

Considerações Finais a critério do CEP:

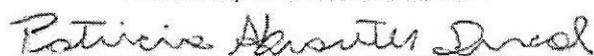
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TCLE_modificado.pdf	17/012017	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	CIES_Sinop.pdf	17/01/2017 18:28:02	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	anuencia.pdf	17/01/2017 18:27	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 825102	16/11/2016		Aceito
Folha de Rosto	Scan0063 pdf	16/11/2016	KATIA DA SILVA ROCHA	Aceito
TCLE I Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	11/11/2016 10:44:16	KATIA DA SILVA ROCHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Inativador	Dissertação.doc	11/11/2016	KATIA DA SILVA ROCHA	Aceito
Orçamento	Recursos.docx	11/11/2016	KATIA DA SILVA ROCHA	Aceito
Brochura Pesquisa	Dissertacao.pdf	11/11/2016	KATIA DA SILVA ROCHA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	11/11/2016	KATIA DA SILVA ROCHA	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

PELOTAS, 17 de Janeiro de 2017



Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96 020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)32844960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep_famed@gmail.com